Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 20 gennaio 2020, n. U00018

Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo". Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

OGGETTO: Adozione in via definitiva del piano di rientro "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo". Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI

- la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";
- la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6 settembre 2002 e successive modifiche ed integrazioni;
- 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*";
- la legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e successive modifiche ed integrazioni;
- 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'articolo 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);

CONSIDERATO che l'Intesa del 23 marzo 2005 ha disciplinato, all'articolo 9, l'istituzione del Comitato permanente per la verifica dei LEA e, all'articolo 12, l'istituzione, presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti, prevedendo al comma 3:

Il Tavolo tecnico:

- *entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, fornisce alle Regioni le indicazioni relative alla documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti, che le stesse devono produrre entro il successivo 30 maggio;*
- *effettua una valutazione del risultato di gestione, a partire dalle risultanze contabili al quarto trimestre ed esprime il proprio parere entro il 30 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento;*
- *si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato1, al Punto 2, lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 della presente intesa;*
- *riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico, che esprime il suo parere entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. Riferisce, altresì, al tavolo politico su eventuali posizioni discordanti. Nel caso che tali posizioni riguardino la valutazione degli adempimenti di una singola Regione, la stessa viene convocata dal Tavolo politico.*

4. Il Tavolo politico è composto:
per il Governo, dal Ministro dell'economia e delle finanze o suo delegato, dal Ministro della salute o suo delegato e dal Ministro per gli affari regionali o suo delegato;
per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, guidata dal Presidente o suo delegato.

5. Il Ministero dell'economia e delle finanze, successivamente alla presa d'atto del predetto Tavolo politico in ordine agli esiti delle verifiche sugli adempimenti in questione, provvede entro il 15 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento per le Regioni adempienti ad erogare il saldo, e provvede nei confronti delle Regioni inadempienti ai sensi dell'art. 1, comma 176, della legge n. 311 del 2004.

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*";
- n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "*Presa 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*";

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta* per le Regioni già in piano di rientro e commissariate alla data di entrata in vigore della legge, facendo salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina dell'articolo 2 citato, la cui approvazione fa cessare il commissariamento, secondo tempi e procedure definiti nel medesimo piano;

CONSIDERATO che

- l'art. 2 del D. Lgs. 191/2009 è intervenuto a disciplinare ed aggiornare le modalità di presentazione del piano di rientro, con le relative misure;

- il comma 81 dell'art. 2 della L. 191/2009 prevede che la verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, che i provvedimenti aventi impatto sul SSR indicati nel piano sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute e che lo stesso Ministero, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

- il comma 88 del citato articolo 2 prevede, infatti, che per le Regioni già commissariate e in piano di rientro 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;

- il comma 88 bis chiarisce che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

PRESO ATTO che, con la suddetta deliberazione, sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore della Regione Lazio con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 come formulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal 2013;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2017 che ha assegnato al Commissario ad acta il compito di proseguire le azioni già intraprese al fine di procedere al rientro nella gestione ordinaria;

VISTA la Deliberazione del consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 che ha assegnato al Commissario ad acta il compito di proseguire nell'attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 e negli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme su tutto il territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente;

DATO ATTO che la citata Deliberazione del 10 aprile 2018 ha incaricato, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 395, della legge 21 dicembre 2016, n. 232 i Tavoli tecnici di verifica, con cadenza semestrale, in occasione delle periodiche riunioni di verifica, di predisporre una relazione ai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, da trasmettere al Consiglio dei Ministri, con particolare riferimento al monitoraggio dell'equilibrio di bilancio e dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche al fine delle eventuali determinazioni da adottare ai sensi della propria deliberazione del 1° dicembre 2017 (rientro nella gestione ordinaria);

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019) concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;

VISTI i seguenti atti:

- Programmi Operativi 2010 adottati con il DCA n. U0033 del 08.04.2010, come successivamente modificati e integrati dai DCA n. U0037 del 21.04.10 e n. U0049 del 31.05.2010;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

- Programmi Operativi 2011-2012 adottati con il DCA n. U00113 del 31.12.2010;
- Programmi Operativi 2013-2015 adottati con il DCA n. U00314 del 05.07.2013, come modificati dal DCA n. U00480 del 06.12.2013 e sostituiti dal DCA n. U00247 del 25.07.2014;

VISTO il DCA 52/2017, recante: "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale".

DATO ATTO che:

- l'Ufficio del commissario ad acta ha inoltrato, ai Ministeri affiancanti Salute ed Economia e Finanze, con nota prot. n.CZ/ 241778 del 28 marzo 2019, la proposta di Programma Operativo 2019-2021, in aggiornamento del Programma operativo 2016-2018;

- in merito a siffatta proposta la Regione, a seguito di proficua interlocuzione con il Ministero della salute, ha provveduto a rivedere le manovre anche alla luce del consuntivo 2018 e ad apportare alcune revisioni e/o integrazioni relative agli investimenti, alla farmaceutica, alla rete territoriale, alla veterinaria e alle case della salute;

CONSIDERATO che:

- la situazione finanziaria della Regione Lazio, a seguito delle numerose azioni di intervento, ha perseguito la condizione di strutturale equilibrio dei saldi di bilancio ed ha progressivamente ottenuto un punteggio LEA ben al di sopra degli standard minimi previsti, realizzando nell'ultimo anno verificato (2017) un risultato pari a 180 punti;
- sono state realizzate la maggior parte delle attività previste nel Programma Operativo 2016-2018; le restanti attività sono state riprogrammate;
- è stato raggiunto l'equilibrio economico finanziario nel bilancio consolidato 2018 che riporta un risultato economico, prima delle coperture fiscali, pari a 6,384 mln di euro, nel rispetto delle previsioni del PO 2016-2018;

CONSIDERATO che:

- il documento inviato ai Ministeri vigilanti il 28 marzo 2019, si colloca nel pieno assolvimento del mandato ricevuto dal Commissario ad acta per il piano di rientro con DPCM 1° dicembre 2017, ovvero funzionale al rientro nella gestione ordinaria nel rispetto della normativa vigente;
- la Regione Lazio ha richiesto, con l'approvazione, del suddetto documento la formale uscita dal commissariamento proseguendo ai sensi della normativa vigente gli adempimenti ivi contenuti;
- i percorsi ed i risultati raggiunti consentono al nuovo piano di consolidare il percorso di innovazione e miglioramento dei servizi al fine di ricondurre al normale esercizio delle responsabilità regionali il governo della sanità;
- con Decreto del commissario ad acta n. 303 del 25 luglio 2019, è stato adottato il piano di rientro, denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", ai sensi dell'art.2 comma 88, secondo periodo, L. 191/2009";

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

- il citato provvedimento ha previsto, in ottica di leale collaborazione con i Ministeri vigilanti, che il predetto piano, quale aggiornamento del documento inviato il 28 marzo 2019, potesse essere soggetto ad eventuali adattamenti e/o correzioni, ove ritenuti necessari, per effetto dell'esame dello stesso da parte dei Ministeri;
- che con parere Lazio DGPROGS n. 141 del 29 ottobre 2019 i Ministeri vigilanti hanno formulato alcune osservazioni e richiesto alcune integrazioni al citato provvedimento, restando in attesa dell'adozione di un nuovo Decreto del commissario ad acta;
- che con Decreto del Commissario ad acta n. 469 del 14 novembre 2019 è stato adottato, in via definitiva il "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo;
- che in occasione del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019 sono state formulate alcune osservazioni al citato Piano riportate nel verbale trasmesso in data 21 dicembre 2019, che il Commissario ha ad acta fa integralmente proprie, fornendo di seguito gli opportuni chiarimenti:

  Autorizzazione ed accreditamento:

  è stata inoltrata a mezzo nota prot. n. 51845 del 20 gennaio 2020 apposita segnalazione al Presidente del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 2 comma 80 della L. 191/2009 di ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali;

  Controlli di appropriatezza:

  è stata condiviso l'obiettivo di accelerazione dei controlli in ordine ai quali si è provveduto a formulare nel paragrafo dedicato (13.4) una specifica proposta di riorganizzazione e sono state accolte le osservazioni del Tavolo di Verifica sui ricavi 2019-2020; eventuali effetti derivanti dall'esito della pronuncia di costituzionalità della L.R. 13/2019 hanno un impatto solo sullo Stato Patrimoniale 2019 e non sui Conti Economici tendenziali e programmatici 2019 (cfr. nota prot. n. 920239 del 14/11/2019).

  Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie:

  le richieste di chiarimento in merito al DCA 151/2019 riferite al FRAC 2019 sono state fornite al Tavolo di verifica con la nota prot. 877926 del 31/10/2019 e con la nota prot. n. 920239 del 14/11/2019 e precisate nel paragrafo dedicato 13.5, inerente la Linea di intervento 1.

  Contrarre il saldo negativo di mobilità:

  il tema viene trattato nel paragrafo 13.5 - Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie, Linea di intervento 4, integrato con alcune specifiche in ordine al progetto di attività per contrasto della mobilità passiva non fisiologica.

  Governance dei farmaci:

  il dettaglio richiesto in ordine all'impatto economico è stato meglio esplicitato nel paragrafo 20.2 – Programmatici, Spesa Farmaceutica.

  Risorse economico finanziarie – Fondo di dotazione:

  il paragrafo 15.1 - Certificabilità dei Bilanci e sviluppo della funzione di controllo interno, Linea di intervento 2 è stato integrato e reso coerente con l'approvazione della L.R. n. 28/2019 (Legge di stabilità regionale 2020).

  Azzeramento dello stock di debito.

sono state modificate le date di intervento.

Gestione del personale:

il paragrafo 20.2 – Programmatici, Stabilizzazione del personale e Consulenze è stato integrato senza che ciò determini impatto sui valori programmatici del CE Consolidato SSR.

Nel paragrafo sono state fornite le integrazioni richieste, ad eccezione degli elementi analitici relativi ai contratti a tempo determinato (la numerosità dei quali e la relativa quantificazione economica sono, peraltro, reperibili nelle tabelle B trimestrali e nelle consuete comunicazioni periodiche) e alle prestazioni aggiuntive per i quali, come comunicato in occasione del Tavolo di verifica, sono stati forniti i macro-aggregati di spesa.

Tendenziali e programmatici – Extraordinem ambulatoriale/ospedaliera:

il paragrafo 20.1 – Tendenziali 19-21, Costi esterni (Tabb. 10 e 11) è stato modificato tenendo conto dell'adozione del recente DCA sulle funzioni e delle osservazioni del Tavolo ed apportando i corrispondenti adeguamenti economici.

Tendenziali e programmatici – Campus Biomedico:

il paragrafo 20.2 – Programmatici, Prestazioni ospedaliera e specialistica da privato è stato modificato ed integrato, operando le opportune differenziazioni.

Tendenziali e programmatici – Spending review e prestazioni cd. "salvavita".

in merito al riconteggio del tetto della spending review ai sensi del D.L. 95/2012 si è provveduto a dare riscontro al Tavolo di veriifca con nota prot. 877926 del 31/10/2019;

Tendenziali e programmatici – Riduzione accantonamenti:

nel paragrafo 20.2 – Programmatici, Accantonamenti è stato precisato che la riduzione è dipesa dalla volontà regionale di valorizzare il payback del 2020 e 2021 esclusivamente per 100 mila euro, in luogo dei 97,8 €/mln del 2019. Il valore dell'accantonamento è sempre pari a quello del ricavo di payback e, pertanto, gli accantonamenti si riducono del medesimo importo.

Tendenziali e programmatici – Sopravvenienze attive:

il paragrafo 20.2 – Programmatici, Recupero Ticket e controlli esterni è stato modificato accogliendo i rilievi del Tavolo.

RITENUTO opportuno, pertanto:

- di adottare, in via definitiva, il piano di rientro, denominato "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*", ai sensi dell'art.2 comma 88, secondo periodo, L. 191/2009, e l'unito cronoprogramma, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- il presente provvedimento, recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti formulate in occasione del Tavolo del 27 novembre 2019, annulla e sostituisce il DCA 469 del 14 novembre 2019;

DECRETA

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

- di adottare, in via definitiva, il piano di rientro denominato "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*", ai sensi dell'art.2

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

comma 88, secondo periodo, L. 191/2009, e l'unito cronoprogramma, parte integrante e sostanziale del presente atto;

- il presente provvedimento, recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti formulate in occasione del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019, annulla e sostituisce il DCA 469 del 14 novembre 2019;
- di trasmettere il Piano alla Giunta regionale per il competente recepimento e ai Ministeri affiancanti.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionali dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale 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

Piano di Rientro
"Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021"

Sommario

1. IL CONTESTO DEMOGRAFICO E SANITARIO 6

2. INTRODUZIONE E GUIDA ALLA LETTURA: UNA NUOVA VISIONE DEL SISTEMA CENTRATA SULLA PERSONA 15

3. GLI STRUMENTI DI ANALISI EPIDEMIOLOGICA E DI STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA 17

4. LA COMUNICAZIONE AL CITTADINO 19

5. L'UMANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CURE 20

I SEZIONE: LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA 22

6. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE ATTIVA 23
- 6.1 Promozione della "salute in tutte le politiche" con un Piano di azione intersettoriale 24
- 6.2 Formazione degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione 25
- 6.3 Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia 26
- 6.4 Salute e sicurezza sul lavoro 27
- 6.5 Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali 28
- 6.6 Programmi di screening 29
- 6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare 31

7. I MODELLI DI RISPOSTA REATTIVA ALLE ACUZIE E AI BISOGNI DI NUOVA INSORGENZA 34
- 7.1 Le Reti Tempo Dipendenti e Non Tempo Dipendenti 34
- 7.2 L'integrazione ospedale-territorio 37
- 7.3 Implementazione del numero unico europeo 116117. 39

8. I MODELLI DI INTERVENTO PROATTIVI PER L'INDIVIDUO CON BISOGNI CRONICI/COMPLESSI 39
- *8.1* Il potenziamento del Distretto 40
- 8.2 Il percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio 41
- *8.3* Sviluppo di linee d'indirizzo regionali sulla cronicità 42
- 8.4 Bisogni assistenziali riabilitativi derivanti da disabilità complesse 43
- 8.5 Il percorso per la gestione del trattamento per la Salute mentale 44
- 8.6 Il percorso assistenziale per la tutela della salute mentale dei soggetti in età evolutiva 45
- 8.7 Dipendenze patologiche 46

9. INTERVENTI PER LE FASCE DI POPOLAZIONE VULNERABILI 47
- 9.1 La presa in carico delle fasce vulnerabili di stranieri/migranti 47
- 9.2 Salute Penitenziaria 48
- 9.3 Residenzialità sanitaria protetta per la tutela dei bambini (Legge n. 62/2011) 49

II SEZIONE: AZIONI DI SISTEMA E SVILUPPO DELLE CAPACITÀ GESTIONALI 50

10. GOVERNANCE ISTITUZIONALE 50
- 10.1 Azienda Lazio.0 51

11. SISTEMI INFORMATIVI, SANITÀ DIGITALE, PROGRAMMAZIONE ACQUISTI E LOGISTICA SANITARIA 53
11.1 Ambito informativo 54
11.2 Fascicolo Sanitario Elettronico e Infrastruttura di Rete ad alta velocità 60
11.3 Sistema contabile unico e di contabilità analitica 61
11.4 La Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente 62
11.5 Ambito Pianificazione acquisti 64
11.6 Ambito Logistica Sanitaria 65

12. RICERCA, INNOVAZIONE ED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT 67

13. LE REGOLE DEL SSR 70
13.1 Autorizzazione 71
13.2 Accreditamento istituzionale 72
13.3 Accordi contrattuali e contratti 74
13.4 I controlli 75
13.5 Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie 77

14. CONTENZIOSO 87

15. RISORSE ECONOMICO – FINANZIARIE 88
15.1 Certificabilità dei Bilanci e sviluppo della funzione di controllo interno 88
15.2 Piani di efficientamento AO/PUI e Presidi Ospedalieri delle ASL 90
15.3 I tempi di pagamento 92
15.4 Gestione informatizzata controlli esterni sull'attività sanitaria 94
15.5 Recupero somme da esenzione da reddito per gli anni 2011 e successivi 95

16. RISORSE UMANE E PROFESSIONALI 97
16.1 Governance del Personale 97
16.2 Definizione dei fabbisogni e individuazione di standard e criteri per una efficiente ed efficace distribuzione delle risorse sui LEA 103
16.3 Atti Aziendali 105
16.4 Rapporti con le Università 106

17. REVISIONE DELL'ASSETTO DELL'OFFERTA 110
17.1 La Ridefinizione dell'Offerta Assistenziale per acuti, post-acuzie e il riordino delle discipline in eccesso 110
17.2 Le strutture per acuti: miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta 112
17.3 Gli ospedali di comunità 113
17.4 Riorganizzazione dell'Assistenza Specialistica 114
17.5 Riorganizzazione della Rete Laboratoristica 116
17.6 Gestione dei tempi e Liste di Attesa 117
17.7 Cure domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti 121
17.8 Il ruolo delle cure Primarie 122
17.9 Case della salute 124
17.10 Le attività dei consultori 126
17.11 L'offerta di cure palliative e rete per la terapia del dolore 126

18. GOVERNANCE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI 129
18.1 Implementazione dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto 129
18.2 Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità 130
18.3 Individuazione del budget file F per le strutture private accreditate: criteri e applicazione 131
18.4 Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al riallineamento della spesa farmaceutica a quella delle Regioni con la migliore performance 131

18.5 Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza 132
18.6 Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso dei farmaci oncologici, con specifico riferimento al fine vita dei pazienti con patologia tumorale 132
18.7 Linee di appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronicità e per il monitoraggio e l'implementazione dell'aderenza terapeutica 133
18.8 Sperimentazione attività farmacia dei servizi 133

19. INVESTIMENTI IN PATRIMONIO E TECNOLOGIE 135

20. TENDENZIALE, PROGRAMMATICO E DESCRIZIONE DELLE MANOVRE 141
20.1 Tendenziali 19-21 141
20.2 Programmatici 149

21. ALLEGATI 163
21.1 Allegato 1. Investimenti in patrimonio e tecnologie 163
21.2 Allegato 2. Cronoprogramma 166

Premessa

Il triennio 2019-2021 rappresenta, per il Servizio Sanitario della Regione Lazio, un momento di svolta dalla sottoscrizione del primo Piano di Rientro nel 2007. A partire dal 2019, il bilancio sanitario della Regione chiuderà in avanzo. Nel 2007, il disavanzo rilevato a consuntivo del Conto Economico del bilancio sanitario, senza il ricorso alle coperture fiscali, era pari a c.a. 1,7 €/mld.

Il triennio verso cui ci si avvia impone l'obbligo di riequilibrare le scelte di programmazione sanitaria, nell'ultimo decennio fortemente incentrata sul contenimento dei costi, ponendo la persona e il suo percorso assistenziale al centro degli obiettivi programmatori. In tale contesto, la declinazione a livello regionale delle indicazioni del Piano Nazionale delle Cronicità rappresenta una grande opportunità per favorire la presa in carico del paziente, il miglioramento dei processi assistenziali e la tempestività nella risposta del SSR, ma anche per un miglioramento nell'utilizzo appropriato delle risorse umane, finanziarie e strutturali.

L'obiettivo che Regione Lazio deve porsi nei prossimi anni è quello di consolidare il grande lavoro di recupero di efficienza contabile e gestionale, che ha permesso di arrivare all'equilibrio economico, e avviare azioni migliorative, da sostenere anche attraverso un coerente orientamento degli assetti regolatori, in quegli ambiti nei quali non si sono ancora raggiunti standard di efficacia, efficienza e appropriatezza dei processi. Nello specifico, obiettivo del prossimo triennio sarà quello di avviare un percorso di trasformazione del sistema verso la piena integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione, al fine di garantire la semplificazione dei percorsi dei cittadini, adeguati e appropriati livelli di assistenza ai pazienti cronici, nonché azioni di promozione della salute e di prevenzione nella popolazione generale, a beneficio delle future dinamiche dei bisogni di salute e della capacità di rispondere alle sfide del sistema.

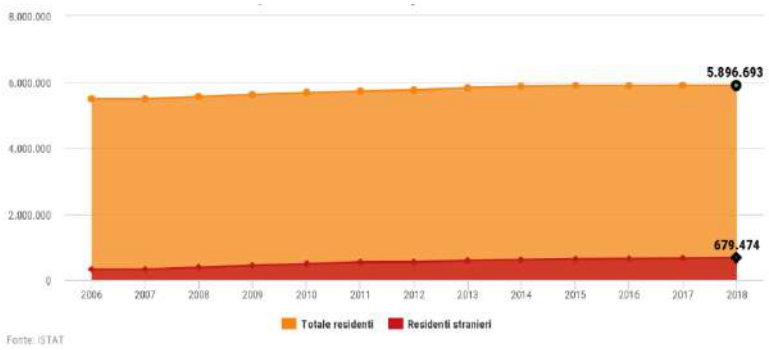
A tal fine Regione Lazio deve investire sia nel miglioramento strutturale e tecnologico, ricorrendo ai finanziamenti previsti in materia di edilizia sanitaria e migliorando i flussi informativi in termini di tempestività, completezza e qualità, sia nel processo di formazione del personale, in particolare sui temi dell'alta formazione gestionale-organizzativa. Sarà inoltre necessaria una revisione della governance *istituzionale del SSR, che preveda l'accentramento di alcune funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo-gestionale, consentendo una maggiore focalizzazione delle Aziende sanitarie nei servizi alla persona.*

Questo documento di programmazione si colloca nel pieno assolvimento del mandato ricevuto dal Commissario ad acta per il piano di rientro con DPCM 1 dicembre 2017, ovvero di rientro nella gestione ordinaria nel rispetto della normativa vigente. I risultati raggiunti attestano il progressivo processo di aggiustamento dei saldi di bilancio nonché il miglioramento costante dei livelli essenziali di assistenza, collocandosi al di sopra delle soglie di adempienza. La Regione Lazio, pertanto, richiede, con la proposta del presente piano, formulata ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2 comma 88 della L.191/2009, la formale uscita dal regime di commissariamento, proseguendo ai sensi della normativa vigente gli adempimenti contenuti nel presente Piano di Rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021"

1. Il contesto demografico e sanitario

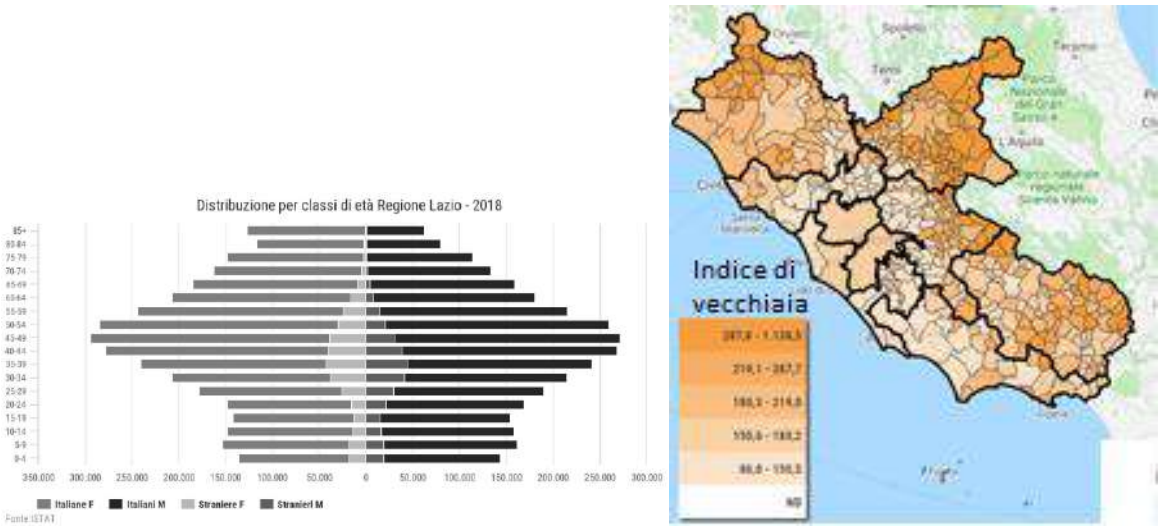
Al 1 gennaio 2018, la popolazione residente nella Regione Lazio si compone di 5.896.693 persone, di cui il 52% femmine; l'andamento temporale, a partire dal 2006, mostra un lieve incremento della consistenza demografica regionale, stabilizzatasi nell'ultimo quinquennio (figura 1). La quota di residenti stranieri, nel 2018, è pari all'11%.

Figura 1. Popolazione residente nel Lazio; andamento temporale.



La popolazione regionale è costituita, per circa il 21%, da anziani con 65 anni e più, mentre è composta di grandi anziani (ottantenni e oltre) per circa il 6,5%; il 13% è costituito da minorenni (0-14 anni), il 65% della popolazione si colloca nella fascia d'età tra 15 e 64 anni (dati Istat, 1 gennaio 2018). L'indice di vecchiaia (numero di persone over-65 anni per 100 persone con età inferiore a 15 anni) presenta, nel 2018, un valore pari a 158,5, in crescita nell'ultimo quinquennio, seppure con trend meno marcato di quello osservato a livello nazionale. La figura 2 mostra la struttura per età regionale e la distribuzione dell'indice di vecchiaia nei comuni, più elevato nei comuni delle province, rispettivamente, reatina e viterbese.

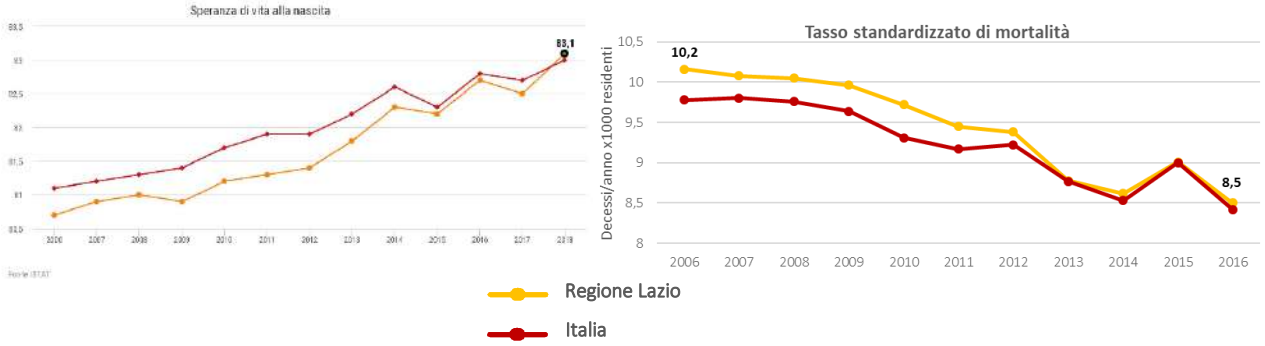
Figura 2. Distribuzioni per età della popolazione regionale ed indici di vecchiaia per comune.



Stime al 2018 indicano una speranza di vita alla nascita di 81 anni tra gli uomini e superiore a 85 anni tra le donne, con una crescita pronunciata a partire dal 2006 che, nell'ultima annualità, allinea il valore regionale alle corrispondenti stime nazionali. Il tasso di mortalità mostra un decremento altrettanto pronunciato nel periodo 2006-2016 (figura 3) per attestarsi, con 58,437 decessi nel 2017, su un totale di 990.8 deceduti per 100,000 residenti.

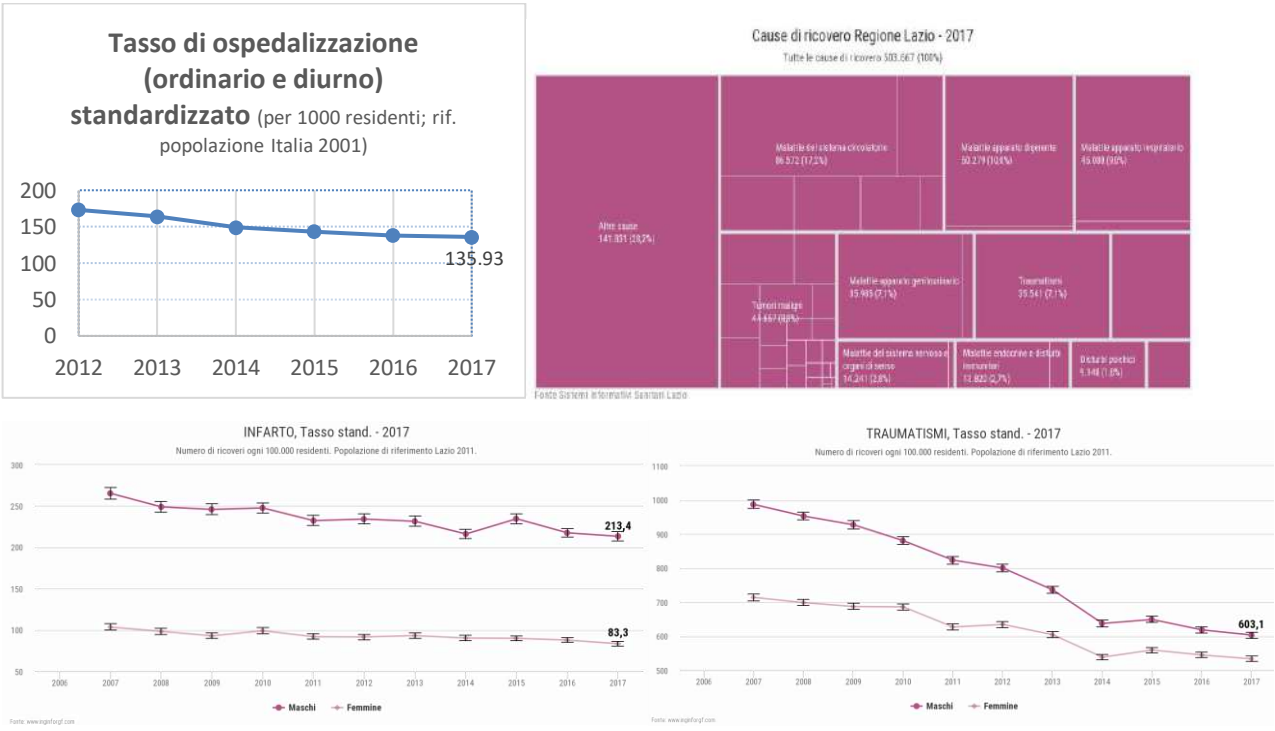
Nel 2016, la popolazione si è arricchita di 44.545 nuovi nati, con un trend del tasso di natalità (numero di nascite in rapporto alla popolazione residente) sovrapponibile a quello nazionale e in progressivo decremento, più marcato a partire dal 2012.

Figura 3. Speranza di vita alla nascita e mortalità per tutte le cause (tasso standardizzato, popolazione di riferimento Lazio 2011). Andamenti temporali.



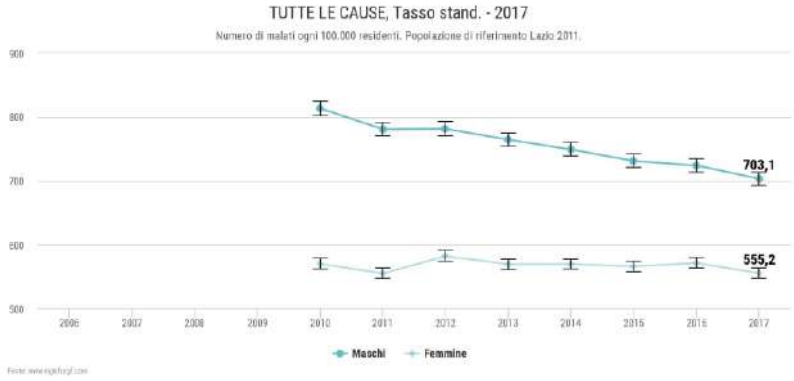
Il tasso di ospedalizzazione della Regione Lazio mostra un andamento decrescente nel quinquennio 2012-2017, collocandosi nell'ultima annualità ben al di sotto della soglia di riferimento del 160 per 1000 individuata dal DM 70/2015. Le malattie del sistema circolatorio rappresentano il gruppo di cause di ricovero più frequenti, seguite dalle malattie dell'apparato digerente e dai tumori maligni. Nell'ambito del primo gruppo, le dimissioni per infarto rappresentano, al 2017, circa il 10% della casistica e vi si osserva, nell'ultima decade, un decremento regolare sia tra gli uomini che tra le donne. Anche i ricoveri per ictus, che rappresentano poco meno del 10% delle dimissioni per cause cardio-circolatorie, presentano analogo andamento. Si osserva infine un marcato decremento dei ricoveri per traumatismi.

Figura 4. Dimissioni ospedaliere. Andamento temporale e cause di ricovero.



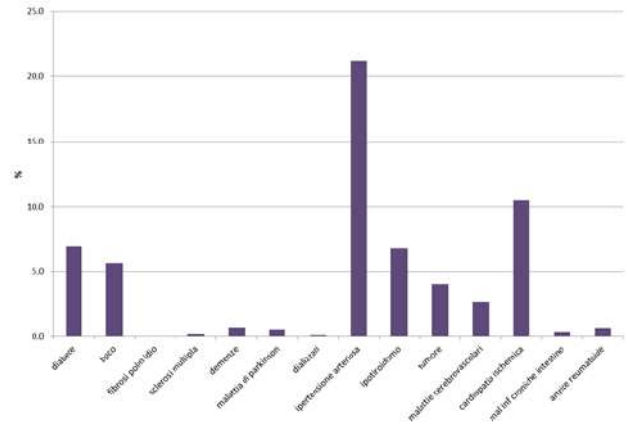
Per quanto riguarda l'insorgenza di tumori maligni, i dati del registro tumori regionale hanno fatto registrare, nel 2017, 38.008 nuovi casi, con un decremento dei tassi tra gli uomini a partire dal 2010 e, invece, un andamento temporale stabile tra le donne. Tra queste ultime si osserva un aumento del numero di diagnosi di tumori di trachea, bronchi e polmoni, contrariamente al decremento osservato nella popolazione maschile, ed un aumento della frequenza di nuovi casi di tumori alla mammella, per effetto soprattutto della progressiva estensione dei programmi di screening oncologici regionali, cui corrisponde un andamento pressoché costante del tasso specifico di mortalità nel medesimo periodo.

Figura 5. Tumori maligni. Andamento temporale dei tassi standardizzati



Per quanto riguarda, infine, il quadro regionale della morbosità cronica, alla fine del 2016 più del 20% della popolazione regionale risulta iperteso, oltre il 10% presenta una cardiopatia, la quota di diabetici (tipo2) è pari a circa il 7% della popolazione regionale, così come la frequenza di ipotiroidismo.

Figura 6. Prevalenze (%) di patologie croniche al 31.12.2016



Fonte: Dipartimento di epidemiologia del SSR, Regione Lazio

Si riportano a seguire alcuni dati demografici ed epidemiologici relativi alle Aziende Sanitarie Regionali. La tabella 1 mostra la popolazione residente nelle ASL e i corrispondenti indici di vecchiaia, da cui si evince un maggior peso della popolazione anziana nelle ASL di Rieti e Viterbo, mentre Roma5 e Roma6 presentano una popolazione residente più giovane.

Tabella 1. Popolazione residente per ASL e quota di anziani al 1 gennaio 2018

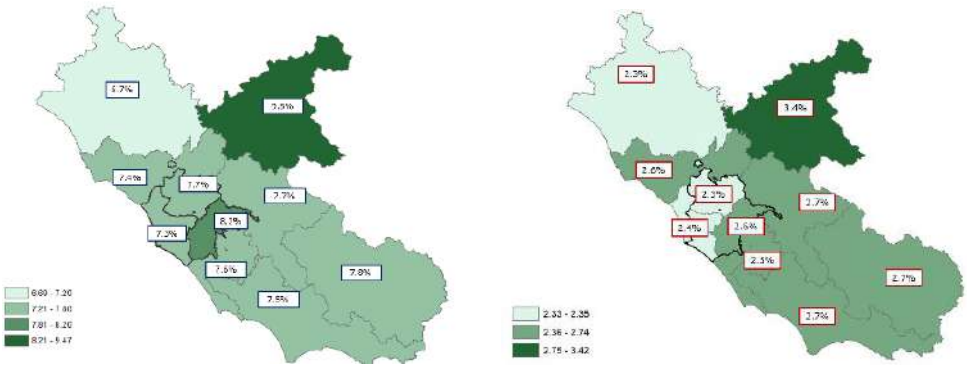
ASL	Popolazione	% over 65
Roma1	1,040,074	23
Roma2	1,304,143	21
Roma3	608,213	21
Roma4	327,908	20
Roma5	501,967	19
Roma6	573,420	19
Frosinone	490,632	23
Latina	575,577	21
Rieti	156,554	25
Viterbo	318,205	24

Fonte Istat

In figura 7 si riportano le prevalenze di assistiti con tre o più patologie croniche, complessivamente pari al 7.7% della popolazione regionale: tale indice di multicronicità sembrerebbe riguardare poco meno del 10% degli assistiti nell'ASL di Rieti, è pari all'8.2% degli assistiti dell'ASL Roma2, mentre è inferiore al 7% nell'ASL di Viterbo; nelle rimanenti aziende è ricompreso tra il 7% e l'8% della popolazione assistita. Il pattern diabete-ipertensione arteriosa-cardiopatia ischemica riguarda il 2.6% degli assistiti a livello regionale: esso è presente in oltre il 3% degli assistiti nell'ASL di Rieti.

Figura 7. Prevalenze (%) di pazienti multicronici per ASL di assistenza

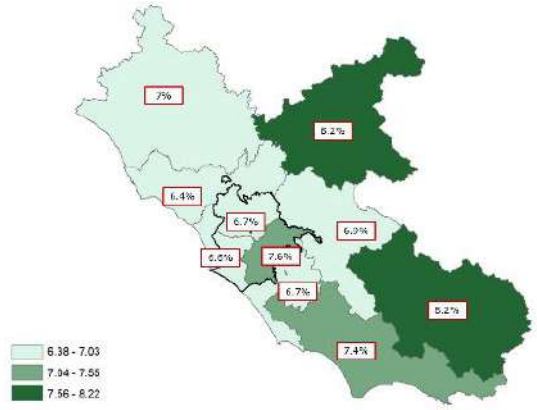
Frequenza di assistiti con 3 o più patologie *Frequenza (%) di diabete-ipertensione arteriosa-cardiopatia ischemica*



Fonte: Dipartimento di epidemiologia del SSR, Regione Lazio

Si riportano, infine, in figura 8 le frequenze di assistiti cui corrispondono, nel 2016, elevati consumi farmaceutici (più di 10 farmaci con codice ATC distinto al 4° livello); la quota di assistiti con polipresrizioni è, a livello regionale, pari al 7.1%.

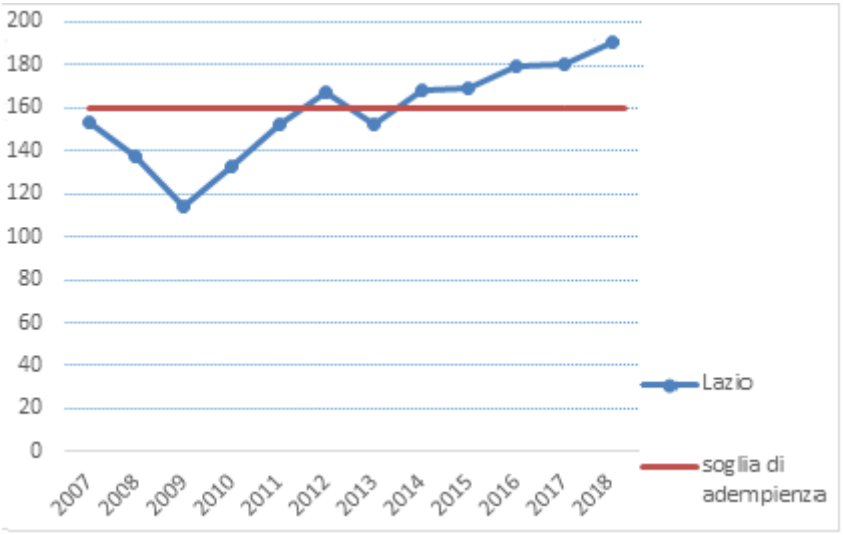
Figura 8. Prevalenze (%) di assistiti con alto consumo di farmaci (>10) per ASL di assistenza



Fonte: Dipartimento di epidemiologia del SSR, Regione Lazio

Per quanto riguarda l'erogazione dei LEA, la figura 9 presenta le variazioni, nell'arco di oltre un decennio, del punteggio complessivo attribuito alla regione dal Comitato LEA in relazione all'adempimento "mantenimento nell'erogazione dei LEA" , attraverso l'utilizzo del set di indicatori della "Griglia LEA": la linea rossa identifica la soglia di adempienza, superata dalla regione nel 2012 e, in modo regolare, a partire dal 2014, con un marcato incremento del punteggio complessivo nel periodo considerato.

Figura 9. Andamento dei punteggi regionali della Griglia LEA. Periodo 2007-2017



Fonte: Ministero della Salute

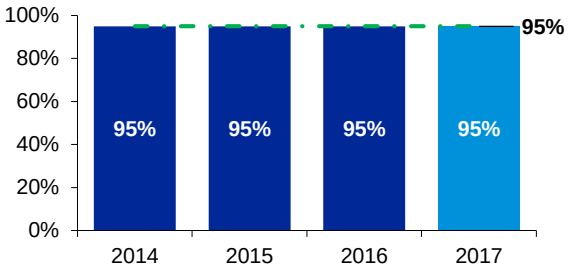
L'andamento di specifici indicatori della Griglia dà conto dell'incremento del punteggio complessivo sopra osservato, così come delle criticità ancora presenti.

Con riferimento all'ultimo quadriennio e all'area della prevenzione (figura 10), la percentuale di vaccinazioni per ciclo base di poliodifterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib, nei bambini di 24 mesi è pari al 95% in tutti gli anni dal 2014 al 2017, collocando la Regione al di sopra della soglia di riferimento; la percentuale di vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia nei bambini a 24 mesi è risultata pari a 95,34% nel 2017, dunque al di sopra della soglia di normalità; la percentuale di vaccinazioni antinfluenzali negli anziani è invece stabile nel periodo 2014-2017 e pari al 51,80% nel 2017, al di sotto della soglia di riferimento del 75%. Sempre con riferimento alla prevenzione, l'indicatore calcolato a partire dalla quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in

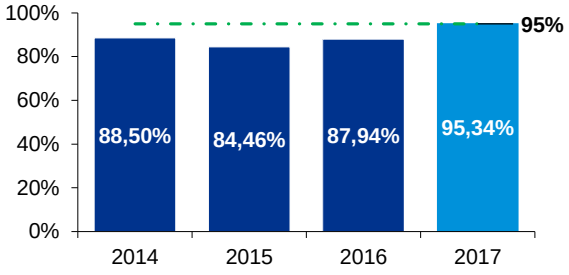
programmi organizzati ha fatto registrare un marcato incremento negli anni e adeguato la Regione, nel 2017, al valore di riferimento pari a 9.

Figura 10. Andamento di specifici indicatori di erogazione dei LEA nel periodo 2014-2017, area prevenzione.

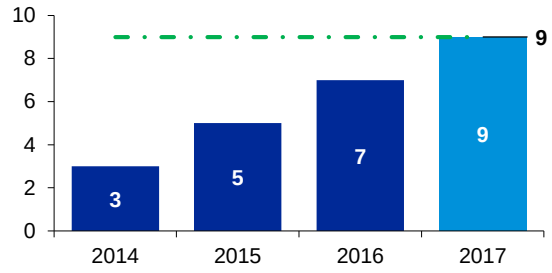
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (poliodifterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib; 3 dosi)



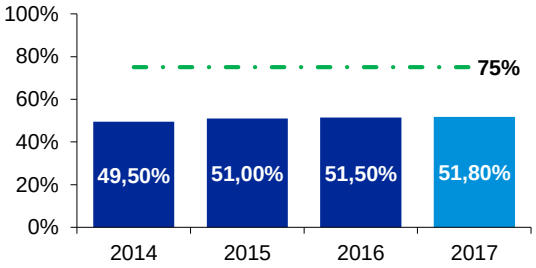
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per morbillo, parotite, rosolia (una dose)



Screening di primo livello per cervice, mammella, e colon retto



Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 aa)



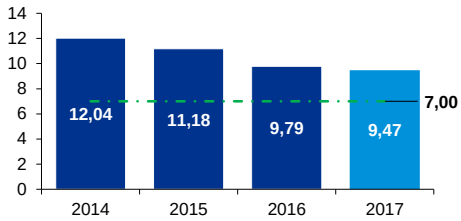
Fonte: Ministero della Salute

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera (figura 11), il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti è pari a 9,47 per l'anno 2017, valore ricompreso nel range di scostamento minimo (tra 7,01 e 12), ma con andamento in diminuzione rispetto agli anni precedenti. il rapporto tra i ricoveri in regime ordinario per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza e i ricoveri in regime ordinario non attribuiti ai suddetti DRG (all. B Patto per la Salute 2010-2012) risulta essere pari a 0,15 nel 2017, ricompreso nel range di riferimento (valore soglia 0,21) e con andamento in diminuzione rispetto agli anni precedenti. La percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1.000 parti/anno è, per l'anno 2017, pari al 27,3%, al di sopra del valore di riferimento individuato dal DM70 (25%) e nella fascia di scostamento minimo"; la quota di parti cesarei primari in strutture che effettuano meno di 1.000 parti/anno per l'anno 2017 è, invece, pari al 29,1%, al di sopra della soglia massima di riferimento (15%), posizionando la Regione nell'intervallo di scostamento non accettabile.

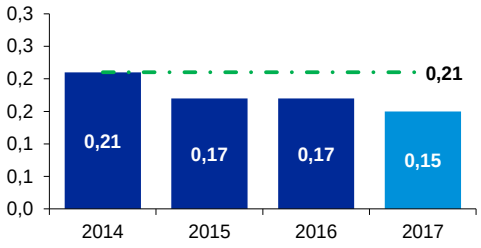
Per quanto riguarda l'efficienza della rete dell'emergenza-urgenza territoriale, l'indicatore considerato, riferito al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, si conferma nel 2017 pari a 16 minuti, come nel 2015 e nel 2016, al di sotto della soglia di riferimento dei 18 minuti e dunque ricompreso nel range di normalità.

Figura 11. Andamento di specifici indicatori di erogazione dei LEA nel periodo 2014-2017, area ospedaliera.

Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

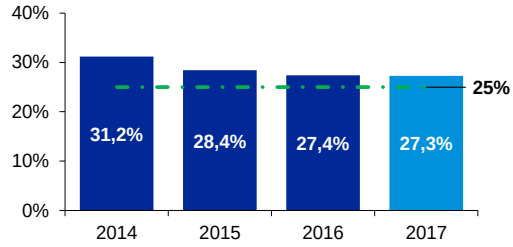


Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.



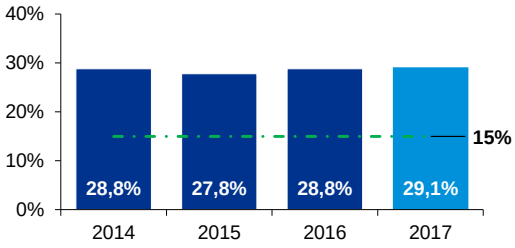
Percentuale di parti cesarei primari in maternità di II livello

o comunque con >=1000 parti



Percentuale parti cesarei primari in 188,84con

<1000 parti

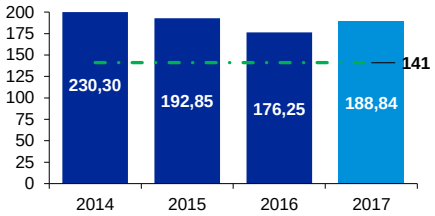


Fonte: Ministero della Salute

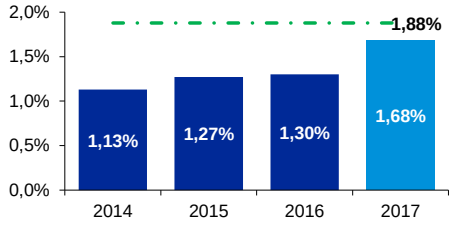
Per quanto riguarda l'area distrettuale (fonte verbale riunione del 22.11.2018 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato LEA) (figura 12), il tasso di ospedalizzazione per asma e gastroenterite in età pediatrica è pari, nel 2017, a 188,84, ancora al di sopra del valore soglia (<= 141); la percentuale di anziani ≥ 65 anni assistiti in ADI risulta, nel 2017, pari a 1,68%, inferiore all'intervallo di riferimento (>= 1,88%) seppure in crescita rispetto alle precedenti annualità, collocando la regione nella fascia di scostamento minimo. Il numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti si attesta, per l'anno 2017, a 4,28 per 1.000 anziani, in diminuzione rispetto al dato del 2016, comportando un peggioramento nella valutazione dell'indicatore cui corrisponde, dunque, uno scostamento non accettabile dalla soglia di riferimento. Il numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti è per l'anno 2017 pari a 0,42, collocando la regione nella fascia di scostamento minimo dal valore di riferimento; anche il numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili è, nel 2017, leggermente inferiore rispetto al valore soglia (0,19 vs 0,22), nel range di scostamento minimo.

Figura 12. Andamento di specifici indicatori di erogazione dei LEA nel periodo 2014-2017, area distrettuale.

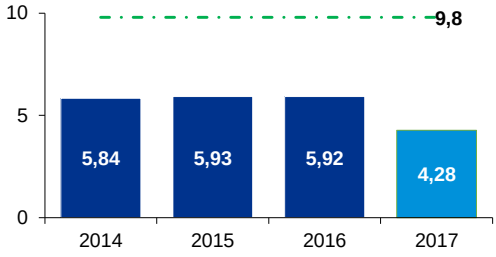
Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite



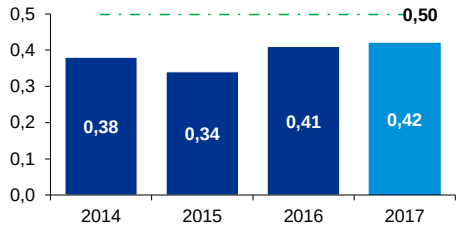
Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI



Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti



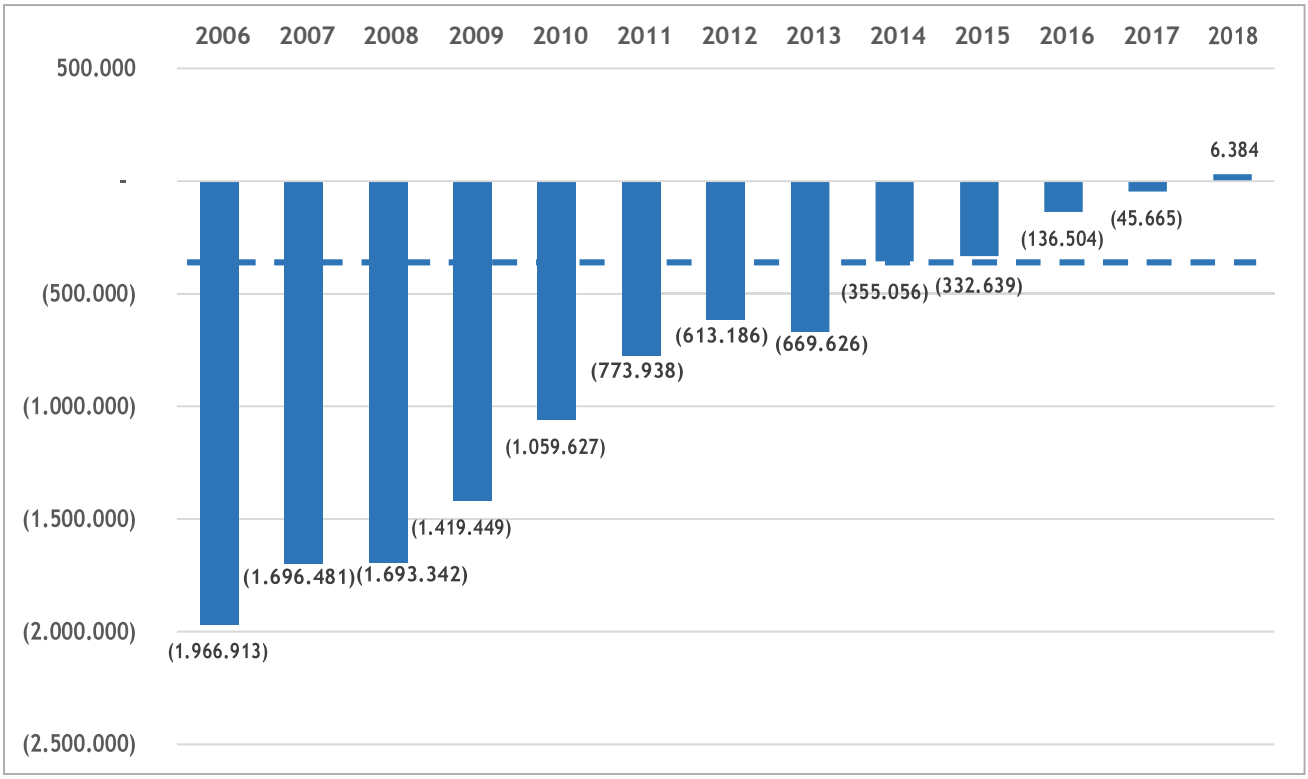
Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti



Fonte: Ministero della Salute

Infine, sempre con riferimento all'aera distrettuale, il numero di posti letto attivi in hospice si attesta, nel 2017, a 1,90 per 100 deceduti per tumore, collocandosi al di sopra della soglia di riferimento (1 posto per 100 deceduti per tumore). La percentuale del consumo annuo di farmaci appartenenti al PHT per l'anno 2017 è pari al 69,7%, in aumento rispetto al valore del 2016 (67,7%), attestandosi nel range di scostamento minimo.

Figura 12. Andamento risultato di gestione 2006-2018.



Fonte - NSIS

Fonte - NSIS

Soglia del 5% del rapporto disavanzo/FSR

L'andamento dei disavanzi sanitari della Regione Lazio, a partire dall'anno 2006, evidenzia un progressivo calo con una riduzione del rapporto tra disavanzo e FSR al di sotto della soglia del 5% a partire dall'esercizio 2014, fino ad arrivare nell'esercizio 2018 ad un avanzo di 6,384 mln di euro.

2. Introduzione e guida alla lettura: una nuova visione del sistema centrata sulla persona

Nel descrivere l'articolazione degli interventi previsti nel presente Piano, merita soffermarsi su alcune chiavi di lettura strategiche che hanno guidato la redazione dei contenuti. Il primo livello di distinzione riguarda, da un lato, le azioni previste sul piano dei modelli di intervento, illustrate nella **prima sezione** del documento, centrate sui bisogni della persona e sulle fasi in cui essa intercetta il servizio sanitario regionale per tradurre le sue necessità, in funzione della storia naturale di malattia e dei suoi snodi critici, in prestazioni erogate; dall'altro, le azioni di sistema e di sviluppo della capacità di governo e gestione del SSR, descritte invece nella **seconda sezione** del documento, certamente strumentali ad assicurare che i modelli di intervento si sviluppino secondo criteri di efficacia, appropriatezza ed equità.

La prima sezione riguarda, dunque, le azioni sui modelli di intervento che si articolano in risposta a tre macro-categorie di bisogni. Si individuano, in primis, i bisogni della **popolazione generale**, per la quale il Programma Operativo della Regione Lazio intende intraprendere strategie miranti, da un lato, a implementare interventi di promozione della salute, realizzati in collaborazione con attori esterni al SSR come la Scuola, le Imprese, i Comuni, i soggetti del Terzo settore, dall'altro a incrementare la partecipazione consapevole ai programmi di prevenzione collettiva come screening e vaccinazioni, e agli interventi di promozione di stili di vita salutari.

Seguono i modelli di intervento che rispondono ai **bisogni "inattesi" del paziente acuto**: si tratta dunque di bisogni programmabili a livello aggregato, ma che riguardano la persona che accede al sistema sanitario in genere per un sospetto clinico o tramite il Pronto Soccorso in condizioni di pericolo imminente di vita (es. coma/ictus e stato epilettico, sindrome coronarica acuta, politrauma, insufficienza respiratoria acuta e *shock*). I bisogni di tali pazienti trovano risposta nell'individuazione dell'opportuna struttura specialistica dotata di competenze e tecnologie adeguate e nell'accesso ad un percorso integrato di diagnosi, cura e, eventualmente, riabilitazione, ricevendo prestazioni erogate dalle reti assistenziali del territorio. Per questo target di pazienti, i cui bisogni inattesi richiedono una **capacità di presa in carico reattiva** che sia efficace ed efficiente, la Regione intende intraprendere interventi finalizzati al coordinamento e all'integrazione fra le unità di erogazione e tra assistenza ospedaliera e territoriale, favorendo l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutico- riabilitativi e migliorando l'efficacia e l'efficienza dei processi. Per le patologie non tempo dipendenti la Regione intende implementare ed estendere i percorsi diagnostici terapeutici esistenti integrando i diversi ambiti territoriali ed ospedalieri, al fine di permettere la presa in carico del paziente sin dal momento del contatto con il medico di medicina generale.

La terza categoria fa riferimento ai **bisogni "programmabili" del paziente affetto da patologia cronica**, per i quali la Regione (in coerenza con il Piano nazionale Cronicità) è chiamata ad assicurare diverse possibili "porte" di accesso alla rete assistenziale, promuovendo la presa in carico globale della persona attraverso la **transizione dal modello di attesa a quello pro-attivo**, ovvero all'intercettazione del bisogno prima della sua piena espressione clinica, proprio in virtù della sua natura prevedibile, garantendo al paziente interventi mirati a rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenirvi gli esiti sfavorevoli. La programmazione di interventi per tale tipologia di bisogni investe, in modo particolare, le strutture territoriali ma riguarda altresì i percorsi di ospedalizzazione dei pazienti (sia perché spesso all'origine della diagnosi di cronicità che per acutizzazioni o riacutizzazioni, evoluzione, aggravamento della patologia), talvolta inevitabili e secondo criteri di appropriatezza.

Gli strumenti di analisi epidemiologica del patrimonio informativo regionale e i **modelli di stratificazione** della popolazione concorrono ad identificare le tre tipologie di destinatari degli interventi, evidentemente non mutuamente esclusive e funzione di traiettorie individuali, facilitando la programmazione delle azioni, la loro conduzione e la stima del loro impatto.

Alcuni indirizzi-chiave accomunano i succitati modelli di intervento, comunque caratterizzati dalla presa in carico (reattiva o pro-attiva) della persona da parte del sistema e nella logica di integrazione tra i *setting* di cura.

Il primo è senz'altro quello della **semplificazione** e della **velocizzazione dei percorsi** del paziente tra le diverse discipline, professioni e unità di offerta, da realizzare costruendo **strumenti informativo-informatici che integrino la filiera assistenziale** e rendano disponibili, in modo tempestivo, le informazioni utili a conoscere lo stato di salute

dell'individuo e a garantire la collaborazione dei diversi attori (operatori, familiari, *care-givers*...) coinvolti nel rispondere ai bisogni.

In secondo luogo, allo scopo di assicurare prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità, appare indispensabile coordinare e integrare le attività attraverso un percorso-guida possibilmente codificato. Il **Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale** può rappresentare uno strumento in grado di individuare ex ante la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni che di servizi territoriali e ospedalieri. La natura del PDTA orientata a specifiche patologie ne evidenzia, tuttavia, alcuni limiti nei pazienti multi-cronici e complessi, su cui le modalità di presa in carico devono necessariamente adattarsi al profilo e al contesto dell'assistito attraverso un **Piano Assistenziale Individuale**, garantendo la sua gestione continuativa possibilmente anche attraverso l'individuazione di un **case manager**.

Infine la Regione intende estendere l'**innovazione tecnologica** a tutti i percorsi di cura, attivando anche programmi di telemedicina, al fine di promuovere la tempestività e l'appropriatezza delle cure, facilitare il passaggio di setting assistenziale, migliorare la presa in carico soprattutto dei pazienti cronici su cui monitorare, attraverso tali strumenti, l'aderenza ai trattamenti.

Tutte le azioni programmate rispondono alla "lente" dell'equità, nel senso che si sviluppano per **contrastare i meccanismi di generazione delle disuguaglianze nella salute** che possono ricadere sotto la responsabilità del SSR: nell'ambito della prevenzione, le azioni del Piano comprendono programmi di prevenzione collettiva ed interventi mirati a promuovere la riduzione di stili di vita insalubri, nei diversi setting (lavoro, scuola, comunità ecc.) e dunque intrinsecamente mirati all'equità, di cui la Regione presidierà l'omogeneità dei risultati; nell'ambito dei percorsi di cura, gli interventi programmati favoriranno una capacità di risposta del sistema appropriata e tempestiva commisurata al bisogno (come ad esempio attraverso il miglioramento dei tempi di attesa, la presa in carico pro-attiva attraverso percorsi integrati di cura centrati sulle caratteristiche del paziente, etc.), contribuendo a favorire, dunque, una maggiore equità nei processi e negli esiti delle cure. Da ultimo, il piano individua alcuni interventi specificamente indirizzati a **fasce di popolazione vulnerabili**, di cui il sistema, attraverso la propria capacità di presa in carico, favorirà le prestazioni tempestive ed appropriate secondo i bisogni specifici, con modalità organizzative volte ad eliminare le barriere all'accesso. In generale, gli strumenti informativi regionali renderanno possibile monitorare l'equità dei processi e dei relativi esiti.

La seconda sezione comprenderà interventi volti a:

- riconfigurare l'assetto regolatorio del SSR in coerenza con gli indirizzi della programmazione integrata, attraverso la revisione del sistema delle autorizzazioni, dell'accreditamento, degli accordi contrattuali, delle regole di budget e di remunerazione, dei controlli;
- prevedere un **riassetto della *governance* istituzionale**, attraverso il coordinamento di funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo-gestionale standardizzabili (gestione procedure di gara, centralizzazione pagamenti, procedure concorsuali, formazione, coordinamento sistema informativo, logistica, supporto agli investimenti), consentendo una maggiore focalizzazione delle Aziende sanitarie nei servizi alla persona e lo sviluppo delle loro funzioni di presa in carico e tutela della persona e di committenza verso gli erogatori di prestazioni;
- ridefinire il quadro dell'offerta, con l'intento di coniugare efficacia, appropriatezza ed efficienza nelle capacità di risposta assistenziale;
- definire la programmazione economico-finanziaria favorendo l'efficienza del sistema, da un lato attraverso l'implementazione dei Piani di efficientamento e riqualificazione delle AO/AOU/IRCCS, in applicazione della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, comma 525 art.1, e la loro estensione ai presidi ospedalieri di ASL, dall'altro delineando azioni sul piano della *governance* di alcune rilevanti voci di spesa.

3. Gli strumenti di analisi epidemiologica e di stratificazione della popolazione assistita

La conoscenza delle variazioni, nel tempo e nello spazio, negli indicatori che correlano con i bisogni di salute e con la domanda di prestazioni rappresenta uno strumento di governo indispensabile per la programmazione dei servizi nelle Aziende Sanitarie. Ad oggi la Regione dispone di un ricco patrimonio di flussi informativi, banche dati, sistemi di sorveglianza e fonti statistiche accurate e tempestive in grado di alimentare tali strumenti: essa dispone, infatti, di un registro di cause di morte, che riflettono un vissuto di morbosità e fattori di rischio di una quota di popolazione con maggiore severità clinica, sistemi informativi sanitari, attraverso cui tracciare la domanda di prestazioni nonché - spesso per loro tramite - la presenza di importanti patologie acute e croniche e la relativa evoluzione clinica, specifici registri di patologia tra cui il registro tumori di recente istituzione, oltre che sistemi di sorveglianza campionari su stili di vita e fattori di rischio comportamentali, a cui si aggiunge la mappatura di alcuni importanti inquinanti ambientali. La Regione dispone, altresì, di sistemi di integrazione di tali fonti ed algoritmi tali da consentire, ad esempio, l'individuazione di coorti di residenti ed il loro follow up di morbosità e mortalità, oltre che in grado di connotare i propri assistiti in base a caratteristiche di vulnerabilità socio-economica. Attraverso l'analisi delle succitate fonti informative la Regione intende, nel triennio 2019-2021, consolidare, attraverso il proprio Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, un **portale** di indicatori in grado di leggere lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente nei Comuni, nei Distretti e nelle ASL regionali, a supporto delle funzioni di programmazione dei servizi e dell'individuazione di fabbisogni di prestazioni, oltre che strumento per il monitoraggio delle capacità di tutela della salute da parte del SSR.

Il patrimonio di banche dati sanitarie regionali, arricchito dall'anagrafe degli assistiti e delle esenzioni, permetterà di realizzare un sistema di stratificazione della popolazione, ovvero un modello in grado di suddividere la popolazione, innanzitutto, per macro-categorie di utenti del SSR, in grado di distinguervi i **non utilizzatori, gli utilizzatori non cronici e i pazienti cronici**. Sarà altresì possibile descrivere la popolazione regionale differenziando questi ultimi in relazione allo stadio di sviluppo della malattia, intercettando il maggior numero di determinanti che ne influenzano la storia naturale ed il rischio di aggravamento associato, in particolare, alla **cronicità polipatologica** e alla **fragilità clinica**.
Al fine, inoltre, di comparare tale differenziazione con altre realtà del territorio nazionale, coerentemente con gli approfondimenti condotti dalla Cabina di regia nazionale del Piano Nazionale della Cronicità e nell'ambito del Progetto del Ministero della Salute "Pon Gov Resilienza", la Regione Lazio si avvarrà degli **strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia** (come da D.G.R. n. X/6164/2017Il 2019), a loro volta in corso di sperimentazione presso diverse realtà regionali (Toscana, Emilia Romagna a cui si aggiungono Liguria e Veneto che hanno manifestato interesse a sperimentare il modello lombardo di stratificazione).
In virtù, poi, dei sistemi di integrazione delle banche dati e degli algoritmi sviluppati dalla Regione Lazio, attraverso il proprio Dipartimento di Epidemiologia, in grado di rappresentare i determinanti del rischio di malattia e i predittori della sua evoluzione clinica, sarà possibile individuare alcuni sub-target specifici della popolazione cui indirizzare, pro-attivamente, interventi efficaci per modificarne la storia naturale. La Regione si propone, infatti, di **individuare sottogruppi di assistiti a maggior rischio di outcome sfavorevoli**, connotare gli stessi in base a profili di utilizzo di servizi e di cura, **caratteristiche di vulnerabilità socio-economica** e **caratterizzarne l'esposizione ad inquinanti ambientali** attraverso il proprio indirizzo di residenza, identificando così sottogruppi cui indirizzare prioritariamente interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Tali strumenti di differenziazione potranno essere altresì potenziabili attraverso metodologie innovative, sia per quanto riguarda le informazioni utili ad identificare la popolazione con specifiche patologie (valutando ad esempio, la possibilità di utilizzare metodi di machine learning per la lettura e la classificazione di documentazione clinica come diagnosi di anatomia patologica, lettere di dimissioni, immagini diagnostiche, referti di diagnostica o laboratorio, etc.) che per identificare persone con fattori di rischio comportamentali, al momento rilevabili soltanto attraverso periodiche indagini campionarie.

Le informazioni sui sottogruppi di assistiti, distinti per i succitati fattori, saranno rese disponibili alle Aziende e ai distretti del SSR, a guida della programmazione di interventi sull'organizzazione dei servizi e a supporto dell'individuazione di priorità.
Le fonti informative sopra descritte permetteranno, infine, di valutare l'impatto delle azioni poste in essere. Particolare attenzione sarà rivolta a monitorare l'equità di accesso alle prestazioni, in relazione al bisogno, e i relativi risultati.

OBIETTIVI PROPOSTI

1.Dotare la regione di un portale di indicatori in grado di rappresentare la variabilità tra territori e popolazioni assistite nei bisogni di salute e nella domanda di prestazioni.
2. Dotare la regione di un sistema di stratificazione della popolazione assistita finalizzato ad identificare sub-target di pazienti cronici cui indirizzare, pro-attivamente, interventi mirati ed appropriati di prevenzione di outcome sfavorevoli.

LINEE DI INTERVENTO

1.Realizzazione e consolidamento (tramite aggiornamento periodico) di un portale in grado di documentare il contesto sociodemografico, la frequenza di patologie, di fattori di rischio e la domanda di prestazioni in aggregati sub-regionali (popolazione residente nei Comuni, nei Distretti e nelle ASL regionali).
2. Sperimentare nella regione Lazio gli strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia.
3. Sviluppo e validazione di un modello di stratificazione della popolazione cronica in base al rischio di evoluzione sfavorevole.
4. Individuazione di sottogruppi di assistiti, disponibili alle Aziende e ai distretti del SSR, caratterizzati attraverso profili di rischio di outcome sfavorevoli e differenziati in base ad indicatori di utilizzo di servizi di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica e fattori di esposizione.

Risultati attesi e tempistiche

1. Realizzazione di un portale in grado di documentare il contesto sociodemografico, la frequenza di patologie, di fattori di rischio e la domanda di prestazioni in aggregati sub-regionali entro il 30 giugno 2019 e aggiornamento periodico.
2. Stratificazione della popolazione assistita regionale attraverso gli algoritmi in uso presso la Regione Lombardia entro il 30 settembre 2019.
3. Differenziazione della popolazione assistita regionale attraverso un modello predittivo del rischio di outcome sfavorevoli entro il 30 settembre 2019.
4. Individuazione di sottogruppi di assistiti, disponibili alle Aziende e ai distretti del SSR, caratterizzati attraverso profili di rischio di outcome sfavorevoli e differenziati in base ad indicatori di utilizzo di servizi di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica e fattori di esposizione entro il 31 dicembre 2019.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Dipartimento di Epidemiologia del SSR
- Aziende Sanitarie

4. La comunicazione al cittadino

Regione Lazio ha l'obiettivo di favorire la comunicazione ai cittadini di tutte le politiche sanitarie che intende attuare sul territorio regionale, dando visibilità e facile accessibilità alle opportunità terapeutiche esistenti sia per i pazienti in fase di diagnosi (reti per acuti, MMG, strutture ambulatoriali, ecc.), sia per quelli in fase di trattamento e follow-up, ma anche delle politiche pubbliche per mantenere il benessere in coloro che hanno un buono stato di salute. La comunicazione deve essere organizzata in un'ottica di umanizzazione centrata sul cittadino, le cui azioni d'informazione e di ascolto rendano possibile la sua integrazione nel sistema assistenziale, nel ruolo di co-protagonista del sistema stesso. L'informazione deve essere qualificata attraverso iniziative di comunicazione al cittadino che incentivino una partecipazione attiva al processo di promozione e cura della salute. Si intende, così, favorire l'*empowerment* del paziente, attraverso un coinvolgimento responsabile della persona nell'organizzazione sanitaria, che ne riconosca la centralità e l'interezza delle necessità, secondo una visione olistica e una cultura di ascolto e servizio. A tal fine la Regione intende attuare un **piano di comunicazione per la promozione della salute e la prevenzione**, sia online che offline, anche tramite l'utilizzo di reti collaborative.

Per essere efficaci, le iniziative di comunicazione devono coinvolgere non solo i cittadini, ma anche figure chiave nel rapporto con i cittadini quali i professionisti sanitari (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, farmacisti, infermieri, terapisti, ostetriche…), gli insegnanti, ecc. La comunicazione contribuisce così, non solo ad aumentare le conoscenze e ad attivare processi di consapevolezza e di *empowerment* tra i cittadini e la comunità, ma contribuisce all'empowerment dei professionisti e a facilitare anche la creazione di reti inter-istituzionali e collaborazioni tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie su obiettivi di intervento comuni.

Il Piano di Comunicazione per la Promozione della Salute e la Prevenzione mira a sistematizzare le iniziative di comunicazione per la promozione della salute e la prevenzione cui partecipano la Regione e le aziende sanitarie, favorendo l'adozione e la diffusione di interventi di comunicazione basati su evidenze di efficacia o buone pratiche sui temi in oggetto.

Il Piano di Comunicazione prevede:

- la creazione sul sito Salute Lazio di una "Mappa delle Opportunità di Salute" che permetterà di dare visibilità alle reti esistenti (vaccinazioni, screening, ecc.), facilitare l'accesso diretto dei cittadini ai servizi e interventi di prevenzione, e supportare le campagne di comunicazione per la promozione della salute, in particolare gli interventi per l'adozione di stili di vita salutari;
- la pianificazione degli interventi sui temi della promozione della salute e prevenzione a supporto dei programmi del piano regionale della Prevenzione (PRP) e della cronicità (PRC), tenendo conto dei bisogni informativi e degli interventi raccomandati per gruppi vulnerabili, come le persone con scarsa o nulla conoscenza della lingua italiana o con basso livello di istruzione, indipendentemente dallo status giuridico e dalla regolarità amministrativa;
- la creazione e il consolidamento di una rete regionale per la comunicazione sui temi della promozione della salute e della prevenzione in grado di diffondere messaggi coerenti ed omogenei anche in raccordo con altri enti/organizzazioni sanitarie e non sanitarie (Ministero della Salute, ISS, IZS, INAIL, ecc.);
- la promozione e il sostegno delle attività di comunicazione realizzate all'interno delle reti collaborative (la Rete delle Città e delle Comunità Sane, le reti Health Promoting Schools, Health Promoting Hospitals, ecc.) già attive nel Lazio.

Linee di intervento

1. Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.
2. Creazione e il consolidamento di una rete regionale per la comunicazione sui temi della promozione della salute e della prevenzione in grado di diffondere messaggi coerenti ed omogenei anche in raccordo con altri enti/organizzazioni sanitarie e non sanitarie (Ministero della Salute, ISS, IZS, INAIL, ecc.).
3. Promozione e sostegno delle attività di comunicazione realizzate all'interno delle reti collaborative (la Rete delle Città e delle Comunità Sane, le reti Scuole che Promuovono Salute, Health Promoting Hospitals, ecc.).

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità
- Altri Enti

Risultati attesi e tempistiche

1. Realizzazione, in collaborazione con le ASL, di interventi di comunicazione efficaci, in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, sui temi della promozione degli stili di vita salutari, dell'accesso ai servizi di prevenzione (Entro dicembre 2021).
2. Realizzazione della Mappa delle “Opportunità di Salute" sul sito SaluteLazio (Entro dicembre 2020)
3. Realizzazione della pagina web “Scuole che Promuovono salute nel Lazio” e “Aziende che Promuovono Salute” (Entro dicembre 2020).

5. L’umanizzazione del sistema di cure

Nell’intento di centrare il proprio modello di erogazione dell’assistenza sulla persona, la Regione è sempre più consapevole che la qualità dei propri servizi sanitari si valuti non soltanto attraverso l’efficacia clinica delle cure e la relativa efficienza economica, ma anche con la capacità del sistema di porre attenzione alle componenti psicologiche e sociali che caratterizzano l’esperienza del paziente nel suo percorso interno al Servizio Sanitario regionale. A partire, dunque, dalla partecipazione alle attività di ricerca interregionali sulla tematica coordinate da AGENAS, tramite la rete regionale di professionisti, operatori sanitari e cittadini appartenenti alle associazioni di tutela e volontariato coinvolte, la Regione si propone di proseguire nella valutazione e di proporre azioni di miglioramento partecipate del grado di umanizzazione delle proprie strutture, secondo quattro ambiti di osservazione e tenendo conto anche di norme, carte dei diritti e repertori di buone pratiche:

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;

2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, con particolare attenzione alla qualità dei servizi alberghieri;

3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;

4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino.

Gli interventi favoriscono anche la partecipazione delle strutture del privato accreditato, quale importante componente della propria rete di offerta, e la “co-progettazione partecipata” degli strumenti di analisi e delle azioni migliorative.

Particolare attenzione sarà volta ad assicurare la consultazione di associazioni dei cittadini e di pazienti nelle fasi di elaborazione degli indirizzi strategici regionali, a partire dalla definizione delle linee regionali di indirizzo per l’attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.

Con la DGR n. 736 del 2019, la Regione ha definito ruolo e strumenti di partecipazione delle Associazioni di tutela dei pazienti nella programmazione e nella valutazione dei Servizi Sanitari Regionali. Il modello partecipativo prevede l’istituzione di una Cabina di regia, presieduta dall’Assessore alla sanità e integrazione socio-sanitaria, che attiverà la consultazione delle Associazioni in relazione a iniziative regionali ritenute prioritarie, tra cui l’attivazione di tavoli dedicati a tematiche e patologie specifiche con la partecipazione di rappresentanti dei professionisti, delle Società scientifiche e di altri portatori di interesse. Il modello prevede, inoltre, la costituzione di Gruppi di partecipazione attiva cui potranno aderire liberamente le Associazioni di rappresentanza dei pazienti e che parteciperanno, ciascuno tramite un proprio rappresentante, alla Cabina di regia. Saranno dunque definiti gli strumenti operativi per la costituzione dei suddetti organismi di rappresentanza e sarà dato avvio alla loro operatività.

Linee di intervento

1. Pubblicizzazione dei risultati delle valutazioni condotte nell'ambito del progetto di ricerca interregionale sull'umanizzazione coordinato da Agenas
2. Individuazione di eventuali ulteriori ambiti di valutazione legati all'accessibilità fisica, agli strumenti per l'accoglienza e per l'orientamento dei pazienti nei servizi, nonché alla qualità dei servizi alberghieri, per identificare specifiche azioni migliorative
3. Definizione di una modalità di consultazione strutturata di associazioni dei cittadini e di pazienti nei processi di elaborazione degli indirizzi strategici regionali, a partire dalle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità;
4. Definizione di procedure per l'adesione delle Associazioni di tutela dei pazienti nell'ambito dei Gruppi di Partecipazione Attiva e per l'attivazione della Cabina di regia per la loro consultazione

Risultati attesi

1. Iniziativa di disseminazione dei risultati regionali delle valutazioni condotte nell'ambito del progetto di ricerca interregionale coordinato da Agenas entro il dicembre 2020
2. Documento con proposte di azioni migliorative sulla rete dei servizi entro il 31 dicembre 2021
3. Identificazione di un percorso di consultazione strutturata delle associazioni di tutela dei pazienti entro il 31 dicembre 2019.
4. Attivazione dei Gruppi di partecipazione attiva e della Cabina di regia per la consultazione delle Associazioni di tutela dei pazienti entro il 30 giugno 2020

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie Locali, AO, AOU e IRCCS e Strutture Accreditate
- Associazioni di pazienti/cittadini e rete del volontariato

I SEZIONE: La Programmazione Integrata

Il modello di risposta ai bisogni che Regione Lazio intende realizzare, attraverso la propria rete di erogatori pubblici e privati, è orientato alla presa in carico della persona, alla semplificazione e alla velocizzazione dei suoi percorsi attraverso i punti di erogazione delle prestazioni, e a perseguire l'integrazione delle attività erogate, quale che sia la fascia di bisogni a cui rispondere. Allo scopo di assicurare maggiore equità, uniformità ed appropriatezza delle prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate da servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità, il **Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale** può rappresentare uno strumento in grado di individuare ex ante la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni che di servizi territoriali e ospedalieri. La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali", ma anche strumento in grado di ridurre la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali; può essere considerato uno strumento di *governance,* perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di singoli servizi e professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno. Si ritiene inoltre che, per molte condizioni riferite, soprattutto, a patologie croniche, i PDTA debbano prevedere un collegamento con gli interventi di prevenzione (in raccordo ad esempio con interventi volti aumentare la copertura vaccinale nei soggetti a rischio, ridurre i fattori di rischio comportamentali nei pazienti cronici, garantire iter diagnostico-terapeutico ai soggetti positivi ai test di screening)

Indipendentemente dalla condizione a cui si riferiscono, Regione Lazio intende sviluppare una cornice metodologica volta a definire criteri di priorità per l'individuazione di PDTA ed informazioni necessarie ad assicurare omogeneità nella loro definizione. Solo i PDTA definiti nel rispetto dei criteri metodologici e dei contenuti previsti dalla Regione, saranno inseriti nel quadro organizzativo e regolamentare del SSR. Nell'ambito del quadro regolatorio, particolare attenzione sarà, altresì, rivolta a promuovere l'utilizzo e l'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti.

Linee di intervento

- Elaborazione di un documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA
- Identificazione di sistemi di rilevazione dell'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti

Risultati attesi

- Documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA predisposto entro il 31.12.2019
- Sistemi di rilevazione dell'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti identificati entro il 31.12.2020

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Società scientifiche
- Associazioni di pazienti
- Dipartimento di epidemiologia del SSR

6. Promozione della salute e prevenzione attiva

La prevenzione delle patologie croniche o infettive richiede un approccio multidisciplinare, con un ampio spettro di interventi miranti a:

- prevenire l'insorgenza della patologia stessa;
- assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale, per bloccarne o rallentarne la progressione/diffusione;
- prevenire le complicanze nelle persone già malate.

Data la vastità degli ambiti affrontati è necessario un approccio combinato tra interventi di comunità, orientati alla **promozione della salute**, e **interventi di prevenzione** miranti all'individuazione precoce di soggetti a rischio o all'identificazione delle patologie in fase precoce.

In linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione, gli interventi di **promozione della salute** prevedono un modello orientato ai bisogni di salute e benessere della persona, basato su un approccio per ciclo di vita e per *setting*.

L'approccio per ciclo di vita si realizza attraverso interventi integrati che mirano a superare la frammentarietà delle azioni di promozione della salute e prevenzione, "accompagnando" l'individuo nelle diverse fasi della propria vita: promozione della salute nei primi 1000 giorni, in età prescolare-scolare, in età adulta e negli anziani. Tale approccio favorisce la riduzione delle disuguaglianze di salute, esistenti tra gruppi socioeconomici e tra persone che vivono nei diversi contesti territoriali della regione.

Per quanto riguarda l'approccio per setting, il Piano Regionale della Prevenzione, in linea con le indicazioni nazionali individua quattro setting principali su cui agire: la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari. I setting sono definiti come il luogo o il contesto sociale in cui più facilmente è possibile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione.

Il lavoro sui setting è alla base della pianificazione e della realizzazione degli interventi intersettoriali che richiedono il coinvolgimento degli attori non sanitari su comuni obiettivi di salute. In particolare, nei prossimi anni si intende rafforzare a livello regionale l'azione sul setting Scuola, avvalendosi di un modello di riferimento e di una metodologia *evidence based* (Rete delle scuole che promuovono salute), da cui sono derivate buone pratiche diffuse e consolidate a livello regionale e nazionale.

Per quanto riguarda gli interventi di **prevenzione,** il modello si basa su interventi pro attivi su fasce di popolazione identificate per età quali i programmi di vaccinazioni, gli screening neonatali e oncologici. Il modello degli screening organizzati prevede l'identificazione quanto più precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato e la loro conseguente presa in carico dai servizi del SSR in caso di patologia. Particolare attenzione va data alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla cura delle patologie uro-andrologiche che secondo la strategia regionale deve attuarsi attraverso la valutazione epidemiologica del fenomeno, la sensibilizzazione sulla tematica e la definizione di percorsi di diagnosi precoce e presa in carico (LR 25 del 25/11/2019).

Il Dipartimento di Prevenzione in raccordo con le altre macrostrutture aziendali (altri dipartimenti e presidi ospedalieri) e, eventualmente, prevedendo anche una ridefinizione delle relazioni organizzative con i Distretti, si occuperà della programmazione, attuazione e validazione di:

- interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio e diagnosi precoce delle malattie croniche non trasmissibili e all'invio rispettivamente verso "percorsi di prevenzione" finalizzati alla modifica dei fattori di rischio o percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico per una gestione integrata e sistemica della cronicità (PDTA).
- percorsi preventivi per i pazienti con cronicità (P-PDTA - Percorsi Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale) personalizzati per livello di rischio.

Con l'obiettivo di sostenere e rendere omogenee le azioni e gli interventi di promozione della salute e prevenzione già programmati e realizzati a livello aziendale e regionale, Regione Lazio intende:

- promuovere la “salute in tutte le politiche” con un Piano di azione intersettoriale;
- rafforzare le competenze degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione;
- promuovere l’educazione alla salute e l’empowerment del cittadino/della famiglia migliorando l’Health literacy (alfabetizzazione sanitaria)
- consolidare gli interventi di prevenzione

Alcuni sistemi di sorveglianza rivestono un ruolo centrale nell’ambito del monitoraggio delle azioni di prevenzione e pertanto se ne prevede un’azione di consolidamento e coordinamento a livello regionale e aziendale. Tali azioni riguardano:

- il “Sistema di sorveglianza HIV/AIDS”;
- il “Sistema di sorveglianza progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI)”;
- il “Sistema di sorveglianza Passi d’argento”
- il “Sistema di sorveglianza OKkio alla salute”
- Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino
- il “Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)”.

Linee di intervento

Coordinamento regionale dei sistemi di sorveglianza di popolazione.

Soggetti interessati

- Aziende Sanitarie
- Dep Lazio SERESMI
- Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute

Risultati attesi e tempistiche

1. Predisposizione atto regionale per la definizione dell’organizzazione dei sistemi di sorveglianza (entro il 2019)

6.1 Promozione della “salute in tutte le politiche” con un Piano di azione intersettoriale

Le evidenze scientifiche indicano che un buono stato di salute produce benefici in tutti i settori e nell’intera comunità ed è essenziale per lo sviluppo economico e sociale di una popolazione.

Allo stesso tempo, la Salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma può essere raggiunta solo attraverso un approccio globale di sistema ovvero mediante il coinvolgimento di tutti i settori che, con le loro politiche e interventi, interagiscono sui vari determinanti di salute e di equità. In quest’ottica, il SSR ha una funzione di “*advocacy* per la salute” attraverso il coinvolgimento di diverse istituzioni su comuni obiettivi di salute ed equità.

A tal fine, Regione Lazio intende implementare un Piano di Azione Intersettoriale che mira a favorire la collaborazione tra i diversi attori (operatori e professionisti sanitari, delle imprese e dei vari contesti sociali e loro rappresentanti) che hanno responsabilità identificate nell’attuazione di politiche e di interventi di promozione della salute, principalmente mediante lo sviluppo di accordi, condivisione di linee di indirizzo e pianificazione congiunta degli interventi.

L’obiettivo è quello di realizzare interventi efficaci, integrati e coordinati volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria (empowerment individuale e di comunità per l’adozione di scelte salutari), con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati.

La creazione di ambienti favorevoli alla salute passa attraverso azioni intersettoriali che, a livello regionale, riguardano ad esempio, la pianificazione dell'uso del territorio insieme ai comuni per favorire la mobilità sostenibile, i piani di miglioramento della qualità dell'aria, la tutela del suolo e delle acque, le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la promozione dell'offerta di alimenti sani e a Km 0, ecc.). Tutto ciò per garantire pari opportunità di salute a ogni cittadino del Lazio.

Per favorire la governance degli interventi di promozione della salute, Il Piano di Azione Intersettoriale promuove e sostiene lo sviluppo delle reti collaborative dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la Rete delle Città e delle Comunità Sane (www.retecittàsane.it), le reti Health Promoting Schools, Health Promoting Hospitals (http://www.hphitalia.net), Healthy Workplaces che forniscono esempi su come si realizzano interventi intersettoriali con il coinvolgendo della popolazione locale e generando un senso di appartenenza della comunità rispetto ai temi della salute.

Linee di intervento

1. Definizione di accordi e/o condivisione di indirizzi per la realizzazione di interventi intersettoriali di promozione di stili di vita salutari nei diversi *setting* (scuola, luoghi di lavoro, servizi sanitari e comunità).
2. Definizione di accordi e/o condivisione di indirizzi per la realizzazione di interventi intersettoriali per garantire un elevato livello di salute umana, nonché di benessere degli animali nella filiera agroalimentare.
3. Definizione di politiche e interventi intersettoriali finalizzati a ridurre le esposizioni ambientali nocive per la salute e a creare ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Laboratori di riferimento regionali
- Altri portatori di interesse

Risultati attesi e tempistiche

- 1, 2, 3 Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale. (Entro dicembre 2021)

6.2 Formazione degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione

La formazione degli operatori sanitari è fondamentale per favorire la diffusione della cultura della promozione della salute e mettere in atto interventi efficaci di tipo informativo-educativo, rivolti ai diversi *cluster* della popolazione.

La strategia formativa regionale deve essere rivolta a figure sanitarie "chiave" (operatori dei servizi territoriali ed ospedalieri, MMG, Pediatri, medici competenti, veterinari, infermieri di comunità, farmacisti etc.) per poter raggiungere i cluster principali a cui sono diretti gli interventi di promozione della salute, della sicurezza alimentare e prevenzione (adulti, adolescenti, bambini, donne, anziani, famiglie, operatori economici della filiera agroalimentare).

L'obiettivo che Regione Lazio intende perseguire è dunque quello di favorire la realizzazione dei percorsi formativi destinati agli operatori sanitari, finalizzati alla realizzazione di interventi di promozione della salute principalmente nei *setting* dei servizi sanitari e nella scuola attuando una strategia formativa regionale che intende rendere omogenee le modalità di approccio ed i contenuti sul territorio, creando le condizioni per interventi efficaci e strategicamente pianificati.

I percorsi formativi da mettere in atto sono di due tipi: 1) formazione per la promozione degli stili di vita e per il contrasto della cronicità nel *setting* dei servizi sanitari; 2) formazione per la promozione della salute nel *setting*

scolastico; 3) formazione diversificata per i diversi ambiti di produzione primaria e post-primaria della filiera agroalimentare.

A livello conoscitivo, la formazione prevista favorirà la diffusione di informazioni aggiornate e corrette sui concetti fondamentali della promozione della salute e della sicurezza alimentare e sui quattro temi del Programma Guadagnare Salute (corretta alimentazione, attività fisica, consumo di alcol e fumo). Sul versante delle competenze, la formazione consentirà lo sviluppo e il consolidamento delle competenze comunicativo-relazionali e di base del cosiddetto "*counseling* motivazionale breve". Il *counseling* motivazione breve (anche chiamato *minimal advice*) consiste nella costruzione e trasmissione di messaggi brevi in stile "motivazionale", che permettono di facilitare l'adesione a stimoli di miglioramento degli stili di vita. Come indicato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 e nel Piano nazionale Cronicità, il *counseling* motivazionale breve in contesti sanitari è una tecnica semplice, efficace e trasferibile. Grazie alla formazione sul *counseling* motivazionale breve, gli operatori potranno realizzare interventi di promozione alla salute, facendo riferimento a contenuti corretti ed aggiornati e a modelli teorici di riferimento. L'utilizzo delle competenze comunicativo-relazionali e di base del *counseling* andrà, inoltre, ad integrare quelle specifiche del ruolo professionale. Per gli operatori sanitari che realizzano gli interventi di promozione della salute nelle scuole, saranno previsti anche percorsi formativi dedicati, finalizzati all'utilizzo di metodologie efficaci quali la promozione delle *life skills* tra gli studenti e la *peer education,* per l'adozione di stili di vita salutari, la prevenzione delle dipendenze, la prevenzione degli incidenti stradali e la promozione della salute sessuale e riproduttiva in particolare con la prevenzione delle malattia sessualmente trasmesse.

Linee di intervento

1. Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari, finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento delle competenze di base del *counseling* per interventi di promozione della salute rivolti a: futuri genitori e neogenitori, popolazione adulta, anziani, fragili, persone con disabilità e loro caregiver.
2. Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel *setting* scolastico, finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento delle competenze di base per la pro-mozione delle *life skills* e la realizzazione di interventi di *peer education*.
3. Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel settore della Sicurezza Alimentare finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento della normativa inerente la filiera agroalimentare.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità
- MIUR/USR
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale Lazio e Toscana

Risultati attesi e tempistiche

- 1, 2 Definizione di un piano formativo regionale per la promozione della salute (Entro dicembre 2020)
- 3 Realizzazione di percorsi formativi collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione (almeno 2 percorsi). (Entro dicembre 2021)

6.3 Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia

L'educazione alla salute comprende la comunicazione di informazioni su determinanti di salute, terapie e utilizzo dei servizi sanitari, e lo sviluppo delle abilità necessarie per intraprendere azioni volte a migliorare la propria salute. L'educazione alla salute è quindi un aspetto fondamentale per l'empowerment, poiché migliora l'accesso degli individui alle informazioni sulla salute e la loro capacità di utilizzarle in modo efficace favorendo, ad esempio, un utilizzo appropriato dei servizi sanitari, nonché la capacità di mantenersi in salute e seguire le indicazioni

mediche. L'obiettivo ultimo degli interventi di educazione alla salute è quello di migliorare l'Health literacy (alfabetizzazione sanitaria), ossia il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute (OMS).

Regione Lazio intende sviluppare iniziative di educazione alla salute miranti a favorire l'empowerment del cittadino sano e interventi di formazione per gli operatori sanitari per il "supporto all'auto-cura" secondo il metodo Standford, al fine di promuovere il conseguimento da parte del paziente e dei suoi *caregivers* delle conoscenze necessarie per gestire la malattia in modo quanto più possibile autonomo.

Linee di intervento

1. Realizzare interventi di comunicazione (basati su vecchi e nuovi media) volti ad aumentare l'empowerment del cittadino, al fine di consentire una sua partecipazione equa, consapevole e non passiva al processo di promozione e cura della salute e di soddisfare al contempo la sempre crescente domanda di informazione qualificata;
2. realizzare interventi di formazione per operatori sanitari per il "supporto all'auto-cura" e il coinvolgimento attivo del paziente.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Cittadini (rappresentanti di associazioni di volontariato, gruppi di pazienti)
- Operatori sanitari (società medico-scientifiche, esperti)

Risultati attesi e tempistiche

1. Realizzazione di interventi di comunicazione su fattori di rischio individuali, i comportamenti a rischio, gli interventi di prevenzione e l'utilizzo dei servizi sanitari con il coinvolgimento di cittadini/caregiver e operatori sanitari (almeno 2 interventi) (Entro dicembre 2021)
2. Realizzazione di percorsi formativi per operatori sanitari collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione (almeno 2 percorsi). (Entro dicembre 2021)

6.4 Salute e sicurezza sul lavoro

I programmi di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro sono volti a ridurre gli infortuni sul lavoro e le patologie di origine professionale attraverso azioni mirate nei contesti a maggior rischio.

La Regione Lazio si pone l'obiettivo di: implementare le iniziative di promozione della salute nel setting "lavoro" quale setting opportunistico; 2) potenziare le iniziative di assistenza ai lavoratori alle aziende; 3) standardizzare procedure operative regionali, da attuare da parte dei SPreSAL, per migliorare gli standard degli interventi attraverso l'appropriatezza dei processi.

Le attività di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro fanno parte della griglia di verifica LEA, e nel corso degli ultimi anni il volume delle stesse ha raggiunto o superato il valore soglia del 5%, risultando pertanto adempiente. Si prevede, tenuto conto dell'evoluzione dei fattori di rischio, dell'evoluzione del marcato del lavoro e delle normative contrattuali, dell'introduzione di tecnologie avanzate e robotizzate, della trasversalità e multifattorialità dei fattori di rischio fra ambiente di vita e di lavoro, di sviluppare l'attività di prevenzione attraverso: a) la standardizzazione delle procedure di controllo; b) favorendo un approccio con i lavoratori e con le aziende mirato a verificare la presenza e l'efficacia dei modelli di organizzazione gestione (MOG) aziendali.

Linee di intervento

1. Proseguire e potenziare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP)
2. Produrre e diffondere linee di indirizzo e di buona pratica
3. Produrre e applicare procedure standardizzate a livello regionale per le attività di controllo
4. Formare gli operatori SPreSAL sulle metodologie e strumenti per la valutazione dei MOG

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Parti Sociali
- Società Scientifiche
- Assessorato al Lavoro
- INAIL
- Altri Enti

Risultati attesi e tempistiche

1. Consolidamento/incremento del numero di aziende coinvolte nei percorsi WHP (>3 aziende/ASL) (monitoraggio annuale)
2. Adozione di Linee di indirizzo e di buone pratiche (almeno 1/anno)
3. Adozione e applicazione procedure standardizzate regionali (applicazione in tutte le 10 ASL) (monitoraggio annuale)
4. Realizzazione di un corso di formazione regionale per Dirigenti e Tecnici SPreSAL sui MOG (1 operatore per ASL) (entro aprile 2020), per poi avviare nelle singole ASL la formazione a cascata.

6.5 Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati immunità di gregge). Nel Lazio, le vaccinazioni sono gestite dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL che erogano le prestazioni nei circa 140 ambulatori diffusi sul territorio regionale.

La disponibilità di un'anagrafe vaccinale informatizzata, da rendere disponibile alle famiglie nel rispetto della privacy, costituisce lo strumento necessario per il calcolo delle coperture vaccinali; permette cioè di conoscere in maniera puntuale la popolazione target da vaccinare, la definizione del piano di lavoro dei servizi e la registrazione delle vaccinazioni effettuate, facilita inoltre lo scambio di informazioni con le strutture operanti sul territorio.

Il mantenimento di Coperture vaccinali elevate, in linea con quanto richiesto dal Piano Nazionale Vaccini, è fondamentale non solo per proteggere la popolazione dalle malattie infettive e da eventuali epidemie, ma anche per evitare che si ripresentino malattie scomparse da tempo dal nostro territorio nazionale. A tal fine è strategico il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (operatori sanitari, MMG, PLS) per rendere il sistema più efficace e sensibilizzare la popolazione su questo tema.

Nei prossimi anni, si intende completare il miglioramento del sistema vaccinale mediante la riorganizzazione e razionalizzazione della rete vaccinale e il completamento dell'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale. Si prevede, inoltre, la messa in atto di interventi mirati per raggiungere popolazioni fragili (stranieri, detenuti, soggetti con problemi di salute mentale) e il raccordo con gli interventi di promozione della salute attraverso lo strumento del counseling breve da parte di operatori sanitari.

Linee di intervento

1. Migliorare l'accessibilità ai servizi vaccinali da parte dei soggetti target
2. migliorare la formazione del personale sanitario specificamente impegnato nel settore delle vaccinazioni nonché del personale sanitario in genere sul tema

3. definire indicazioni regionali per promuovere la qualità delle vaccinazioni, per garantire maggior omogeneità nell'erogazione del servizio e massima copertura

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Ministero della Salute
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

1. Atto di indirizzo per la riorganizzazione della rete dei servizi vaccinali (Entro dicembre 2020).
2. Implementazione Anagrafe Vaccinale Regionale (Entro dicembre 2021)
3. Raggiungimento/mantenimento delle coperture di vaccinazioni obbligatorie e raccomandate come richiesto dal Piano Nazionale Vaccini.

6.6 Programmi di screening

I programmi di *screening* permettono di diagnosticare la malattia prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria), grazie all'utilizzo di un test di *screening* ovvero di un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa patologia in persone asintomatiche.

Regione Lazio si pone l'obiettivo di:

- migliorare le coperture degli screening organizzati;
- garantire alla popolazione target l'invito agli screening oncologici (>90%);
- garantire l'appropriatezza dei percorsi;
- implementare lo screening neonatale oftalmologico.

Nel Lazio i programmi di screening oncologico inseriti nei LEA e per i quali c'è evidenza di efficacia (cervice uterina, mammella, colon retto), hanno evidenziato nel corso dell'ultimo triennio un aumento dell'estensione su tutto il territorio regionale, grazie a numerosi interventi regionali. In particolare, il DCA n. U00191/2015 "Approvazione del Documento tecnico: Programmi di Screening oncologici nella Regione Lazio" ha fornito le linee di indirizzo regionali per la reingegnerizzazione dei modelli organizzativi, delle modalità operative, delle strutture coinvolte nel percorso e degli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei processi. Hanno fatto seguito ulteriori provvedimenti regionali finalizzati alla riorganizzazione dei programmi di *screening* oncologico sulla base delle più aggiornate indicazioni nazionali: con DCA n. U00240/2017 è stato adottato per il programma di *screening* del cervicocarcinoma, il modello basato sul test primario HPV-DNA, che si è dimostrato più costo-efficace di quello che utilizza il pap-test come test primario. Ciò ha comportato alcune importanti modifiche sia di tipo organizzativo (per es. centralizzazione dei laboratori di riferimento) sia nella tempistica del *round* e comunicazione. Con DCA n. U00189/2017 sono stati implementati percorsi organizzati di *screening* per pazienti ad alto rischio di sviluppo di cancro a causa di condizioni di rischio genetico (eredo familiare) per mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2. Tali percorsi hanno caratteristiche di integrazione e complementarietà al percorso di *screening* già in essere per la prevenzione del tumore della mammella.

Allo stato attuale si prevede il consolidamento dei programmi di *screening* oncologico attraverso l'aumento dell'accessibilità dell'utenza ai presidi di erogazione dei test di screening, utilizzando per lo screening dei tumori del colon retto anche le farmacie di comunità nell'ambito delle attività inserite nella *farmacia dei servizi;* e attraverso il migliore utilizzo delle reti tra i servizi e la messa in atto di interventi mirati per raggiungere popolazioni fragili (stranieri, detenuti, soggetti con problemi di salute mentale). Si prevede inoltre un maggior raccordo con gli interventi di contrasto dei determinanti primari dei tumori (fumo, alimentazione non salutare, inattività fisica, abuso di alcol, agenti infettivi oncogeni, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro) attraverso lo strumento del *counseling* breve da parte di operatori sanitari nei contesti sanitari "opportunistici". Nello specifico per lo

screening dei tumori della mammella la Regione Lazio intende proporre l'estensione dell'invito attivo alle donne in fascia di età 45-49 anni.

Per quanto riguarda gli screening neonatali, è stata avviata a livello regionale l'implementazione dei programmi di cui all'articolo 38, comma 2, dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) che garantisce a tutti i neonati le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della Salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147. Allo stato attuale, con DCA U00243/2018 sono state approvate le linee di indirizzo per lo screening metabolico di base ed esteso che individuano le strutture di riferimento per i vari livelli di screening all'interno del territorio regionale. Per lo screening uditivo neonatale, il DCA n. U00080/2018 ha aggiornato le indicazioni operative per l'implementazione di procedure di screening omogenee. Sono in fase di definizione le linee guida per l'implementazione dello screening oftalmologico neonatale.

Nei prossimi anni, si intende completare il percorso di avvio dei tre screening neonatali, favorendo l'implementazione di procedure di screening omogenee, ma soprattutto l'organizzazione di "percorsi" basati sul raccordo e integrazione delle risorse di cura disponibili sul territorio (Punti nascita, PLS, centri di riferimento per il trattamento e la riabilitazione).

Linee di intervento

1. Coinvolgimento attivo dei MMG/PLS per la sensibilizzazione della popolazione target
2. Collegamento dei centri di screening alle reti oncologiche
3. Coinvolgimento dei distretti/municipi/comuni per la promozione dei percorsi organizzati
4. Implementazione dello screening neonatale oftalmologico e messa a regime dello screening neonatale metabolico esteso ed audiologico

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio
- Società Scientifiche
- Altri portatori di interesse

Risultati attesi e tempistiche

1. Consolidamento/incremento del numero di soggetti coinvolti nei percorsi (>90%) (monitoraggio annuale)
2. Miglioramento degli indicatori di processo rispetto agli standard di riferimento (DCA 191/2015), monitorabili tramite l'utilizzo dei Sistemi informativi Regionali presso tutti i nodi dei percorsi organizzati
3. Adozione di Linee di indirizzo per lo screening oftalmologico (Entro marzo 2020)
4. Copertura screening neonatali > 90% (monitoraggio annuale)

6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

I programmi di prevenzione e controllo in materia di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare si concretizzano, a livello regionale, nel Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) a valenza pluriennale.

Detto piano, volto a tutelare la salute umana, animale ed ambientale descrive il sistema dei controlli coordinati dall'Autorità competente regionale (ACR) ed effettuati dalle Autorità compenti locali (ACL) lungo tutta la filiera agro-alimentare, secondo una logica integrata che comprende l'igiene degli alimenti e dei mangimi, la salute e il benessere degli animali, le problematiche relative alle zoonosi.

Per l'elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023, si terrà conto di pre-requisiti quali, la capacità di laboratorio adeguata e coerente con i piani di campionamento, l'aggiornamento costante delle anagrafiche degli Operatori del Settore Alimentare attraverso il Sistema Informativo della Prevenzione (SIP) regionale di recente sviluppo ed una adeguata categorizzazione delle Imprese alimentare in base al rischio. Tra gli elementi in entrata nella pianificazione regionale dei controlli in ambito "ristorazione pubblica e collettiva", elaborata in base al rischio, verranno tenuti in considerazione anche gli eventi morbosi riferibili ad intossicazione, tossinfezione o infezione di natura alimentare (MTA) verificatisi nel periodo 2015-2019, le allerte sanitarie relative agli alimenti, mangimi e MOCA e le dimensioni e tipologia del mercato servito (es. zone con forte interesse turistico).

Tra gli obiettivi vincolanti del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023 sicuramente un aspetto rilevante è rappresentato dall' implementazione del Piano regionale di contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR). La strategia regionale per affrontare la problematica dell'AMR, nel settore veterinario, è il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera di produzione, distribuzione e somministrazione del farmaco, tramite l'adozione di protocolli per promuovere un uso prudente e mirato degli antimicrobici e l'applicazione di buone pratiche zootecniche. In tal senso l'attuazione del Decreto del Ministro della Salute 8 febbraio 2019 "*Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati*" rappresenta un elemento che agevolerà l'attività di farmacosorveglianza in termini di valutazione quali e quantitativa dell'uso dei farmaci in allevamento, modificandone le modalità di monitoraggio finora utilizzate.

Gli **obiettivi strategici** individuati per il triennio 2019-2021 sono i seguenti:

1. migliorare gli standard organizzativi dei Servizi di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria anche alla luce dell'entrata in applicazione del regolamento UE 2017/625 ed alla necessità di armonizzare le attività di controllo anche con il dettato normativo del Regolamento UE 2016/429, con particolare riferimento all'armonizzazione e coordinamento tra Autorità Competenti e allo sviluppo ed integrazione tra i diversi sistemi informativi. Tale obiettivo ovviamente non può prescindere da una capillare attività di formazione che consentirà anche una riqualificazione del personale operante nel settore.

2. elaborare linee di indirizzo per garantire la qualità delle produzioni primarie, dall'agricoltura all'allevamento degli animali produttori di alimenti, assicurando uno standard sanitario e produttivo adeguato e valorizzando le filiere corte.

3. migliorare lo stato sanitario della popolazione animale, finalizzata alla tutela della salute pubblica, perseguito attraverso piani di monitoraggio ed eradicazione di tubercolosi e leucosi bovina enzootica.

4. aumentare l'efficacia e l'uniformità nel territorio regionale delle attività di vigilanza sui canili sanitari e rifugio, finalizzate alla verifica del benessere degli animali ospitati. Tale obiettivo ovviamente non può prescindere da una capillare attività di formazione/informazione dei cittadini al fine di ridurre l'evasione all'obbligo di iscrizione in anagrafe canina di cani di proprietà.

Linee di intervento

1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023, produzione e diffusione di linee di indirizzo e di buona pratica per l'organizzazione dei controlli ufficiali per la sicurezza degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria, partendo dall'esito dell'attività di audit condotta dalla Regione, ai sensi dell'articolo 4 (6) del Regolamento Ce n. 882/2004, presso i Dipartimenti di prevenzione delle Asl nel periodo 2015-2018. L'eventuale evidenza di specifiche criticità definirà i contesti che necessitano di interventi mirati.

   Dall'analisi finora effettuata sull'organizzazione e conduzione dei controlli ufficiali eseguiti dall'Autorità Competente Locale, è emerse la necessità, di tenere sotto controllo i seguenti elementi:

   - gestione del **conflitto di interesse** conformemente alle indicazioni regionali di cui al DCA U00503/2015
   - programmazione annuale ed esecuzione della **verifica dell'efficacia** attraverso una procedura coerente con quanto previsto dal Capitolo 8 dell'Intesa 212/CSR/2016, definendo gli indicatori ed i limiti di accettabilità ad essi correlati
   - **formazione del personale** con specifico riferimento all'audit su OSA/OSM, ai piani per la gestione delle emergenze e crisi e ai requisiti sanitari previsti da accordi internazionali per l'esportazione di prodotti alimentari verso i Paesi Terzi, nell'ottica di promuovere le misure regionali di supporto all'export di alimenti prodotti da aziende laziali.

2. Definizione di accordi "Sanità-Ambiente-Agricoltura" per la condivisione di indirizzi in ambito regionale con l'obiettivo di riqualificare le produzioni primarie locali, incentivando l'applicazione di buone pratiche di produzione e la sorveglianza dei rischi emergenti. Condivisione delle banche dati e degli esiti delle verifiche eseguite da altri organi di controllo afferenti all'Ambiente ed Agricoltura, con la finalità di ottimizzare le risorse destinate ai controlli ufficiali in materia sanitaria.
3. Predisposizione di piani straordinari per l'eradicazione di tubercolosi e leucosi bovina enzootica attraverso il controllo, nei cluster di infezione, del 100% dei capi presenti e controllabili, prevedendo se necessario l'intervento di task force regionali istituite *ad hoc.*
4. Elaborazione/aggiornamento delle check list per la verifica delle caratteristiche strutturali dei canili sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in anagrafe canina.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Operatori economici del settore alimentare
- Associazioni di categoria
- IZS Lazio e Toscana e ArpaLazio
- Assessorato Agricoltura e Ambiente
- Seresmi
- Enti Locali

Risultati attesi e tempistiche

Linea di intervento 1:

a) pianificazione ed esecuzione nel 2019 del follow up degli audit di sistema condotti presso le Asl nel periodo 2015-2018 ai sensi dell'articolo 4 (6) del Regolamento Ce n. 882/2004 (monitoraggio scadenza dicembre 2019)

b) valutazione dell'efficacia dei piani d'azione posti in essere dalle Asl a seguito delle raccomandazioni formulate dalla Regione nel corso degli audit di sistema condotti presso le Asl nel periodo 2015-2018 (monitoraggio scadenza dicembre 2019)

c) individuazione di ulteriori specifiche aree di criticità, oltre a quelle già evidenziate sopra, che richiedono interventi mirati e non prorogabili entro il 2020 ed elaborazione delle relative linee guida che assicurino l'adeguatezza degli interventi sul territorio, tenendo conto del dettato normativo del regolamento UE 2017/625 (monitoraggio scadenza dicembre 2020).

d) elaborazione nel 2020 del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023 e della programmazione strategica del nuovo ciclo di audit 2020-2024 (monitoraggio scadenza entro dicembre 2020)

Linea di intervento 2:

a) Costituzione di un tavolo permanente "Sanità-Agricoltura-Ambiente" per la condivisione di strategie integrate in produzione primaria entro 2020. (monitoraggio scadenza giugno 2020)

b) Elaborazione di linee di indirizzo individuate nel corso delle riunioni di cui al punto a) entro il 2021.

Linea di intervento 3:

a) adozione di piani di controllo straordinari (monitoraggio scadenza marzo 2020)
b) attuazione e monitoraggio presso le ASL del piano di controllo (monitoraggio annuale, dicembre 2020; dicembre 2021)

Linea di intervento 4:

a) istituzione di un gruppo di lavoro con i servizi veterinari delle ASL per la elaborazione/aggiornamento delle check list (monitoraggio scadenza giugno 2020)
b) costituzione di un tavolo di lavoro con rappresentanti di enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore per individuare le criticità e promuovere le iscrizioni all'anagrafe canina (monitoraggio annuale, dicembre 2020; dicembre 2021)
c) elaborazione di una campagna di formazione/informazione per la sensibilizzazione dei cittadini, sviluppata in base alle linee di indirizzo individuate nel corso delle riunioni di cui al punto b) entro il 2021.

7. I Modelli di risposta reattiva alle acuzie e ai bisogni di nuova insorgenza

Il presente capitolo delinea gli interventi con cui la Regione intende potenziare le proprie capacità di presa in carico dei bisogni "inattesi" del paziente acuto, facilitando l'accesso a percorsi integrati di diagnosi, cura ed, eventualmente, riabilitazione: tali interventi si declinano attraverso l'implementazione delle proprie reti assistenziali, sia tempo-dipendenti che non tempo-dipendenti, e potenziando i processi volti a coordinare la filiera assistenziale e a favorirne la gestione, anche attraverso l'innovazione tecnologica e la telemedicina.

7.1 Le Reti Tempo Dipendenti e Non Tempo Dipendenti

7.1.1 Sistema dell'emergenza territoriale

La rete dell'Emergenza-Urgenza è costituita dalle Centrali Operative del 118, dalla rete territoriale di soccorso e dalla rete ospedaliera.

La risposta all'emergenza si articola in una fase di allarme e risposta territoriale, gestita dall'ARES 118, e in una risposta ospedaliera. Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale, garantita dall'ARES 118 e dalle Aziende sanitarie.

7.1.2 Le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso

Nel corso del 2018 con l'accorpamento delle Centrali Operative di Latina e Frosinone si è completato il percorso riorganizzativo che, anche in coerenza con lo standard, previsto dal DM n. 70/2015, di una centrale operativa orientativamente non inferiore ad un bacino di utenza di 0,6 milioni di abitanti, ha ridisegnato completamente il loro assetto e la loro competenza territoriale, portando il numero di quelle attive sul territorio regionale a tre ovvero:

- CO Roma Città Metropolitana
- CO Lazio Nord
- CO Lazio Sud

In coerenza con il DM 70/2015, la rete territoriale di soccorso si articola come una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse con un Servizio Emergenza Territoriale tecnologicamente avanzato, con condivisione delle procedure con l'attività del Distretto e con la rete ospedaliera. Ciò si realizza anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati tra le varie articolazioni organizzative che ne fanno parte.

La Regione si pone l'obiettivo, per l'esecuzione dei soccorsi primari e dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti) gestiti dall'ARES 118, di ridurre il ricorso all'esternalizzazione di tali attività attraverso il potenziamento di risorse umane e di mezzi e di procedere ad un aggiornamento dei requisiti autorizzativi in termini di dotazione di personale e di farmaci a bordo.

Linee di intervento

a. Gestione tempestiva dei trasferimenti prioritari e secondari
b. potenziamento della trasmissione di immagini e dati;
c. Aggiornamento dei requisiti di autorizzazione dei trasporti secondari
d. riduzione del ricorso alle esternalizzazioni

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ARES118
- NUE 112
- ASL, AO, AOU, IRCSS, Strutture Private Accreditate
- LazioCREA

Risultati attesi, indicatori e tempistiche

a. Monitoraggio semestrale costante tempi intervento da parte della Direzione Salute per il tramite del Coordinamento della Rete dell'Emergenza Urgenza ed adozione di eventuali azioni correttive a partire dal 30 giugno 2020;
b. potenziamento in h24 del sistema di trasmissione degli ECG (Telemed) entro giugno 2020 e utilizzo del sistema di teletrasmissione ECG (Telemed) anche per il dolore toracico non tipico entro il triennio di vigenza del Programma Operativo
c. adozione del provvedimento di aggiornamento dei requisiti di autorizzazione per i trasporti secondari entro il 31 marzo 2020
d. riduzione del ricorso alle esternalizzazioni in misura proporzionale alla riduzione del sovraffollamento in pronto soccorso nell'ambito del triennio di vigenza del Programma Operativo

A tal fine è stato predisposto un piano pluriennale che dovrebbe condurre alla completa internalizzazione dei mezzi di soccorso attualmente esternalizzati nell'arco di tre anni. Più in particolare la programmazione delle reinternalizzazioni dei mezzi di soccorso prevede:

- Anno 2020: internalizzazione di 38 mezzi
- Anno 2021: internalizzazione 39 mezzi
- Anno 2022: internalizzazione di 40 mezzi

L'ARES 118 provvederà all'acquisizione del personale e dei mezzi al fine di realizzare concretamente il progetto di cui trattasi. Gli strumenti di monitoraggio sono rappresentati dalla verifica della realizzazione delle fasi progettuali previste secondo le tempistiche prefissate.
In riferimento alla gestione dei trasporti secondari con centralizzazione della loro gestione in capo ad ARES, è stata condotta una pianificazione delle attività da espletare per il raggiungimento dell'obiettivo, prevedendo quanto segue:

- Fase 1: passaggio in capo ad ARES118 dell'effettuazione dei trasporti secondari urgenti su tutto il territorio regionale da realizzare entro il 2020;
- Fase 2: realizzazione dell'infrastruttura edilizia e tecnologica (vi è infatti la necessità di realizzare una vera e propria centrale operativa per la gestione di tali trasporti) da completare entro maggio 2021;
- Fase 3: passaggio della gestione di almeno il 50% dei trasporti secondari ad ARES 118 entro il 31 dicembre 2021;
- Fase 4: passaggio del 100% dei trasporti secondari entro il 30 giugno 2022;

Gli strumenti di monitoraggio sono rappresentati dalla puntuale verifica della realizzazione delle fasi progettuali previste secondo le tempistiche prefissate.

7.1.3 Trasformazione dei Punti di Primo Intervento

La Regione Lazio ha programmato la trasformazione dei PPI in Punti di erogazione di assistenza primaria; in proposito le Aziende Sanitarie interessate (Asl Roma 4, Asl Roma 5, Viterbo, Rieti e Latina) hanno già adottato gli atti di propria competenza che prevedono il servizio, diversamente qualificato, ma in continuità con le funzioni precedentemente svolte, a far data dal 1 gennaio 2020.

7.1.4 La Rete Ospedaliera

Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "hub & spoke") che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero

limitato di centri (hub). L'attività degli hub è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke).

Da tempo la Regione Lazio ha individuato nei modelli complementari delle reti integrate e delle aree di attività a valenza sovraziendale, i presupposti dell'organizzazione dei servizi e ha esplicitato le linee generali di sviluppo di modelli di rete sovraziendali per le attività tempo – dipendenti, tra cui l'emergenza, il trauma grave e neurotrauma, l'ictus, le cure perinatali e la cardiologia/cardiochirurgia. Sulla base delle indicazioni del DM 70/2015 sono stati istituiti i relativi coordinamenti regionali delle reti. L'attuale modello di gestione necessita di una più puntuale definizione dei livelli decisionali, dei compiti e delle funzioni dei coordinamenti regionali, di area e di struttura.

Le reti non tempo dipendenti, in particolar modo quelle oncologiche, pur in presenza di un disegno organico basato su decreti commissariali che contengono orientamenti chiari e obiettivi coerenti, risultano ancora caratterizzate da eccessi di autogoverno dei gruppi professionali, debolezza nelle funzioni di coordinamento operativo e da scarso coinvolgimento degli utenti.

Si ritiene necessario, pertanto, separare la funzione di governo regionale da quella di coordinamento tecnico/organizzativo/professionale, creando una struttura dedicata a tale scopo, che agisca sotto la diretta gestione e controllo della Direzione Salute. È noto in letteratura che maggiore è la centralizzazione della rete e dei processi decisionali di integrazione e degli strumenti adottati, maggiore è l'efficacia, riducendo le spinte centrifughe dei nodi e degli utenti (Tozzi, 2016).

Occorre quindi rafforzare la funzione di coordinamento regionale che definisca un piano operativo e che sia in grado di esercitare una gestione integrata delle attività, producendo report periodici che consentano alla Direzione Salute di monitorare i processi e mantenendo presso la Direzione Salute pianificazione, attribuzione di obiettivi alle aziende, valutazione dei risultati raggiunti, elaborazione di norme attraverso leggi, delibere e regolamenti e l'allocazione generale delle risorse.

Sotto il coordinamento del Comitato Regionale Percorso Nascita entro il triennio di programmazione verranno realizzati specifici interventi volti a migliore la qualità e appropriatezza dell'assistenza in ambito ostetrico.

Per quanto riguarda la Rete perinatale saranno implementate specifiche azioni volte all'integrazione dei diversi setting assistenziali – ambulatori, consultori e pediatri di famiglia per la gestione del pre partum e post partum ospedaliero per la fase del parto – al fine di garantire una presa in carico continua, nelle diverse fasi della gravidanza e puerperio. Sarà costantemente monitorata la rete di offerta dei punti nascita sia in termini di dotazione di risorse umane e strumentali sia in termini di risultati di processo ed esito, con particolare riferimento al numero di parti ed alla percentuale di tagli cesarei primari.

Linee di intervento

a. Puntuale definizione della *governance* delle reti tempo dipendenti con definizione dei compiti e delle funzioni dei coordinamenti regionali, di area e di struttura, sviluppando indicatori di struttura, processo ed esito per il monitoraggio delle attività.
b. Definizione di un modello di *governance* delle reti non tempo dipendenti, con particolare riferimento alle reti oncologiche.
c. Emanazione di linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita.
d. Realizzazione di strategie volte a rilanciare l'attività ostetrica e neonatologica dei punti nascita con volumi insufficienti (< 500 nati/anno) quali ad esempio la realizzazione di processi assistenziali unificati ospedale-territorio, la diffusione di strumenti di comunicazione come l'agenda della gravidanza, l'attivazione di percorsi di umanizzazione del parto e di rafforzamento dell'autonomia ostetrica nella gestione di gravidanze e parti fisiologici. Tale attività verrà realizzata in maniera continua durante il triennio;
e. Monitoraggio dell'implementazione delle indicazioni previste dall'accordo stato regioni del 16/12/2010 inerenti la sicurezza e appropriatezza del percorso nascita con cadenza annuale.
f. Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza, accessibile da parte del personale ostetrico-neonatale del punto nascita.

g. Definizione progetti di miglioramento sui PN <1000 parti attraverso la definizione di azioni con indicatori misurabili (rif: AGENAS standard per valutazione PN).

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ASL, AO, AOU, IRCSS, Strutture Private Accreditate
- LazioCREA
- MMG e PLS
- Società scientifiche
- Rappresentanti dei cittadini /pazienti

Risultati attesi e tempistiche

a. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinamenti delle reti tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.
b. Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.
c. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinamenti delle reti non tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.
d. Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti non tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.
e. Realizzazione linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita entro il primo trimestre 2020.
f. Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza entro dicembre 2021;
g. Definizione di una strategia di miglioramento delle performance dei PN con meno di 1000 nati/anno entro marzo 2020.

7.2 L'integrazione ospedale-territorio

Il miglioramento della sopravvivenza per numerose patologie acute ad elevato rischio di disabilità (ad esempio ictus e tumori), l'incremento di patologie croniche invalidanti, e talora concomitanti, associati all'aumento costante dell'età media della popolazione rappresentano una sfida importante per il sistema sanitario e sociale, specie riguardo l'integrazione tra i diversi nodi di tutte le reti cliniche (degenze per acuti, strutture riabilitative e postacuzie ospedaliere e territoriali, e cure domiciliari).
All'interno delle Reti cliniche tempo-dipendenti (per es. Ictus, Cardiologica, Cardiochirurgica, Trauma), l'integrazione organizzativa e professionale tra i diversi setting assistenziali è un elemento essenziale per la continuità ospedale territorio secondo le indicazioni contenute all'interno del Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015" "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e nelle "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti revisione delle reti tempo-dipendenti"- Accordo Stato Regioni n.14 del 24 gennaio 2018. Nello specifico, al fine di una corretta gestione delle reti dell'emergenza e tempo-dipendenti, è necessario uno stretto monitoraggio dei tempi di passaggio di setting assistenziale all'interno del sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.
L'ottimizzazione del percorso di cura all'interno della degenza per acuti, e la facilitazione del passaggio ad altri setting assistenziali, si pongono inoltre come elementi di supporto nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale e per il contrasto al sovraffollamento delle strutture ospedaliere inserite nella rete di emergenza.

L'obiettivo della Regione Lazio per i prossimi anni, è di superare le criticità del sistema attuale, definendo un modello organizzativo e di processo, di utilizzo delle informazioni, che favorisca la continuità assistenziale ed il trasferimento tra setting, permettendo la programmazione sin dal primo momento di contatto del paziente con

la struttura per acuti. A tal fine sarà necessaria anche la realizzazione di strumenti informatici indirizzati a colmare l'attuale mancanza di comunicazione integrata ed in tempo reale tra i "diversi ambiti".

Nella Regione Lazio i settori della post acuzie (Riabilitazione, Lungodegenza, RSA, Assistenza Domiciliare, etc.) sono gestiti in maniera quasi esclusiva da soggetti privati accreditati. È, pertanto, necessaria, attraverso il sistema delle regole e delle tariffe, il pieno inserimento "a sistema" di tali soggetti al fine di evitare l'instaurarsi di compartimenti separati con "Interessi" e "regole" non omogenee che ostacolino i cambi di setting. A tale fine è imprescindibile che anche le Aziende Sanitarie, che hanno una conoscenza diretta e profonda dei territori, acquisiscano un ruolo di forte "committenza".

Il sistema delle regole di accreditamento dovrà assicurare coerenza tra i vari setting assistenziali dei singoli soggetti erogatori, pubblici e privati, in modo da favorire l'appropriatezza delle prestazioni ed i passaggi di setting. Si rilevano, nel sistema attuale, infatti, alcune incongruenze con, ad esempio, presenza di alcune discipline in regime di ricovero ordinario, non coerenti con quelle accreditate per i ricoveri diurni e per il setting ambulatoriale. Si prevede la definizione di un modello di "care management", con referenti a livello ospedaliero e territoriale, che favorisca l'integrazione, i cambi di setting ed il governo delle cure e dell'assistenza, mantenendo la centralità sul Distretto.

Linee di intervento

1. Revisione ed aggiornamento delle funzioni del Bed Manager, con il supporto del "Coordinamento Regionale dei Bed Manager", istituito con Determina Dirigenziale n. G16182 del 12 dicembre 2018, per le attività legate al contrasto del sovraffollamento nei Pronto Soccorso ed al miglioramento dei percorsi ospedalieri di accettazione e dimissione dei pazienti.
2. Definizione di un modello di "care management", che favorisca l'integrazione, i cambi di setting ed il governo delle cure e dell'assistenza con al centro il Distretto
3. Realizzazione di un "percorso assistenziale integrato" tra strutture di ricovero e distretto, mediante la realizzazione di un sistema informatico di collegamento, al fine di garantire una efficacia continuità del percorso di cura del paziente, una condivisione di strumenti di valutazione, maggiore tempestività del trattamento riabilitativo, nonché una maggiore appropriatezza d'uso delle risorse debitamente valorizzate.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ASL e IRCCS, AO, AOU, IRCSS, strutture private accreditate
- LazioCREA
- MMG e PLS
- Rappresentanti dei Cittadini/Pazienti

Risultati attesi e tempistiche

1. Aggiornamento della Delibera di Giunta Regionale n. 821 del 3 novembre 2009 "Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione" entro giugno 2020.
2. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di un modello di care management, con referenti a livello ospedaliero e territoriale, volto a favorire l'integrazione ed i cambi di setting entro dicembre 2019;
3. 1. Adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere e territoriali di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare) entro dicembre 2019.

3. 2. Realizzazione di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza e le strutture di riabilitazione (codici 56,28,75) e post-acuzie (codice 60), collegato con i sistemi informativi di monitoraggio e programmazione dell'offerta riabilitativa entro giugno 2020.

7.3 Implementazione del numero unico europeo 116117.

Il numero unico 116117 permette l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e concorre in tale maniera alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità. Scopo di questo numero unico è quello di mettere in contatto l'utente con un operatore competente oppure direttamente con un medico al fine di assicurare assistenza o consulenza sanitaria. Pertanto con questo nuovo canale di comunicazione a disposizione del cittadino, si vuole dare una risposta sanitaria non prevista nel numero unico 118. Inoltre la scelta di fornire questo servizio tramite un numero unico è basata sull'esperienza maturata che ha evidenziato che i numeri unici semplificano significativamente l'accesso ai servizi avendo anche ~~e inoltre il numero unico ha~~ la capacità di diventare sinonimo stesso del servizio.

Sulla base dell'esperienza maturata con le centrali di continuità provinciali, la Regione si pone l'obiettivo di arrivare rapidamente al numero unico 116117 attivo 24 ore per tutti i giorni della settimana, anche attraverso l'integrazione organizzativa con i mmg/pls in UCCP e alla sua integrazione tecnologica con il 118. Per quanto riguarda infine il raccordo tra NUE 116117 e nodi della rete dei servizi, con particolare riferimento a quelli in via di sviluppo (UCCP, Case della Salute, Ospedale di Comunità), si prevede una forte integrazione tra questi servizi, anche attraverso specifiche funzioni aziendali di governo dell'integrazione da collocarsi nell'ambito delle Cure primarie e intermedie. L'integrazione operativa delle singole attività a favore delle persone con cronicità verrà collocata, laddove presenti, nelle Case della Salute, che possono anche ospitare al loro interno tutte le funzioni sopra descritte

Linee di intervento

1. Definizione del modello regionale per il 116117;
2. Implementazione del modello;
3. Avvio delle attività.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCrea
- Ares

Risultati attesi e tempistiche

1. (Linea di intervento 1) Costituzione del gruppo di lavoro per la definizione del progetto entro il 31 marzo 2020
2. (linea di intervento 1) Presentazione del progetto regionale di 116117 ai Ministeri entro il 30 settembre 2020
3. (linea di intervento 2) Implementazione del modello entro il 31 dicembre 2020;
4. (Linea di intervento 3) Avvio delle attività entro gennaio 2021

8. I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi

La separazione tra attività territoriali e ospedaliere non corrisponde in molti casi alle necessità espresse dalla popolazione in termini di assistenza; l'integrazione dinamica tra ospedale e territorio è presupposto necessario per una risposta efficace a bisogni assistenziali "fluidi" che attraversano più setting assistenziali. Un sistema orientato a rispondere attivamente e in maniera personalizzata alle necessità del singolo individuo, deve essere

in grado di programmare gli interventi necessari dal momento dell'accesso ai servizi da parte del cittadino ed indipendentemente dal punto di ingresso. Infatti i bisogni di salute, siano essi relativi alla cura, al recupero della propria condizione di salute, al mantenimento della stessa, o alle cure palliative, possono richiedere interventi di attori e setting assistenziali differenti nonché palesarsi in diversi punti della filiera assistenziale. Il sistema deve essere quindi in grado di garantire la presa in carico e l'avvio di un percorso di cura sul singolo a prescindere dal luogo e dal momento in cui si manifesta il bisogno, deve inoltre essere proattivo nell'intercettare i bisogni e nella loro gestione. Ad oggi invece la persona che deve affrontare un problema di salute trova ancora un sistema basato su linee di servizi e prestazioni e quindi di fatto frammentato; molto spesso il percorso deve essere costruito dalla persona stessa, con rischi di allungamento dei tempi di risposta e di potenziale inappropriatezza.

Ad oggi il cittadino per trovare risposta ai propri bisogni di cura, di riabilitazione o mantenimento delle proprie condizioni di salute può accedere al SSR principalmente attraverso il proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, attraverso i servizi territoriali aziendali o distrettuali o anche attraverso l'ospedale. A prescindere dalla porta di accesso al SSR, la programmazione delle attività territoriali necessarie a soddisfare il bisogno manifestato deve essere ricondotta al Distretto, luogo fisico dove si realizza la funzione di tutela e garanzia del cittadino residente in quell'ambito territoriale. Il Distretto, per essere in grado di governare il percorso assistenziale dei 'suoi' cittadini-assistiti, deve quindi essere integrato a monte con le porte di accesso al SSR e a valle con le risposte di cura. Inoltre il Distretto deve essere integrato con i Dipartimenti (DSM, Materno Infantile, Prevenzione) perché, a prescindere dalla patologia, le risposte, in particolare quelle complesse, richiedono una regia di servizi molto spesso anche di natura sociale. Pertanto il Distretto deve essere dotato di adeguati sistemi di scambio di informazione con l'ospedale, con i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, con i Dipartimenti, ma anche con le strutture preposte all'erogazione delle prestazioni. Il Distretto deve inoltre governare la capacità produttiva in funzione della domanda espressa da parte della popolazione di riferimento. L'integrazione delle informazioni deve essere chiaramente inquadrata in un sistema di regole/ruoli che interfacciano la molteplicità di attori necessari a dare la risposta assistenziale richiesta. Questo perché, molto spesso, le risposte implicano percorsi che il Distretto deve saper programmare come rappresentato all'interno del PAI. Per poter tempestivamente dare seguito al PAI, il Distretto deve:

- essere rapidamente attivato dai reparti ospedalieri e dai dipartimenti aziendali;
- essere dotato di una funzione valutativa adeguata, sia dal punto di vista delle risorse umane presenti che dal punto di vista dei sistemi informativi e degli strumenti di valutazione;
- avere un quadro chiaro degli attori coinvolti in termini di ruoli e responsabilità per la gestione del percorso;
- avere un ruolo attivo di committenza nei confronti delle strutture erogatrici
- avere accesso alle agende per la prenotazione delle visite di controllo necessarie all'esecuzione del PAI;
- adottare modalità di lavoro in collaborazione/integrazione con i servizi sociali.

In coerenza con questo approccio, l'attuale struttura di offerta dovrà essere riorganizzata, e dovranno essere implementate le seguenti linee di attività:

- potenziamento del distretto
- percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio
- percorsi regionali per la presa in carico della persona con:
  - Bisogni assistenziali derivanti da patologie croniche;
  - Bisogni assistenziali riabilitativi derivanti da disabilità complesse;
  - Bisogni assistenziali per patologie inerenti la salute mentale;
  - Bisogni assistenziali inerenti le dipendenze patologiche;
  - Bisogni assistenziali inerenti le cure palliative.

8.1 Il potenziamento del Distretto

Il Distretto ad oggi viene percepito dal cittadino principalmente come luogo di autorizzazione o certificazione per accedere a servizi sanitari e non sanitari. Tuttavia già oggi il Distretto sarebbe deputato a svolgere una funzione di 'tutela' dei cittadini residenti, di valutazione dei bisogni, committenza e gestione dell'offerta di servizi

nell'ambito delle cure primarie, dell'integrazione socio-sanitaria, della riabilitazione territoriale, dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti, delle dipendenze e delle attività consultoriali. Inoltre il Distretto, avendo la naturale vocazione alla gestione complessiva dei bisogni di salute del cittadino, dovrebbe essere integrato con i Dipartimenti (DSM, Materno Infantile, Prevenzione) al fine di superare risposte verticali a bisogni complessi.

I vincoli alle assunzioni di personale cui Regione Lazio è a tutt'oggi sottoposta, hanno generato un impoverimento nella capacità di esercitare le proprie funzioni in un contesto in cui la deospedalizzazione e l'evoluzione demografica generano maggiore domanda di servizi territoriali. In questo contesto, essendo il Distretto l'articolazione aziendale preposta alla programmazione degli interventi atti a rispondere alle necessità espresse da persone con bisogni cronici/complessi, risulta necessario investire nei Distretti. Inoltre nel distretto dovranno confluire parte delle attività previste dal Piano Regionale della Cronicità e dagli specifici percorsi assistenziali.

Gli investimenti dovranno principalmente essere in termini di dotazione e qualificazione delle risorse umane (anche attraverso una formazione specifica in materia di relazione e assistenza alle persone, conoscenza dei percorsi, delle regole e degli strumenti-informazioni a disposizione), per adeguare l'attuale struttura e renderla capace di svolgere le funzioni richieste, e in termini di sistemi informativi/informatici per permettere l'integrazione tra tutti gli attori della filiera, la valutazione del bisogno ed il monitoraggio delle attività e dei risultati.

Linee di intervento

1. Definizione del fabbisogno quantitativo e qualitativo di personale per i distretti aziendali;
2. Definizione del fabbisogno formativo del personale dei distretti aziendali;
3. Implementazione di un sistema informativo integrato che copra tutte le attività del distretto (anche in termini di valutazione e monitoraggio)
4. Definizione del ruolo/responsabilità del distretto nella gestione dei percorsi di cura del paziente cronico.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

1. Piano del fabbisogno triennale dei distretti per il triennio 2020-2022 entro il 30 giugno 2020
2. Piano formativo del personale entro il 31 luglio 2020
3. Approvazione del progetto e avvio di attività di sviluppo del sistema informativo integrato territoriale entro il 31 dicembre 2019;
4. Definizione del ruolo/responsabilità del distretto nella gestione dei percorsi di cura del paziente cronico entro il 30 giugno 2020

8.2 Il percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio

L'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere e territoriali è finalizzata alla costruzione di un percorso di continuità tra il domicilio della persona, i servizi territoriali e quelli ospedalieri. A tal fine, come già argomentato, è necessario superare l'approccio basato su singole prestazioni e specifici atti assistenziali a favore di una presa in carico multi professionale basata su una valutazione multidimensionale del bisogno con offerta di percorsi di cura organizzati. A seconda della tipologia dei bisogni delle persone, che possono variare da quelli di utenti potenziali dei servizi sanitari e sociosanitari a quelli espressi da persone in condizioni di instabilità clinica, occorre garantire soluzioni organizzative che migliorino l'offerta di servizi. In particolare per i cronici e per le persone non autosufficienti, si dovrà incrementare l'accessibilità alle agende ambulatoriali disponibili, strutturare specifici percorsi, organizzare la gestione attiva del follow up, creando una forte integrazione tra ospedale e servizi territoriali residenziali e domiciliari.

L'ospedale deve garantire la tempestività della segnalazione al Distretto, in previsione della dimissione. In ambiti particolari, le équipe specialistiche ospedaliere devono apportare il proprio contributo ai servizi territoriali nell'ambito di definiti percorsi assistenziali, sia in fase di cure attive che nella palliatività. Il coordinamento delle attività assistenziali integrate spetta al Distretto, attraverso le attività di valutazione e di erogazione / committenza.

Linee di intervento

1. Implementazione di sistemi per la dimissione concordata, attraverso uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare) (si veda paragrafo Integrazione ospedale-territorio).
2. Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque inserito all'interno di un PDTA, secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo";

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie e IRCCS
- LazioCREA

Risultati attesi e tempistiche

1. Adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere e territoriali di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare) entro ottobre 2019 (si veda paragrafo Integrazione ospedale-territorio).
2. Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque inserito all'interno di un PDTA, secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo" entro il 31 dicembre 2021

8.3 Sviluppo di linee d'indirizzo regionali sulla cronicità

Con il DCA 46/2018 la Regione Lazio ha recepito il Piano Nazionale Cronicità (PNC), segnando così il formale avvio del percorso di attuazione dei suoi contenuti in relazione alle esigenze della propria programmazione. Attraverso importanti provvedimenti, la Regione ha altresì adottato una serie di misure volte a potenziare il sistema di cure per i pazienti cronici, con particolare riguardo alle cure domiciliari per persone non autosufficienti, all'attivazione di forme organizzative innovative per le cure primarie (es. Case della Salute, Ambulatori di cure primarie) e all'avvio di servizi di telemedicina. Le Aziende Sanitarie hanno, al contempo, intrapreso iniziative per la presa in carico di pazienti con specifiche patologie croniche e, in alcuni casi, avviato il percorso per una propria pianificazione in attuazione del PNC.

La gestione della cronicità comporta interventi volti ad assicurare ai pazienti il mantenimento nel tempo del controllo della malattia e a prevenire e curare complicanze, comorbidità e disabilità. Tali obiettivi, come espresso nel PNC, necessitano di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello in cui la persona diviene il centro del sistema di cure, portatore di bisogni globali, non solo clinici. Tale sistema assistenziale richiede un profondo ripensamento del Servizio Sanitario Regionale e alcune sue significative trasformazioni, da promuovere anche attraverso nuove regole, che assicurino: a) la centralità e la corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia, in quanto portatrice del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità e dunque esperta; b) la piena valorizzazione della rete, rifunzionalizzata soprattutto in una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, sul grado di complessità della patologia e sui relativi bisogni socio-assistenziali; c) una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, prevedendo una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria; d) la presa in carico pro-attiva del paziente,

e dunque non solo la risposta assistenziale all'emergere del bisogno, attraverso un approccio integrato sin dalle fasi iniziali, con l'ingresso precoce nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e nel percorso di welfare integrato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, attivando setting diversi in funzione del diverso grado di complessità assistenziale e delle necessità del paziente.

L'implementazione dei principi sopra rappresentati presuppone, dunque, la riprogettazione dell'intero percorso di gestione della persona con malattia cronica e, come tale, richiede una profonda trasformazione del sistema.

Le linee di intervento descritte completano il percorso di recepimento avviato con il DCA 46/2018 e sono volte ad elaborare una cornice di riferimento alle azioni già avviate o programmate a livello aziendale/regionale, nel rispetto delle specificità territoriali.

Linee di intervento

- Ricognizione delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità
- Elaborazione di linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità
- Identificazione di primi obiettivi per le Asl e Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione

Risultati attesi

- Analisi delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità completata entro il 31.07.2019
- Linee di indirizzo regionali per l'attuazione del Piano nazionale della Cronicità entro il 30.06.2020.
- Identificazione di primi obiettivi per le Asl e Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione entro il 30/04/2020

8.4 Bisogni assistenziali riabilitativi derivanti da disabilità complesse

La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini. La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettivo e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione. Elemento cardine del sistema riabilitativo è la continuità delle attività nel passaggio ospedale – territorio attraverso un percorso riabilitativo unico nell'ambito della Rete di riabilitazione.

Il paziente disabile presenta bisogni assistenziali che dovrebbero essere diversificati in funzione della propria disabilità. La Regione si propone di proseguire il percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa territoriale, avviato con il DCA 520/2018. Oggetto di tale percorso sarà la:

- ridefinizione dei criteri di eleggibilità per l'accesso ai percorsi di riabilitazione territoriale, per garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate;
- individuazione di uno specifico percorso per la presa in carico di persone con disabilità ad alta complessità ad alta complessità assistenziale;
- valutazione del fabbisogno e dell'offerta di trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento residenziali a moderato impegno assistenziale;
- incremento dell'offerta riabilitativa nei territori maggiormente carenti.

Linee di intervento

Al fine di raggiungere gli obiettivi specificati risulta necessario metter in campo le seguenti azioni:

1. Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale che contempli la riorganizzazione del sistema, la ridefinizione del fabbisogno e percorsi specifici per pazienti ad alta complessità assistenziale e minori

2. Recepimento a livello regionale dei provvedimenti di riordino dell'assistenza riabilitativa secondo i reali bisogni espressi dalla popolazione

3. La Regione si impegna a verificare lo stato di attuazione delle diverse reti territoriali, comprese le cure primarie e la specialistica ambulatoriale, anche ai fini dell'eventuale aggiornamento delle linee programmatorie specifiche, entro il 31 dicembre 2020

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria
- Organismi nazionali

Risultati attesi e tempistiche

1. Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale entro il 31 luglio 2019
2. Aggiornamento dell'offerta di servizi di riabilitazione territoriale a partire dal 1 gennaio 2020

3. Recepimento documento programmatico sulle reti territoriali, comprese le cure primarie e la specialistica ambulatoriale, anche ai fini dell'eventuale aggiornamento delle linee programmatorie specifiche, entro il 31 dicembre 2020

8.5 Il percorso per la gestione del trattamento per la Salute mentale

La normativa nazionale e in particolare le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale approvate con il Decreto Ministeriale 18 marzo 2008, evidenziano come le strutture residenziali non possono essere la soluzione abitativa per gli utenti del DSM ma debbano essere concepite con una valenza temporanea, al fine di sostenere e accompagnare le persone, laddove possibile, verso una riacquisizione della propria autonomia. In questo senso le linee guida invitano a privilegiare soluzioni abitative di piccole dimensioni nonché il sostegno alla domiciliarità negli abituali contesti abitativi. Analoghe previsioni sono riportate nel Piano nazionale di azioni per la salute mentale, nonché nel documento "Le strutture residenziali psichiatriche" approvato in Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 13 giugno 2013.

Il percorso tracciato dai documenti sopra menzionati, tutti recepiti dalla Regione Lazio, in armonia con quanto indicato nell'ambito del Progetto Mattoni, "Mattone 12 - Prestazioni residenziali e semi-residenziali", evidenzia l'impegno a promuovere una residenzialità "funzionale a percorsi individualizzati" non mero "sistema di contenitori assistenziali".

Lo scenario attuale della residenzialità psichiatrica nella regione si caratterizza per un'elevata presenza di varie strutture, pubbliche e private, risulta necessario tendere ad una rete di risposte organizzate prevalentemente per intensità del trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno abitativo domiciliare) che permetta un percorso assistenziale completo.

È pertanto obiettivo della Regione, predisporre uno specifico piano di riorganizzazione dell'offerta di servizi per la salute mentale anche con l'obiettivo di intercettare precocemente il bisogno, diversificare le tipologie di risposta e promuovere l'integrazione con la rete dei servizi sociali.

Linee di intervento

1. Piano di riqualificazione dei servizi per la salute mentale finalizzato a:
   – ridefinire i possibili percorsi assistenziali in una logica di sistema e di offerta integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che prevenga e riduca il ricorso frequente alla residenzialità e favorisca le dimissioni di quei pazienti che hanno riacquistato le capacità relazionali e di autonomia personale necessarie a vivere nella comunità locale;

- migliorare la presa in carico degli utenti specialmente dei dimessi dal SPDC sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione socio sanitaria (distretti, PUA, Comuni, ruolo MMG) e delle buone pratiche presenti sul territorio e rilevate con l'indagine sui progetti avviati dai DSM nel 2018 (supporto abitare);
- Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.

2 Completamento della riforma avviata con il DCA 468/2017 (residenzialità leggera) attraverso:

- definizione delle tariffe del gruppo appartamento;
- regolamentazione di strutture residenziali a carattere comunitario (comunità alloggio);
- disciplina inerente i modelli e i percorsi del supporto all'abitare, ai sensi del paragrafo 7 del DCA 8/2011.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie e Erogatori privati
- Distretti Salute Mentale
- Distretti Socio-Sanitari
- Comuni
- Associazioni familiari

Risultati attesi e tempistiche

1. Piano per la salute mentale (entro 30 giugno 2020);
2. Razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta residenziale per la salute mentale favorendo l'adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di percorsi di cura alternativi alla residenzialità psichiatrica (entro 31 dicembre 2020).

8.6 Il percorso assistenziale per la tutela della salute mentale dei soggetti in età evolutiva

Le Unità di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) svolgono funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva, anche quando trattasi di soggetti del circuito penale.

Il DCA 90/2010 e s.m.i. definisce le linee di attività, i requisiti organizzativi e la dotazione di personale e strutturali delle sedi, mentre con il DCA 424/2012 è definita la rete dei servizi per vari livelli assistenziali (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero) per l'età evolutiva.

La crescente richiesta di valutazione delle patologie trattate (DSA, Autismo, Disturbi Alimentari), e la crescente necessità di risposta al fenomeno degli abusi sui minori e sul bullismo, richiedono aggiornamenti nella risposta organizzativa dei TSMREE nonché una maggiore collaborazione con le scuole primarie finalizzato a:

- Promozione del benessere bio-psico-sociale dei minori, adolescenti e giovani adulti;
- Ridefinizione delle modalità di organizzazione, della presa in carico (del paziente e della famiglia) e del trattamento.

Linee di intervento

Definizione di un percorso di riallineamento delle dimensioni della diagnosi/presa in carico dei minori attraverso:

1. analisi dei dati relativi al volume di attività (diagnosi e/o presa in carico) dei Servizi TSMREE e dei servizi ospedalieri di neuropsichiatria infantile e definizione di specifiche linee di indirizzo regionali;
2. sottoscrizione, da parte di ogni Azienda Sanitaria, di un protocollo di intesa e di un protocollo operativo con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi);
3. Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie (Servizi TSMREE)
- MIUR

Risultati attesi e tempistiche

1. (Linee di intervento 1) Definizione del modello regionale per la tutela della salute dei minori abusati (entro il 30/06/2019)
2. (Linee di intervento 2) sottoscrizione di protocolli operativi da parte delle ASL con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi) (entro il 31/12/2020).
3. (Linee di intervento 3) Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico dei minori con una delle problematiche evidenziate (entro il 30/6/2020)

8.7 Dipendenze patologiche

Alla luce della riorganizzazione dei servizi erogati tramite progetti ex Fondo lotta alla Droga vista la necessità di ovviare alle continue proroghe dei progetti, l'obiettivo sarà la conclusione del processo di accreditamento con definizione delle tariffe e successiva contrattualizzazione enti.

Linee di intervento

1. Conclusione iter accreditamento enti che erogano servizi per le dipendenze patologiche avviato con DCA 295/2015.
2. Definizione del fabbisogno e delle tariffe.
3. Contrattualizzazione enti.
4. Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.

Soggetti coinvolti

- Regione
- Aziende Sanitarie
- Associazioni/Rappresentanti di categoria

Risultati attesi e tempistiche

1. Adozione provvedimento regionale di accreditamento delle strutture entro il 31.12.2019.
2. Adozione provvedimenti regionali riguardanti il fabbisogno ed il sistema tariffario entro il 31.12.2019.
3. Contrattualizzazione enti entro il 30.6.2020;
4. Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico dei pazienti con una delle problematiche evidenziate (entro il 31/12/2020).

9. Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili

Nell'ottica di favorire l'equità del sistema sanitario, il piano individua alcuni interventi specificamente indirizzati a **fasce di popolazione vulnerabili**, per le quali potenziare la capacità di presa in carico in ragione dei bisogni specifici e attraverso modalità organizzative volte ad eliminare le barriere di accesso al SSR.

9.1 La presa in carico delle fasce vulnerabili di stranieri/migranti

Il SSR deve garantire assistenza alle fasce vulnerabili degli stranieri, sinteticamente rappresentabili nei richiedenti protezione internazionale e nei non regolari (senza permesso di soggiorno).
Con DGR 590 del 16 ottobre 2018, relativa all'accoglienza e alla tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale, ivi compresi i minori stranieri non accompagnati, sono stati definiti percorsi e fornite precise indicazioni alle ASL nelle diverse fasi del processo di accoglienza, dalla prima visita che le ASL stesse devono effettuare all'arrivo dei migranti all'interno dei Centri d'accoglienza, con la precoce rilevazione di eventuali specifici bisogni sanitari, fino all'orientamento ai servizi e l'iscrizione al SSR , anche attraverso la collaborazione degli operatori dei Centri.

Per gli stranieri non regolari è invece prevista in base al D.lgs. 286/98 e ss.mm.ii. l'erogazione dell'assistenza sanitaria tra cui l'erogazione dei servizi della medicina di base attraverso degli ambulatori dedicati STP/ENI. Attualmente nella Regione sono presenti circa 200 ambulatori/punti di rilascio del tesserino STP/ENI, tutti integrati tramite il sistema ASUR per il rilascio univoco del tesserino.

Linee di intervento

Nell'ottica di uniformare e omogeneizzare su tutto il territorio regionale sia le procedure per la presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale, che l'accessibilità dei migranti più vulnerabili al SSR, ai sensi delle norme vigenti, si prevedono le seguenti azioni:

1. definizione e attivazione equipe multidisciplinari funzionali per accertamento dell'età dei minori non accompagnati (MSNA);
2. aggiornamento mappatura e monitoraggio degli ambulatori STP/ENI;
3. realizzazione e diffusione di un opuscolo con indicazioni per l'accessibilità al SSR e l'orientamento ai servizi;
4. definizione criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/ENI, attraverso la collaborazione del "Gruppo di Lavoro regionale per la promozione e la tutela della salute degli immigrati", istituito presso la Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Comuni e prefetture
- CAS, SIPROIMI

Risultati attesi e tempistiche

1. N. equipe multidisciplinari funzionali per accertamento età MSNA (almeno in 6 ASL), entro il 30 giugno 2021;
2. Mappatura ambulatori STP/Eni, entro il 30 giugno 2019 e successivi aggiornamenti entro il 31 dicembre di ogni anno e acquisizione delle relazioni di attività predisposte da tutte le ASL entro il 31 dicembre di ogni anno
3. Distribuzione alle ASL di almeno 1.000 opuscoli con indicazioni per l'accessibilità al SSR, entro il 31 dicembre 2020;
4. definizione criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/ENI entro il 31 dicembre 2020

9.2 Salute Penitenziaria

Il DPCM del 1/4/2008 ha segnato il transito delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario dall'Amministrazione Penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale. La Regione Lazio, ospita 14 Istituti Penitenziari per adulti e un Istituto Penale Minorile (IPM) dislocati sul territorio di otto ASL. La popolazione penitenziaria adulta del Lazio a fine febbraio 2019, risulta composta da 6.583 persone di cui 451 donne per una capienza regolamentare di 5.270 posti, rendendo la Regione Lazio la terza regione d'Italia per numero di detenuti (fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Sezione Statistica - Ministero di Giustizia). La popolazione detenuta è rappresentata da un'utenza complessa e con specifici bisogni di salute e il sovraffollamento è una criticità esistente, che impatta gravemente sulle condizioni di vita e, in molti casi, con ricadute negative sulla salute dell'individuo.
La caratteristica intrinseca alla gestione della sicurezza collegata con il paziente detenuto comporta la presenza di ambulatori interni dedicati negli Istituti Penitenziari, reparti di medicina protetta (attualmente 2 per 20 p.l.), capacità di accogliere i detenuti negli ospedali (anche con stanze dedicate), Rems (attualmente 5 provvisorie per 91 p.r.) infine sezioni specialistiche in carcere per le dipendenze e per la salute mentale. Con la finalità di monitoraggio delle attività e di miglioramento dei servizi offerti è stato istituito l'Osservatorio Permanente della Sanità Penitenziaria con rappresentanti regionali e della giustizia. In un'ottica di gestione efficiente delle risorse sia del SSR sia dell'Amministrazione Penitenziaria è necessario ridefinire il modello di offerta, attraverso un'efficiente copertura dei servizi ambulatoriali interni agli Istituti Penitenziari si deve minimizzare il ricorso alle cure esterne all'Istituto Penitenziario.

Con riferimento alla Salute Mentale, il SSR dovrà gestire nel prossimo triennio il passaggio programmato dalle REMS provvisorie a quelle definitive anche rivalutando il fabbisogno regionale, inoltre dovranno essere previsti meccanismi per la continuità dei pazienti trattati al termine del periodo di trattamento in Rems anche valutando la possibilità di istituire delle strutture a minor livello assistenziale dedicate.

Linee di intervento

Al fine del raggiungimento degli obiettivi risulta necessario metter in campo le seguenti azioni:
1. Mappare l'attuale offerta di servizi;
2. Identificare la dotazione minima di discipline/specialità da garantire all'interno degli Istituti Penitenziari;
3. Valutazione del fabbisogno di p.r. Rems, determinazione delle Rems definitive e eventuale riconversione di una delle Rems provvisorie in strutture a minore livello assistenziale

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Prap e Magistratura

Risultati attesi e tempistiche

1. Mappatura dell'offerta di servizi entro il 31 luglio 2019;
2. Definizione della dotazione minima di discipline/specialità per gli ambulatori interni agli Istituti Penitenziari entro il 31 dicembre 2019;
3. Risultati attesi e tempistiche linea di intervento 3
   a) Definizione del fabbisogno di p.r. Rems e determinazione dell'offerta definitiva entro il 31/12/2019
   b) Apertura Rems definitive secondo il seguente cronoprogramma:
      i. Rieti: entro il 31 dicembre 2019;
      ii. Subiaco: entro il 31 maggio 2021;
      iii. Ceccano: entro il 30 aprile 2022;
   c) Identificazione delle soluzioni per la continuità assistenziale successiva alla Rems entro il 31 dicembre 2021

9.3 Residenzialità sanitaria protetta per la tutela dei bambini (Legge n. 62/2011)

Attualmente il SSR non prevede per il bambino figlio di detenute risposte sanitarie mirate e specifiche volte a tutelarne e garantire un corretto sviluppo psicofisico al di fuori dell'istituto carcerario.

Si ritiene pertanto necessario valutare la possibilità di istituire una particolare tipologia di offerta sanitaria, che consenta una adeguata risposta alle problematiche dei minori figli di detenute, attraverso uno specifico studio di fattibilità che ne valuti l'opportunità in termini assistenziali ed il relativo impatto economico.

Linee di intervento

Presa in carico integrata per la tutela dei bisogni di salute, psicosociali e della genitorialità delle donne del circuito penale in stato di gravidanza e/o con figli (al seguito o non al seguito) attraverso:

1. costituzione di un gruppo di lavoro tecnico integrato finalizzato alla definizione dell'offerta di servizi per la tutela dei bambini figli di donne del circuito penale (in considerazione di quanto previsto dalla Legge n. 62 del 21 aprile 2011).

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Ministero della Giustizia
- Esperti in materia

Risultati attesi e tempistiche

1. adozione provvedimento regionale di costituzione del gruppo tecnico di lavoro sul percorso assistenziale (entro marzo 2020);
   Predisposizione del documento tecnico entro giugno 2021.

II SEZIONE: Azioni di sistema e sviluppo delle capacità gestionali

10. Governance Istituzionale

La Regione Lazio è consapevole che un SSR di qualità e sostenibile richiede assetti istituzionali e modelli organizzativi capaci di elaborare e realizzare politiche pubbliche a tutela e salvaguardia della salute dei cittadini, con l'obiettivo di conciliare la qualificazione dell'offerta di servizi con le risorse disponibili, attraverso la continua ricerca di una maggiore efficienza dei processi produttivi.

Per affrontare con successo le sfide quotidiane imposte dalle aspettative delle persone, dai mutamenti epidemiologici e dall'innovazione organizzativa e tecnologica, la Regione Lazio ha agito, sta agendo e agirà a vari livelli:

a) *regionale:* la Regione ha approvato e attuato una profonda riorganizzazione della direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria, coerente con gli indirizzi programmatori nazionali (vedi Piano Nazionale Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione, DM 70/2015…), allo scopo di favorire, da un lato, la presa in carico e i percorsi integrati per gli assistiti e, dall'altro, la definizione di assetti regolatori chiari e coerenti alle previsioni normative del D.Lgs.502/92 e s.m.i. (autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali, budget, criteri di remunerazione, controlli…) da applicare a tutti i livelli assistenziali. A tale scopo, l'organigramma regionale prevede che le unità organizzative "Rete ospedaliera e specialistica", "Rete integrata del territorio" e "Promozione della salute e Prevenzione" lavorino in una logica dipartimentale integrata; altrettanto è previsto per le due unità organizzative – "Autorizzazione, Accreditamento e Controlli" e "Remunerazione, Budget e Contratti" – che devono perseguire la certezza e la semplificazione del quadro regolatorio secondo tale logica dipartimentale.

   La riorganizzazione si è posta anche l'obiettivo di creare le condizioni per l'esercizio dei due ruoli di regolazione del SSR e di holding delle ASP aziende sanitarie pubbliche (ASL, AO, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari, IZS…). In questo secondo ruolo, la direzione regionale svolge una attività di indirizzo e coordinamento delle ASP (Aziende sanitarie pubbliche) attraverso incontri mensili con le direzioni generali.
   Oltre ad incontri mensili sono previsti Gruppi ristretti con alcune Aziende del SSR allo scopo di affrontare in modo condiviso tematiche puntuali che siano di interesse strategico e condiviso.
   A ciò si aggiunge l'attivazione, in collaborazione con l'RTI Cergas-Bocconi e con KPMG, delle Comunità di Pratiche, ovvero Gruppi di Lavoro su ambiti/tematiche specifiche che si riuniscono con cadenza predeterminata e periodica allo scopo di:
   Costituire delle reti «riconosciute» a livello di sistema regionale per allineare e approfondire i contenuti di lavoro rispetto a diverse funzioni e ruoli
   Creare l'occasione per una costruzione di conoscenza e legami interpersonali che facilitino lo scambio di esperienze, la formazione reciproca su specifici contenuti, i luoghi di «trasmissione» e discussione delle politiche e priorità regionali
   Identificare gli interlocutori con responsabilità di contributo alla pianificazione e sviluppo del SSR e di successiva attuazione dell'agenda strategica condivisa. L'Assessorato alla Salute sta inoltre promuovendo, unitamente alla Presidenza, e con il pieno coinvolgimento del DEP (Dipartimento di Epidemiologia del SSR), programmi di politiche pubbliche regionali integrate per favorire il benessere dei propri cittadini;

b) *sovra-aziendale*: per favorire lo svolgimento delle attività della *holding* regionale e supportare l'accentramento e la standardizzazione di funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo e gestionale, la Regione sta promuovendo - vedi DGR 87 del 9.2.2019 - l'istituzione di una nuova

azienda sanitaria, denominata "*Lazio.0*".

c) *aziendale*: nella direzione di una maggiore focalizzazione delle ASP (Aziende sanitarie pubbliche) nei servizi alla persona, la Regione intende sviluppare, in particolare nelle ASL e nei distretti, le funzioni di tutela della salute dei propri assistiti, anche attraverso il recupero della funzione di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità…) nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio. In questo nuovo quadro programmatorio, sarà necessario prevedere – nei futuri atti aziendali - che le aziende rivedano le proprie organizzazioni e di propri processi produttivi ed amministrativi in una logica di semplificazione e integrazione dei percorsi assistenziali e di presa in carico, a tutto favore della persona: basti pensare, a mero titolo esemplificativo, agli spazi di miglioramento esistenti in una reale integrazione delle attività di promozione e prevenzione della salute con quelle territoriali-distrettuali, ovvero con quelle del comparto socio-assistenziale.

Per favorire la creazione, crescita e circolazione di competenze e professionalità nei 3 livelli sopra elencati, la Regione ha infine approvato una misura normativa tendente a semplificare, facilitare il trasferimento di risorse umane – in senso bidirezionale – tra la Regione e tutte le aziende pubbliche del comparto.

Questi interventi vanno allineati con un sistema di ridefinizione dell'impalcatura normativa a livello regionale che persegua l'obiettivo di razionalizzare, semplificare e quindi efficientare il sistema, attualizzando le norme che regolano specificatamente il settore sanitario: dall'organizzazione delle Aziende, al conferimento degli incarichi di vertice, alla disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento.

Modifiche che, coerenza con i nuovi indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, terranno in debita considerazione i principi e i mutamenti normativi intervenuti a livello nazionale (a titolo esemplificativo: piano nazionale della cronicità, edilizia e urbanistica DPR 380/2001, conferimento incarichi Direttori generali D. Lgs. 171/2016, trasparenza al D. Lgs. 33/2013 e ss., inconferibilità ed incompatibilità D. Lgs. 39/2013) e convoglieranno verso la semplificazione e la "sburocratizzazione" dei procedimenti, nel rispetto di temi quali trasparenza, anticorruzione e soprattutto nella logica di netta separazione tra la funzione di gestione e di governo, rispetto a quella di controllo.

10.1 Azienda Lazio.0

Oggetto e finalità della proposta

Il governo regionale delle attività sanitarie, sulla scorta di quanto previsto dai P.O. in attuazione del Piano di Rientro sottoscritto dalla regione Lazio nel 2007, ha consentito di porre in evidenza l'esigenza di intervenire a superare la frammentazione e le disomogeneità aziendali allo scopo di concentrare l'operatività verso la fissazione di standard regionali uniformi, completando ed integrando la Regione nello svolgimento del ruolo di "holding" rispetto a tutte le altre Aziende del SSR.

La proposta normativa formulata con D.G.R. n. 87 dell'8 febbraio 2019 e calendarizzata al Consiglio regionale del Lazio n. 115 del 21 febbraio 2019 concernente: "Istituzione dell'azienda regionale sanitaria "Azienda Lazio.0" è volta ad istituire, nell'ambito del SSR, un'Azienda sanitaria snella, nel rispetto delle diposizioni di cui al D. Lgs. 502/1992, denominata "Azienda Lazio.0" (leggasi Lazio punto zero) che, evocando l'evoluzione tecnologica ed informatica anche nel nome, precorre la finalità di ottimizzare gli assetti istituzionali e organizzativi del SSR, attraverso l'integrazione funzionale dei servizi sanitari tecnici e operativi di supporto a valenza regionale, sovra-aziendale o intra-aziendale, come pure l'esercizio di funzioni amministrative, gestionali e tecniche di supporto agli enti del SSR.

Le finalità di Azienda Lazio.0 e del futuro assetto organizzativo sono:

1) consentire alle aziende sanitarie la piena focalizzazione sulle attività ed i servizi alla persona;

2) rafforzare il ruolo, le funzioni e le competenze della governance regionale;

3) generare livelli intermedi di cooperazione obbligatoria tra le aziende al fine di perseguire standard di processo e di risultato e le conseguenti economie di scopo e di scala;

4) semplificare ed efficientare la catena di "comando";

5) riorientare i propri servizi rispetto alle ormai consolidate tendenze della domanda.

L'Azienda sarà dotata di autonoma soggettività e personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnica, fermo il ruolo di vigilanza regionale ed avrà sede presso locali nella disponibilità regionale o degli altri enti del SSR.

L'azienda opererà nel rispetto degli indirizzi programmatori e sotto il controllo della Giunta Regionale, esercitando una funzione di servizio e supporto operativo alle ASP (Aziende sanitarie pubbliche).

Si prevede di avviare la nuova azienda entro il 30 giugno 2020; nelle more dell'attivazione, le attività saranno esercitate in continuità con il coordinamento e l'indirizzo della direzione regionale che ha, a tale scopo, istituito l'unità organizzativa "Sistemi informativi/ICT, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti".

In caso di conclusione positiva dell'iter consiliare, si prevede, inoltre, di valorizzare le funzioni clinico-epidemiologiche sovra-aziendali, a partire da quella del Dipartimento di Epidemiologia del SSR.

La **Regione**, ovvero l'Assessorato alla Sanità e Integrazione Sociosanitaria, assicura le funzioni di indirizzo, programmazione strategica, monitoraggio e controllo.

Le **Aziende sanitarie locali del SSR** dovranno assicurare le funzioni di tutela dei propri cittadini e l'erogazione appropriata delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali in coerenza con gli obiettivi di programmazione sanitaria regionale e delle risorse del fondo sanitario assegnate.

Le **Aziende ospedaliere** dovranno assicurare l'erogazione appropriata delle prestazioni sanitarie specialistiche in coerenza con gli obiettivi e con i volumi di attività definiti annualmente con la programmazione sanitaria regionale, nel rispetto degli equilibri economico- finanziari del bilancio aziendale.

Linee d'intervento

1. Istituzione di una nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio.0", finalizzata a supportare l'accentramento e la standardizzazione di funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo e gestionale

2. Elaborazione di indirizzi regionali volti allo sviluppo, in particolare nelle ASL e nei distretti, di funzioni di tutela e garanzia della salute dei propri assistiti, di semplificazione dei percorsi dei cittadini, di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità…) nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio.

Definizione di un atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze nel rispetto ed in conformità alla programmazione ospedaliera e territoriale.

Soggetti coinvolti

- Aziende Sanitarie
- Regione
- DEP

Risultati attesi e tempistiche

1. Avvio della nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio.0", entro il 30 giugno 2020.

2. Documento regionale di indirizzo entro il 31 dicembre 2020 (in tema di analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza), volto a promuovere, in particolare nelle ASL e nei distretti, l'esercizio di funzioni di committenza nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio.

3. Atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze entro il 31 dicembre 2020.

Si rimanda al paragrafo sulle manovre la quantificazione del risparmio.

11. Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria

I sistemi informativi sanitari costituiranno sempre di più uno strumento di governo, di rilevanza strategica per monitorare le attività svolte dalle diverse articolazioni e ai diversi livelli del SSR ponendole in rapporto sia con le risorse impiegate per la loro realizzazione che con gli esiti di salute prodotti. Le informazioni e la loro disponibilità e circolarità rappresenteranno, inoltre, una risorsa straordinaria, e al tempo stesso indispensabile, per affrontare la trasformazione del SSR da una logica centrata sui singoli setting e livelli assistenziali di offerta a quella trasversale, di processi assistenziali centrati sulla persona e sul suo percorso multilivello.

Per le loro specifiche caratteristiche sociali, scientifiche, multi-settoriali ed economiche il piano di sviluppo dell'area evolve lungo quattro macro ambiti: *Informativo, Tecnologico, Programmatorio, Logistico*. In ambito *Informativo* l'obiettivo è raggiungere la gestione sistemica delle informazioni analitiche per una efficace redazione di strumenti di sintesi di governo e controllo. In ambito *Tecnologico* l'obiettivo è favorire l'assistenza a distanza, la movimentazione di dati, immagini e informazioni riducendo quella dell'assistito, rafforzando le tele-gestioni della cura/assistenza tramite strumenti di agevole diffusione e proseguire con i progetti di centralizzazione delle piattaforme tecnologiche e delle funzioni applicative fondamentali; l'ambito *Programmatorio, Logistico* ha l'obiettivo di gestire trasversalmente la programmazione delle risorse e degli attori legati sia al ciclo attivo (erogazione prestazioni, servizi) che al ciclo passivo (acquisti, logistica, consumi). Tale trasversalità si lega così

anche alle funzioni, oltre che alla gestione delle informazioni relative al percorso del paziente inserito nelle Rete di assistenza e cura.

In questa ottica l'ambito *Tecnologico* assolve al ruolo di canale, risolve la sicurezza e l'efficacia nell'accesso alle informazioni ed offre all'ambito Informativo strumenti utili al governo della qualità dei dati, sia amministrativi che sanitari. A prescindere quindi dalle tecnologie con le quali le informazioni vengono veicolate o elaborate, partendo dal contenuto dei dati e dalla loro qualità, la Rete delle strutture prende forma rispetto a funzionalità e servizi al cittadino accessibili, integrati, efficaci, sicuri.

11.1 Ambito informativo

Qualità e completezza del patrimonio informativo, centralizzazione della data governance e monitoraggio dell'erogazione dei LEA

Il monitoraggio della qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale rappresenta uno strumento centrale per le finalità di programmazione e di governo del sistema. Il presidio della qualità e della completezza delle informazioni rappresenta un pre-requisito indispensabile alle capacità regionali di monitoraggio dei LEA. La Regione intende incrementare la qualità e completezza del patrimonio informativo, partendo dalle informazioni presenti sui sistemi Aziendali verso le Reti sul Territorio ed il Governo centrale. Obiettivo è quindi garantire l'analiticità dei dati provenienti dai soggetti attivi presenti sul territorio verso i nuclei di valutazione centrale e viceversa, utilizzando flussi informativi contenenti codifiche, ontologie e semantiche in linea con standard de-facto provenienti da organismi nazionali ed internazionali competenti e dal mercato. Verranno adottati dei processi ciclici e collaborativi di controllo e revisione dei dati attraverso la definizione e implementazione di programmi di verifica sistematica della qualità dei dati e il monitoraggio degli indicatori previsti nel nuovo sistema nazionale di garanzia dei LEA. Il processo di *audit* sulla qualità dei dati consentirà il controllo sistematico dell'accuratezza e corrispondenza della registrazione delle informazioni cliniche nei flussi informativi sanitari; inoltre, tale processo permetterà di migliorare la capacità degli indicatori di individuare le potenziali criticità dei percorsi assistenziali e di monitorare in continuo la qualità delle cure erogate. Le verifiche saranno condotte a livello delle singole strutture sanitarie con la piena collaborazione degli operatori sanitari, dei responsabili dei sistemi informativi e dei referenti aziendali per le attività di controllo della qualità.

Verrà, inoltre, implementato un sistema di indicatori finalizzato a misurare tempestivamente equità, qualità e appropriatezza dei LEA in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del SSR. In particolare il sistema consentirà attività di benchmark finalizzata alla programmazione e al confronto degli indicatori, monitorando l'uniforme erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del SSR al fine di garantirne una più equa distribuzione nella popolazione ed una maggiore correlazione tra gli indicatori di salute, di consumo di risorse e di esiti delle cure. Particolare attenzione sarà posta al raccordo tra gli indicatori e i sistemi nazionali correnti di monitoraggio, valutazione e verifica dei LEA (Griglia LEA, emanando Nuovo Sistema di Garanzia-NSG dei LEA, PNE), in modo tale da guidare le attività di audit e la pianificazione di interventi tempestivi nei processi di erogazione che determinano le maggiori criticità rilevate a livello centrale, monitorando l'efficacia delle soluzioni e il relativo mantenimento nel tempo.

Da oltre 10 anni è attivo nella Regione Lazio il sistema P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari- sistema di indicatori curato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, relativi alla qualità delle cure erogate dalle strutture sanitarie regionali. Dal 2013 la sua pubblicazione è stata accompagnata con l'introduzione di alcuni indicatori tra gli obiettivi di mandato e annuali dei Direttori Generali, oltre che da un programma attivo per il controllo della qualità dei dati. Questi interventi hanno generato un miglioramento generale degli esiti clinici ed una riduzione dell'accesso differenziale per alcune procedure, che hanno riguardato per la maggior parte il *setting* ospedaliero per acuti, oltre che un generale incremento della qualità delle informazioni rilevate dalle fonti amministrative di riferimento. Appare dunque utile, da un lato, prevedere una

manutenzione evolutiva del sistema, perseguendo al contempo una maggiore tempestività nella pubblicazione degli indicatori, anche in virtù dei progressivi miglioramenti nella qualità dei dati registrati; dall'altro, prevederne un'estensione ad altri processi ospedalieri valutabili grazie alle potenzialità informative introdotte con il D.M. 261/2016 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera", all'attività ospedaliera post-acuzie nonché alle prestazioni erogate nel *setting* territoriale, con particolare attenzione a quelle legate alla presa in carico del paziente cronico, potenziando il monitoraggio dei percorsi integrati di cura.

Le azioni descritte nel presente paragrafo sono volte a:

- assicurare maggiore tempestività delle informazioni che lo alimentano;
- miglioramento della qualità dei dati;
- l'estensione dei processi ospedalieri monitorati, in virtù delle potenzialità informative introdotte con il tracciato della nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera di cui al D.M. 261/2016;
- l'estensione del monitoraggio di attività ospedaliere erogate in regime post-acuzie;
- l'estensione del monitoraggio di prestazioni erogate in *setting* territoriale, con particolare attenzione a quelle legate alla presa in carico del paziente cronico;
- l'estensione dei percorsi integrati di cura oggetto di monitoraggio.

Soggetti coinvolti

- Aziende Sanitarie
- Regione
- Dipartimento di Epidemiologia del SSR
- LazioCREA

Linee di Intervento e Indicatori

1. Definizione e implementazione di *Audit* sulla qualità del patrimonio informativo regionale e Stesura e distribuzione di un report annuale contenente le strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit anche in collaborazione con altri enti/dipartimenti regionali.
2. Pubblicazione annuale dell'*output* delle verifiche di qualità dei dati, con evidenziazione delle principali criticità riscontrante
3. Miglioramento della completezza e della qualità dei dati dei sistemi informativi funzionale al monitoraggio degli adempimenti LEA, misurato attraverso un Coefficiente di variazione negli indicatori di qualità e completezza
4. Obblighi informativi LEA, miglioramento negli indicatori di completezza e qualità dei flussi informativi
5. Pubblicazione dei risultati del monitoraggio degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA a cadenza semestrale, con evidenziazione delle principali criticità riscontrate
6. Potenziamento del sistema P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari favorendo l'Implementazione e il monitoraggio, di nuovi indicatori di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, elaborati anche attraverso l'integrazione del contenuto informativo della SDO introdotto ai sensi del D.M. 261/2016;
7. Potenziamento del sistema P.Re.Val.E favorendo l'Implementazione e il monitoraggio, di nuovi indicatori di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in regime post-acuzie.

Risultati attesi e tempistiche

1. report contenente le strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2019, sui dati della precedente annualità.
2. documento annuale delle verifiche di qualità dei dati predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2020
3. miglioramento negli indicatori di completezza e qualità dei dati per almeno il 70% delle strutture di erogazione, tra il 2019 e il 2021
4. Obblighi informativi LEA, nessuna inadempienza certificata con riferimento all'annualità 2021
5. miglioramento degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA tra il 2019 e il 2021
6. almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PreValE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, elaborati anche attraverso l'integrazione del contenuto informativo della SDO introdotto ai sensi del D.M. 261/2016, entro il 31 dicembre 2021;
7. almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PreValE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in regime post-acuzie entro il 31 dicembre 2021.

Evoluzione del modello organizzativo di data Security e Privacy in ambito Socio Sanitario

Affiancato al sistema di *Data Governance* verrà realizzato, in sinergia con il *Data Protection Officer* e gli organismi preposti, un nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle informazioni, che permetterà di partire dalla privacy come fattore abilitante alla circolazione dei dati tra le strutture, agevolando la circolazione delle informazioni stesse, sfruttando le possibilità normative offerte dal nuovo GDPR 2016/679 e della successiva applicazione D.lgs.101/2018. Quindi, definizione dei requisiti minimi tecnologici e informativi per gestire informazioni in un'ottica di riservatezza, integrità e disponibilità nell'acquisto e gestione dei sistemi.

In collaborazione con LazioCREA, si procederà alla progettazione e implementazione di un CMDB (configuration management database) che contenga le informazioni complete dei sistemi sanitari regionali con le loro caratteristiche tecnico funzionali, le basi dati informative, la natura delle informazioni gestite, gli attori /gestori, finalizzato ad adempiere alle normative di sicurezza (ISO 27001) e per supporto alla gestione degli adempimenti GDPR (Registro Trattamenti e Analisi dei Rischi).

Linea di intervento

1. Definizione e implementazione di un nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle informazioni in ambito Socio Sanitario

Indicatore

Definizione e diffusione di un documento tra gli organismi regionali contenente il modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle informazioni.

Risultato atteso

1. Omogeneità nella applicazione del nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle informazioni a partire dal 2020

Sviluppo dei Sistemi Informativi per il governo regionale e per l'integrazione dei processi

Coerentemente con le strategie Regionali, le linee di azione nell'ambito Tecnologico dei Sistemi Sanitari e della Sanità Digitale saranno orientate verso le reti di cura e verso l'erogazione delle cure stesse in modo remoto e distribuito sul territorio, affinché possano essere trasmessi, condivisi, analizzati, molto più velocemente e semplicemente delle corrispondenti informazioni su carta.

Nel triennio precedente la Regione Lazio ha avviato progetti di integrazione tra diverse funzionalità di sistemi informativi Sanitari con relative integrazioni verso interfacce cooperative (MEF, Tessera Sanitaria) che verranno completati nel corso del triennio corrente, coerentemente con la pianificazione già espressa da LazioCrea recepita dalla Deliberazione Giunta Regionale *n. 840 del 20/12/2018: "Approvazione Piano operativo annuale LAZIOcrea S.p.A. per l'anno 2019. Adozione di Istruzioni operative per il Trattamento dei Dati Personali."*

Nello specifico, le attività saranno orientate all'effettivo e completo avvio del FSE in merito alla raccolta e conservazione dei referti radiologici, di laboratorio e delle interfacce verso i sistemi verticali delle varie realtà Regionali. La Regione intende completare anche i progetti di integrazione attraverso la realizzazione (o l'adeguamento) e l'avvio in esercizio dei sottosistemi relativi al sistema trasfusionale, il nuovo sistema regionale unico di prenotazione (ReCUP), i sistemi di screening oncologici e quelli legati alle attività dei Dipartimenti di Prevenzione.

Contestualmente, si provvederà ad adeguare i sistemi rispetto a quanto previsto nel piano di evoluzione dei flussi NSIS.

Il nuovo sistema informativo trasfusionale sarà reso operativo presso la prima Azienda Sanitaria Regionale (ASL LT), sede di SIMT identificato come area di produzione, entro il mese di settembre 2019. Il nuovo sistema sarà progressivamente implementato, nei mesi successivi, sul restante territorio regionale ed il completamento è previsto entro giugno 2020.

Di seguito si riportano i principali Sistemi informativi programmati per il triennio 2019-2021:

Serv.	cod. servizio	Descrizione	Descrizione attività LazioCREA	Area Regionale che ha richiesto il servizio
7.1	supporto funzioni amministr	Promozione della salute e prevenzione	Allerte sanitarie, banca dati delle imprese alimentari, audit in materia di sicurezza alimentare	Promozione della salute e Prevenzione
7.2	SANSCN	Sistema Informativo Screeneng Neonatale	Sistema informativo screening neonatale	Promozione della salute e Prevenzione
7.3	SANSCR	oncologicoGestione ed Evoluzione del Sistema Informativi di screening	gestione de evoluzione del sistema di screening oncologico	Promozione della salute e Prevenzione
7.5	Salute mentale e minori	Salute mentale, dipendenze e Minori	Predisposizione file excel, secondo gli atti aziendali vigenti	Area Rete Integrata del Territorio
7.6	SANSID	Rete Ospedaliera e Specialistica	Attività amministrativa riferita alla programmazione della rete ospedaliera	Area rete ospedaliera e
7.7	Risorse Umane	Risorse Umane	raccolta dati relativi al personale precario e tutto il personale del SSR, verifica della correttezza dei bandi di concorso, monitoraggio del piano triennale dei fabbisogni	Area Risorse Umane
7.8	Accreditamento e	Autorizzazione, accreditamento e controlli	Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie e accreditamento istituzionale	Area Autorizzazione, accreditamento e
7.9	supporto funzioni tecnico/ amministr	Patrimonio e Tecnologie: Finanziamenti in conto capitale	Supporto tecnico/amministrativo , istruttoria ecc finanziamenti in conto capitale. Attività connesse agli adempimenti LEA "rilevazione grandi apparecchiature sanitarie da parte delle strutture pubbliche	Area Patrimonio e tecnologie
7.10	SANGAP	Sistema Informativo per il monitoraggio e attuazione dei programmi di investimento in edilizia sanitaria	Non attivo, sono stati svolti più incontri con l'Area Patrimonio e Tecnologie per definire gli aspetti essenziali per la predispoizione dello Studio di Fattibilità; incontri con l'Area sistemi informativi/ict logistica sanitaria e coordinamento acquisti per valutare lo stato dei finanziamenti connessi all'avvio della progettualità.	Area Patrimonio e tecnologie
7.11	supporto funzioni amministr	Coordinamento contenzioso Affari Legali e Generali	Supporto attività amministrativa, istruttoria, gestione archivio telematico e cartaceo relativo alle Sentenze	Area Affari Legali e Generali
7.12	supporto funzioni amministr	Accoglienza e Umanizzazione nei Pronto soccorso e DEA	orientamento e rassicurazione del cottadino , informazione circa finalità e potenzialità delle case della Salute, tempi di attesa Pronti Soccorso	Direzione Salute
7.13	0714_RETI C2	Recuper Ervasione Ticket Sanitari	Integrazione con il portale Regionale Salute Lazio per la gestione dell'accreditamento ed integrazione con la piattaforma Pagaonline	Area Rete Integrata del Territorio
7.14	SANASL	Sistema Informativo Unico Contabile	Sistema informativo unico per le Aziende sanitarie della Regione Lazio per dotare tutte le ASL di uno sistema Amministrativo Contabile omogeneo che supporti le attività della Direzione e della GSA	Area Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale
7.15	SANACR	Nuova Sistema di Accreditamento delle Strutture Sanitarie	Reingegnerizzazione del sistema informativo esistente e realizzazione di un'efficace gestione del processo di accreditamento per l'erogazione dei servizi rivolti al sistema sanitario regionale.	Area Autorizzazione, accreditamento e controlli
7.16	Acquisto Licenze SAS 2016/2017	Acquisto Licenze SAS 2016/2017 e Manutenzione SAS 2018/2019	Acquisto Licenze SAS 2016/2017 e manutenzione 2018/2019	Area Sistemi Informativi
7.17	RECPTR - SANPTR	Nuova Piattaforma SW per il Servizio ReCUP	Supporto al Fornitore RTI nella fase di sviluppo e collaudo	Area Sistemi Informativi + Area Programmazione Ospedaliera e
7.18	ORAHW7	Acquisto Licenze Oracle 2018 - 2020	Acquisto Licenze Oracle 2018 - 2020	Area Sistemi Informativi
7.19	SPRSOC	Nuova Sistema di Pronto Soccorso	In attesa di Approvazione dello studio di Fattibilità	Area rete ospedaliera e
7.20	RANSAN	Regional Area Network Sanità Fibra Ottica Spenta	Realizzazione di una rete in fibra ottica, di esclusivo utilizzo Regionale in modalità IRU1 per la durata di 15 anni	Area Sistemi Informativi
7.21	SANASE	Evoluzione del Sistema ASUR	Attività evolutive sull'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale – Asur.	Area Sistemi Informativi
7.22	SANGRP	Licenze Grouper per calcolo DRG	Gruppo di lavoro per predisporre lo studio di fattibilità per la valorizzazione delle SDO e appropriatyezza dei percorsi assistenziali ospedalieri	Area Sistemi Informativi
7.23	SANSAV	Sanità Vicina	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Gestione del Budget e della contabilità. Pagaonline	Area Sistemi Informativi + Area Programmazione Ospedaliera e
7.24	SANFSE	Fascicolo Sanitario elettronico	Manutenzione correttiva ed evolutiva del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):	Area Sistemi Informativi
7.25	RICDI2	Ricetta Digitale manutenzione correttiva ed evolutiva	Rendicontazione delle attività , cartella clinica ambulatoriale, sistema Erode, cartella clinica penitenziaria, sistema di accoglienza Regionale, medici in rete, esenzioni assistito, anagrafica assistito, richiesta/ annullamento prenotazione	Area Sistemi Informativi

Serv.	cod. servizio	Descrizione	Descrizione attività LazioCREA	Area Regionale che ha richiesto il servizio
7.26	0728_REFCER	Distribuzione Referti / Certificati	Il gruppo di lavoro sta predisponendo lo studio di fattibilità in accordo con l'Area Tecnologie Digitali e Applicative, per uniformare gli strumenti di gestione ed amministrazione delle firme elettroniche remote attualmente utilizzate nella distribuzione dei referti di laboratorio	Area Sistemi Informativi
7.27	SANSIT	Nuono Sistema Informativo Trasfusionale	Nuono Sistema Informativo Trasfusionale	Area Sistemi Informativi
7.28	SANTRC	Sistema Trasfusionale - continuità dei servizi di assistena EMONET	Gestione e manutenzione correttiva ed adeguativa dei servizi di assistenza previsti	Area Sistemi Informativi
7.29	SANP12 - SANPIT	Evoluzione della Piattaforma IT della Sanità Tecnologica		Area rete ospedaliera e Specialistica
7.30	RECAL2	NUOVO SERVIZIO RECUP	Gestione del nuovo servizio di call center per il ReCUP	Area Sistemi Informativi
7.31	APQTE2	Continuità operativa TELEMED e arminizzazione con il sistema ADVICE - TELEADVICE	Servizio Hosting piattaforma applicativa e fornitura dei servizi professionali, Ares 118 richiesta integrazione monitor defibrillatori, assistenza Telemed H24, trasmissione informativa trattamento dati personali….	Area Sistemi Informativi + Area Programmazione Ospedaliera e specialistica
7.32	SIE118	Realizzazione del nuovo sistema di Emergenza 118	Realizzazione del nuovo sistema di emergenza / urgenza 118	Area Sistemi Informativi
7.33	SANMDB - MONGODB	Acquisto Licenze MongoDB	Gestione del contrtatto di appalto relativo all'acquisto delle licenze	Area Sistemi Informativi
7.34	SIIP17	Evoluzione del Sistema Informativo Integrato per i Dipartimenti di Prevenzione	Evoluzione dei moduli: SPRESAL, Sicurezza Alimentare, anagrafe canina, medicina dello sport	Promozione della salute e Prevenzione (A. Barca)
7.35	ReCUP Infr.	Infrastruttura - Recinf - continuità	Progettazione ed analisi del sistema, gestione ed esecuzione del contratto di appalto, gestione del budget e della contabilità del progetto	Area Sistemi Informativi + Direzione Affari Istituzionali Personale e Sistemi Informativi
7.36	SANCOM	Nuovo Sistema Gestione Medicina di Base	Gestione del Sistema Informativo "Gestione compensi MMG e PLS", assistenza operatori ASL, gestione graduatoria medici	Area Risorse Umane
7.37	Evoluzione SANPAE	evoluzione dell'ecosistema pagamenti della regione lazio (SANPAE)	Il Sistema Pagamenti (SP) è un sistema informatico integrato con il Sistema d'Interscambio (SDI) e con i sistemi contabili aziendali, che gestisce le modalità e i dati di fatturazione e pagamento dei creditori del SSR del Lazio.	Da valutare
7.38	SANPAC SANPA2	Percorso attuativo certificabilità dei bilanci e contabilità analitica delle Aziende Sanitarie	progettazione e sviluppo Contabilità analitica, monitoraggio e supporto nell'attività di implementazione dei report da parte delle Aziende, Assistenza alle singole Aziende	Area Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale
7.39	SANMOB	Sistema Informativo della Mobilità Sanitaria	Realizzazione del sistema informativo della mobilità sanitaria.	Area Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario
7.40	SANGS2	Evoluzione sistema di Monitoraggio della Spesa Farmaceutica	Sviluppo Sistemi Informatici per il controllo ed il monitoraggio dei dati sanitari, Sistema DCR online, sistema Ve.Ri., portale farmaci della R.L., modulo produzione dati DEP, modulo appliccativo HOSP, modulo flusso informativo bilancio, gestione rischio clinico e assicurativo...	Area farmaci e Dispositivi
7.41	SANP17	Gestione ed Evoluzione del Sistema della Protesica	Integrazione con i sistemi informatici per la gestione della contabilità generale delle ASL, sistema di generazione della reportistica, adeguamento del nuovo GDPR	Area Farmaci e Dispositivi
7.42	SIATSA	Sistema Informativo Territoriale (SIATSA)	Sistema informativo territoriale	Da definire

Serv.	cod. servizio	Descrizione	Descrizione attività LazioCREA	Area Regionale che ha richiesto il servizio
7.43	SANMCH	Macchine Learnig	Monitoraggio di opinione, analisi dei documenti e requisiti Scrrening Oncologico	Promozione della salute e Prevenzione
7.44	SANLUN	Sistema per la riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale	· centralizzazione a livello regionale dei flussi informativi	Area rete ospedaliera e Specialistica
7.45	TELEHUB	PROGETTO Evoluzione teleadvice 2.0 (TELHUB)	- Estendere il servizio di teleconsulto del sistema Advice in modalità asincrona ai Reparti di Ricovero Ospedaliero e Post-Acuzie. Tale estensione prevede anche la definizione di un modello organizzativo per la gestione della diagnosi da parte di una community di specialisti.	Area Sistemi Inf, Territorio e Ospedaliera
7.46	SANAVR	Evoluzione Anagrafe Vaccinale Regionale	Implementare il sistema attuale al fine di renderlo un S.I. per la gestione attiva dei percorsi vaccinali; sarà comprensa la gestione dell'approvvigionamento	Promozione della salute e Prevenzione
7.47	Nuovo fascicolo sanitario	Nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico	Il gruppo di lavoro sta predisponendo lo studio di fattibilità per il triennio 2020/2022	Area rete ospedaliera e Specialistica
7.48	Nuovo sist. Inf.	Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero	Il gruppo di lavoro sta predisponendo lo studio di fattibilità per il triennio 2020/2022	Area rete ospedaliera e
7.49	Gestione concorsi e formazione	Nuovo Sistema Gestione Concorso e Formazione	L'attività mirata all'acquisizione di servizi professionali ICT per garantire messa in esercizio del sistema dell'Emilia Romagna per la gestione del concorso MMG e PLS da prendere a riuso semplice, configurazione e personalizzazione del sistema e sviluppo delle personalizzazioni inerenti il sistema di gestione dei corsi di formazione.	Area Risorse Umane
7.50	SANDIB	Cartella per la gestione delle criticità (ex cartella diabetologica)	Progettazione e messa in esercizio di un sw integrato con il Fascicolo sanitario di una cartella diabetologica centralizzata per tutta la Regione Lazio	Da valutare
7.51		Appropriatezza Descrittiva	Sviluppo di uno strato di Business necessario per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività di ricettazione digitale	Area rete ospedaliera e Specialistica
7.52		Risorse Farmaceutiche	Front office telefonico nei confronti dei cittadini, operatori del servizio sanitario e aziende farmaceutiche, supporto attività di ufficio assistenza protesica, gestione degli archivi attinenti le autorizzazioni regionali, aggiornamento e supporto delle autorizzazioni degli elenchi per la vendita dei farmaci online....	Area Farmaci e Dispositivi
7.53	Nuovo ASUR	NUOVO SISTEMA ASUR	L'attività mirata all'acquisizione di servizi professionali ICT per garantire continuità d'esercizio dell'Anagrafe Unica Sanitaria Regionale comprensiva di manutenzione evolutiva e correttiva/adeguativa. Il sistema include i moduli di gestione di Scelta e Revoca MMG/PLS, Gestione Esenzione Ticket, Distribuzione Ricettari	Area Sistemi Informativi
7.54	Cure primarie	Cure primarie	supporto alla gestione dei ticket URP e delle segnalazioni relative all'accesso e fruizione di prestazioni/servizi sanitari.	Area Rete Integrata del Territorio

11.2 Fascicolo Sanitario Elettronico e Infrastruttura di Rete ad alta velocità

La collaborazione tra comparto sociale e comparto sanitario con obiettivo di individuare percorsi e risposte adeguate e globali alla situazione di bisogno del cittadino, trova fattore abilitante concreto con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Rete RAN Sanità che hanno l'ambizione di essere i fattori abilitanti per ottenere un accesso centralizzato, sicuro, rapido e dematerializzato alle informazioni di cura del paziente da qualsiasi parte egli si trovi all'interno del contesto territoriale. Nella visione di progressiva integrazione e centralizzazione dei servizi, entrambi sono strumenti infrastrutturali inizialmente di "secondo livello" rispetto la attuale dotazione

delle Aziende e Strutture: l'obiettivo 2019-2021 è quello di progressivamente avviare l'adozione dello stesso da parte delle utenze finali e di renderlo centralizzato e funzionante (un sistema contenitore repository federato il primo ed un canale ad alta velocità il secondo).

Linee di intervento:

1. riportare tutte le interfacce delle strutture nel territorio ad un equivalente stato di integrazione (a livello informativo e tecnologico) con una forte cooperazione applicativa tra i sistemi informativi sanitari
2. avvio progressivo dei sistemi già pronti con una programmazione concordata con le strutture

Lato rete infrastrutturale, la componente di connettività fisica di rete sarà raggiunta tramite una infrastruttura di rete dedicata ad alta velocità (RAN Sanità) che collegherà per natura o per servizi offerti un sottoinsieme ampio di varie strutture, per ottenere sufficienti livelli di qualità di collegamento per veicolare immagini, referti, videoconsulto.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

1. Messa a completa a regime del FSE entro dicembre 2020;
2. Bando ed espletazione gara RAN SANITA' novembre 2019 e messa a completa a regime del 80% Rete RAN SANITA' entro 2021.

11.3 Sistema contabile unico e di contabilità analitica

Una delle componenti fondamentali per la corretta misurazione degli eventi gestionali ed un pilastro del sistema di controllo interno aziendale (utile alla certificazione dei bilanci aziendali), è l'armonizzazione dei sistemi contabili. Tale attività - già avviata negli esercizi precedenti – proseguirà con l'avvio della fase di progettazione di un *Sistema Informativo Contabile Unico Regionale* che non si baserà solo sul fattore tecnologico, ma su di una revisione dei processi e delle anagrafiche. Ciò consentirà la tracciabilità delle procedure amministrativo-contabili e conseguentemente l'automatizzazione dei flussi informativi. L'intervento sarà indirizzato sia verso l'integrazione dei sistemi di contabilità generale esistenti, sia verso l'implementazione di un sistema unico di contabilità analitica. Tale soluzione consentirà alla Regione di realizzare una sempre maggiore integrazione tra l'analisi dei conti economici e le correlate variabili gestionali, attraverso una capillarità dei dati adeguata alle necessità di governo e controllo sia aziendale, sia regionale. Si sfrutterà un'unica piattaforma tecnologica che potrà poi fornire reporting strutturati e informazioni nativamente corrette per granularità, rapidamente aggiornate, vista la natura gestionale del sistema che sarà alimentato perifericamente, abbandonando l'attuale logica di estrazione estemporanea di flussi di dati.

Linee di intervento:

1. Organizzazione di progetto (tavoli lavoro Aree Tecnologica, Amministrazione, Contabilità Analitica); Revisione dei processi d'acquisto di area Sanità, riutilizzo delle tecnologie mirate ad ottenere in primis una mappatura dell'esistente, per ottenere una progressiva centralizzazione e governo e controllo dei processi senza trascurare nelle fasi di transizione la revisione delle anagrafiche contabili di base (articoli, fornitori, conti, attori) in continuità nella alimentazione degli attuali sistemi informativi e di reporting.

2. Allineamento processi ed azioni change management in continuità con i percorsi attuativi della certificabilità (PAC) tramite creazione di indicatori sui sistemi (sistema di rilevazione dei processi contabili), per avanzare nella valutazione di scelte legate al modello contabile unico. Integrazione e sinergia con i progetti NSO (Nodo Smistamento Ordini), sistema di E-Procurement, e sistemi di pagamento MEF (interoperabilità).
3. Avvio delle attività di gara e software selection per il nuovo sistema informatico a valle del termine dei processi di omogeneizzazione delle anagrafiche e dei sistemi informatici, ed avvio nuova piattaforma.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

1. Proposta di un modello di armonizzazione dei conti e di una modello di governo/controllo entro febbraio 2020;
2. Termine delle attività di revisione anagrafiche di base entro aprile 2020
3. Messa a completa a regime del sistema entro dicembre 2021

11.4 La Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente

La telemedicina, ossia la prestazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, può contribuire a migliorare la vita dei cittadini, sia pazienti che professionisti della salute, affrontando allo stesso tempo le sfide che si pongono al SSR.

La telemedicina può favorire l'equità e continuità di accesso all'assistenza specializzata, la telesalute/telemonitoraggio può migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche e ridurre i soggiorni in ospedale, i servizi come la teleradiologia e la teleconsultazione possono contribuire a migliorare l'assistenza in emergenza, ridurre le liste d'attesa, ottimizzare l'uso delle risorse e rendere possibili aumenti di produttività. Nell'ambito della telesalute, le attività di telemedicina dedicati alle persone già classificate a rischio o persone affette da patologie croniche costituiscono un supporto fondamentale ai servizi di assistenza primaria, per il monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria di tali patologie. La telesalute inoltre prevede un ruolo attivo sia da parte del medico per la presa in carico del paziente, sia da parte del paziente per la gestione dello stile di vita e l'aderenza alla terapia medica.

La Regione Lazio, in questi anni, ha promosso numerose iniziative per l'implementazione dei servizi di Telemedicina in diversi livelli assistenziali. Nel *setting* dell'emergenza, ha attivato un servizio di trasmissione dell'ECG dalle postazioni mobili di soccorso alla Centrale Operativa Ares 118 e alle Unità di Emodinamica regionali, al fine di ottimizzare l'assistenza per i pazienti con sospetto infarto miocardico acuto. Nel 2018 ha inoltre attivato il sistema di Teleconsulto tra tutti i Pronto Soccorso regionali ADVICE per le Reti dell'Emergenza per adulti e pediatrica, Tempo-dipendenti (Trauma, Ictus, Cardiologica, Cardiochirurgica, Perinatale) e delle Malattie Infettive. Nel livello assistenziale delle cure domiciliari, la Regione Lazio ha promosso l'attivazione per tutti i Centri di assistenza domiciliare (ADI) di alcuni servizi di Telemedicina a sostegno dei pazienti affetti da patologie croniche evolutive. La Regione è inoltre impegnata nel coordinamento del progetto ministeriale per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso mediante l'utilizzo delle tecnologie della comunicazione e informazione (ICT), con Ares 118, ASL di Latina e Rieti, ed ha inoltre fornito supporto alla Asl di Frosinone per la definizione di un progetto comprendente alcuni servizi di telemonitoraggio domiciliare nell'ambito della Strategia Nazionale Aree Interne.
Malgrado il potenziale offerto dalla telemedicina, i suoi vantaggi e la maturità tecnica delle applicazioni, il ricorso a tali servizi è ancora limitato. La sfida attuale per la Regione Lazio è l'integrazione sistematica dei servizi di telemedicina all'interno del SSR, come il telemonitoraggio ed il teleconsulto, creando un terreno comune tra

l'ambito della telemedicina specialistica, propria delle differenti discipline e branche ospedaliere e territoriali, e quello della telesalute, specifica dei servizi di assistenza primaria, al fine di ottimizzare il percorso di gestione del paziente e migliorare l'integrazione tra i diversi *setting* assistenziali.

Linee di intervento

1. Telesalute: al fine di garantire l'implementazione dei servizi di telesalute, prevalentemente a domicilio, ad una più ampia platea di pazienti affetti da patologie croniche è necessario: 1) completare l'attivazione dei Centri Servizi telesalute all'interno delle strutture sanitarie, per la gestione dei dati del telemonitoraggio, ed il supporto ai Centri ADI, Specialisti, MMG e PLS per la gestione della terapia, degli accessi infermieristici e per migliorare la informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente; 2) integrare i sistemi di telesalute con gli applicativi regionali disponibili (sistema Recup, ricetta dematerializzata, Sistema Informativo Assistenza Territoriale, Fascicolo Sanitario Elettronico); 3) definire un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività di telemonitoraggio; 4) definire le modalità di remunerazione dei servizi di Telesalute;
2. Teleconsulto: nel percorso assistenziale dei pazienti, si rende talvolta necessario il consulto tra medici di specialità non presenti all'interno della stessa struttura e la discussione dei casi clinici più complessi in un contesto multidisciplinare. Il Teleconsulto, in questo ambito, si rivela di particolare utilità perché permette l'accesso alle opinioni di esperti di diverse discipline presenti nelle varie strutture. Per l'estensione dell'utilizzo del teleconsulto nelle reti cliniche è prevista 1) la definizione di un documento tecnico per l'integrazione della piattaforma di Teleconsulto ADVICE con gli strumenti di gestione ed eventuali sistemi applicativi attualmente in uso nelle differenti strutture ospedaliere di ricovero, riabilitazione, postacuzie e territoriali 2) definizione delle tariffe per il teleconsulto;
3. telemedicina per il sistema dell'emergenza: 1) evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE, ed integrazione con il nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera; 2) evoluzione web del nuovo sistema dell'emergenza ospedaliera ed integrazione con i sistemi informativi regionali, certificazione INPS, sistema ricetta dematerializzata e Recup.
4. Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinici
5. Formazione dei pazienti all'autocura della propria patologia attraverso strumenti di Telesalute

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie, AO, AOU, IRCSS, strutture private accreditate
- MMG e PLS
- LazioCREA

Risultati attesi e tempistiche

1. Adozione dei documenti tecnici entro il 31/12/2020
2. Assessment del numero di pazienti trattati al 1/1/2020 e attivazione del monitoraggio annuale a partire dal 31/12/2020;
3. Definizione di un piano regionale/locale dei Centri Servizi di telesalute, con l'obiettivo di estendere il telemonitoraggio per i pazienti cronici nei diversi setting assistenziali, anche mediante la condivisione tecnologica dei sistemi. Da definire entro il 30.06.2020
4. Definizione di un sistema informativo di monitoraggio e valutazione modalità di valorizzazione dei servizi. Da definire entro il 31.12.2020
5. Evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE e nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera entro dicembre 2020.

6. Evoluzione del sistema di teleconsulto Advice ed estensione agli altri setting assistenziali oltre l'emergenza, con monitoraggio delle attività e definizione delle tariffe entro dicembre 2020
7. Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinici entro dicembre 2020
8. Formazione dei pazienti all'autocura della propria patologia attraverso strumenti di Telesalute entro dicembre 2020
9. Innovazione degli strumenti di comunicazione con i cittadini per favorire il corretto accesso alle cure e per promuovere stile di vita per i cittadini e l'adesione alle cure per i pazienti cronici entro dicembre 2020.

11.5 Ambito Pianificazione acquisti

Il progetto nasce dall'attuale contesto organizzativo di centralizzazione degli acquisti che vede in capo alla Centrale Acquisti Regionale una programmazione acquisti biennale con aree di aggregazione e gruppi merceologici definiti (DPCM 24/12/2015), una definizione specifica dei fabbisogni informativi con già definiti i tracciati dati necessari alla elaborazione delle necessità e di attori referenti alla creazione di un Comitato Regionale Acquisti (**DCA 287/17)**.

In stretta collaborazione e sinergia con la Centrale Acquisti Regionale, l'obiettivo di questo progetto è la formulazione, limitatamente all'Area Sanità e Integrazione Socio Sanitaria, di un modello organizzativo integrato utile alla analisi e pianificazione dei fabbisogni che permetta di razionalizzare i consumi sulla base di valutazioni di appropriatezza con una visione strutturata d'insieme delle esigenze di acquisto di tutte le strutture sanitarie, adeguatamente supportato da un impianto tecnologico ed amministrativo. Ciò per limitare al minimo il ricorso ad espletamento di gare in deroga e supportare la Centrale Acquisti per la fase di valutazione di appropriatezza.

Le attività mireranno ad inserire l'avviato processo di centralizzazione degli acquisti all'interno di un modello organizzativo che veda l'intero processo di ciclo passivo (budget, richiesta di acquisto, validazione, bando, contrattualizzazione, programmazione, distribuzione, stoccaggio, consumo, rendicontazione), ed inserendolo in un processo di valutazione dell'appropriatezza delle richieste e della fungibilità dei beni in relazione alle politiche di rete ospedaliera e del contesto territoriale. Il modello organizzativo dovrà adempiere alle esigenze della Regione Lazio ed attingere alle esperienze realizzate dalle altre Regioni Italiane.

Le azioni previste saranno comunque necessarie, sia che si istituisca l'azienda Lazio.0 – che svolgerebbe poi alcune di queste attività in base agli indirizzi regionali – sia in assenza o nelle more dell'attivazione di Lazio.0.

Sul piano operativo, le attività si svilupperanno in una prima raccolta/mappatura delle informazioni storiche rilevanti presenti su sistemi aziendali e regionali; si procederà poi ad una analisi delle attuali richieste di acquisto centralizzato proposte dalle singole Aziende, correlandole con i consumi storici degli stessi beni/materiali richiesti su di un quadro Regionale complessivo. L'esito delle analisi si concretizzerà in una proposta di modello organizzativo regionale che preveda: la revisione dell'assetto organizzativo e *governance*, l'identificazione degli attori, la segmentazione dei ruoli per ambito (area territoriale, classi merceologiche, logistica, competenze), valutazioni sugli impatti fiscali, efficienze, tempi e modalità di realizzazione.

Linee di intervento

1. Creazione e/o consolidamento di anagrafiche/codifiche comuni valide per tutte le aziende e per la Regione
2. Realizzazione di un benchmark tra le varie Aziende della Regione in relazione al ruolo di capofila per determinate aree territoriali o segmenti merceologici, in termini di competenze, performance bandi gara, serie storiche volumi, relazioni industriali, ed altro e proposta progettuale di revisione del modello di *governance* e organizzativo/tecnologico della programmazione degli acquisti.
3. Predisposizione del modello di controllo (flussi dati ed attori) e degli indicatori di performance (KPI, livelli di servizio) della Programmazione acquisti regionale rispetto i fabbisogni/appropriatezza/efficacia, economie

di scala e livelli di servizio.

Indicatori

1. Implementazione di una Anagrafica unica integrata all'interno di un sistema di E-Procurement: articoli relativi a farmaci, dispositivi, materiali, beni economali, gruppi merceologici, tassonomie ATC, CND.
2. Stesura di un documento di revisione del modello organizzativo di *governance* e nuovo assetto giuridico.
3. Definizione di un modello di controllo ed elenco indicatori fabbisogno espresso vs. appropriatezza/efficacia, livelli di servizio.

Risultati attesi

1. Repository centralizzato delle anagrafiche ed automatizzazione/integrazione dello stesso con le strutture sanitarie entro febbraio 2020.
2. Documento finale di revisione del modello organizzativo di *governance* e determine di scopo entro dicembre 2019.
3. Reportistica su modello di controllo ed elenco indicatori fabbisogno e di risparmio e documentazione a corredo entro novembre 2020.

11.6 Ambito Logistica Sanitaria

La gestione della logistica sanitaria ha un perimetro molto vario, che va da aspetti/approcci micro (vedi gestione dei beni a livello di singolo reparto sino ad arrivare al consumo per singolo paziente) ad aspetti/approcci macro (magazzini fisici sovra aziendali per la logistica del farmaco/beni economali/dispositivi…); di conseguenza anche le possibilità di recupero di efficienza ed efficacia sono molto ampie e varie.
L'obiettivo di questa linea di attività è la rilevazione puntuale delle componenti strutturali (spazi, strutture, strumenti, risorse trasporto), organizzative (risorse umane, ruoli, procedure attuali, servizi extra-aziendali) e tecnologiche (programmi informatici/SW di magazzino a livello micro reparto- e/o macro -presidio/azienda-) facenti parte dell'assetto logistico regionale – inteso come la sommatoria degli assetti logistici di tutte le aziende sanitarie ed enti del perimetro pubblico - ed una successiva proposta progettuale di revisione in ottica di contenimento dei costi, efficacia nella distribuzione (tempestiva disponibilità, stock, tracciabilità, appropriatezza/fungibilità), ovvero nella revisione dei contratti di conto deposito/conto visione. Successivamente alla fase di ricognizione, la proposta di revisione del contesto logistico parte dalla lettura delle componenti informative di flusso, delle risorse umane, e si concretizza in una revisione dei processi ed in una adozione di infrastrutture tecnologiche a supporto utili alla misura del *demand managament* e del *delivery* su piattaforme di WMS (*warehouse management system*), per incrementare le performance operative abbattendo i costi. Saranno inoltre fissati dei criteri per valutare i livelli di servizio misurabili in merito a: tempi di consegna, disponibilità beni, rotture-stock, ed altri indicatori di area. Sul fronte del calcolo dei benefici rispetto l'opera di riassetto e centralizzazione delle funzioni logistiche, le attività di valutazione del TCO (*total cost*) e del ROI (*return of investiment*) saranno valutate insieme alle azioni ed alle soluzioni proposte ed avviate nell'ambito della Programmazione Acquisti. Le attività infatti sono fortemente legate al processo di ciclo passivo e danno priorità rispetto le sinergie e possibili ottimizzazioni legate al dominio degli articoli ed ai beni oggetto della programmazione centralizzata degli acquisti.

Di seguito la sintesi dei filoni di attività:

Linee d'intervento

1. Mappatura dell'assetto logistico regionale per una riorganizzazione del modello logistico (posizione magazzini, volumi stoccaggio, natura depositi, personale impiegato, natura esercizio, serie storiche).

2. Realizzazione di una anagrafica unica regionale integrata degli articoli, dei dispositivi e delle tassonomie di classificazione: identificazione *repository* regionale integrato con strutture, sviluppo di controlli di sicurezza rispetto tracciabilità e codifica puntuale dei beni (GS1, *Unique Device Identification* UDI).
3. Rilevazione e monitoraggio dei flussi dati logistici delle aziende sul territorio (anagrafiche articoli, indici di rotazione, giacenze, conto deposito) provenienti dalle aziende sul territorio). Gestione del rilevamento delle informazioni di lotto e scadenza.
4. Ottimizzazione delle scorte ed un abbattimento delle quantità dei beni scaduti mediante tecniche di *forecast* (trend-ciclo, stagionalità, valori fuori linea)
5. Progettazione di KPI legati a eventi rilevanti nel processo logistico: ricezione e controllo merci, allestimento ordini dei Centri di Costo (CdC), spedizione e trasporto, distribuzione dai transit point ai CdC, consegne e *customer satisfaction*.
6. Proposta di efficientamento organizzativo e di *governance* dell'assetto logistico centralizzato tramite sistemi automatizzati di governo e controllo logistico centralizzato: valutazione e comparazione con il mercato rispetto le soluzioni applicative e le infrastrutture.

Indicatori

- Definizione di un piano di rilevazione degli *Asset* Logistici Regionali.
- Implementazione di un Sistema informativo di anagrafica unica
- Creazione di un sistema di reportistica centralizzato per verifica dello stato dei magazzini, delle scorte e dei consumi stimati su periodo.
- Implementazione di un Sistema di KPI.
- Studio di fattibilità, documento di progettazione esecutiva per l'efficientamento organizzativo e di governance dell'assetto logistico centralizzato.

Risultati attesi

1. Documento di rilevazione degli Asset Logistici Regionali entro dicembre 2019.
2. Documento di rilevazione entro maggio 2020.
3. Sistema informativo/statistico, e reportistica regionale dicembre 2020
4. Sistema reportistica centralizzato centralizzato per verifica dello stato dei magazzini, delle scorte e dei consumi collaudato entro marzo 2021.
5. Elenco indicatori livelli di servizio entro marzo 2021.
6. Studio di fattibilità, documento di progettazione esecutiva per l'efficientamento organizzativo e di governance dell'assetto logistico centralizzato entro novembre 2021

12. Ricerca, innovazione ed Health Technology Assessment

Il Lazio è una delle Regioni italiane dove, per la presenza di istituti pubblici nazionali, IRCCS, Università o per la rilevanza delle strutture afferenti al proprio Servizio Sanitario Regionale (SSR), viene condotto un numero rilevante di studi clinici e di ricerca sanitaria - di base, traslazionale e clinica - del nostro Paese.

In tale contesto, la ricerca può assumere una particolare valenza, sia come strumento di governo dell'innovazione nel Servizio Sanitario Regionale, che al fine di produrre ricadute sempre maggiori nelle capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione assistita.

Con una nuova governance della ricerca si intende favorire un insieme di strumenti e processi che consentano il **recepimento critico dell'innovazione tecnologica**, oltre che la crescita di una cultura in cui l'operatore sanitario, mentre fornisce assistenza, possa partecipare anche alla produzione della conoscenza scientifica utile a rispondere ai suoi quesiti clinici. In questo ambito, la **valutazione rapida e omogenea degli studi di ricerca sul versante etico e metodologico**, così come la **semplificazione dei processi di autorizzazione amministrativa dei protocolli di studio**, da parte delle Aziende e degli enti regionali, contribuiscono a favorire un ambiente in cui la ricerca assicuri ricadute utili e tempestive sia per le imprese coinvolte che per il SSR stesso. Il sostegno delle Aziende sanitarie e degli IRCCS regionali nella conduzione dell'attività di ricerca avviene anche attraverso il **supporto concreto nella partecipazione ai bandi di ricerca**, attraverso un servizio di assistenza nella costruzione delle proposte di studio da inviare ai finanziatori pubblici e privati. Infine, **l'allineamento tra gli obiettivi del Servizio sanitario regionale e la sua capacità di fare ricerca su temi rilevanti** può trarre vantaggio dalla costruzione di reti di ricerca e il coinvolgimento dei ricercatori su tematiche strategiche per la Regione. In tal senso si prevede di porre in essere la realizzazione dei seguenti obiettivi:

- favorire l'efficienza del sistema ricerca nell'ambito del SSR, attraverso la semplificazione dei processi amministrativi e di quelli valutativi degli studi, sia sul versante etico che su quello metodologico;
- facilitare la partecipazione dei centri e dei ricercatori del SSR a bandi di ricerca nazionali ed internazionali, cogliendo, con riferimento a questi ultimi, tutte le opportunità di crescita dell'internazionalizzazione del SSR;
- esercitare una funzione di indirizzo nei confronti degli enti del SSR che svolgono attività di ricerca e promuovere una produzione scientifica in linea con gli obiettivi strategici della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

Il **trasferimento delle conoscenze scientifiche** aggiornate e basate su solide prove di efficacia è un elemento di comprovato valore per la crescita delle competenze cliniche del personale sanitario e per il miglioramento del governo dell'appropriatezza, attraverso la promozione di best practices nel campo della diagnosi e del trattamento, con particolare attenzione ai fenomeni della sovradiagnosi e del sovratrattamento. L' implementazione della **Biblioteca Medica Virtuale "Alessandro Liberati" (BAL)** all'interno del portale Salute Lazio, rappresenta uno strumento utile per la selezione e la valutazione delle migliori evidenze scientifiche disponibili, favorendo l'utilizzo di strumenti di supporto alle decisioni cliniche (point of care tools). Inoltre, promuovendo il coordinamento negli acquisti delle risorse documentali online può garantire una migliore negoziazione dei costi e una maggiore omogeneità delle risorse acquisite. Infine, attraverso la BAL sarà possibile realizzare attività informative specifiche, organizzando corsi residenziali e a distanza su temi di particolare rilievo per i professionisti sanitari, favorendo incontri e dibattiti su argomenti di sanità pubblica, attuali o controversi, con l'ausilio di specifiche ed elevate competenze.

Regione Lazio intende infine contribuire alla creazione di un ecosistema che favorisca il **trasferimento delle innovazioni**, sia cliniche che organizzative, nel Servizio Sanitario regionale, nell'ottica di contribuire al miglioramento delle risposte assistenziali ed assicurando coerenza con le priorità strategiche della Direzione salute ed Integrazione Sociosanitaria. In tale ambito, gli obiettivi da conseguire saranno:

- consentire di avviare un processo di committenza strategica individuando e collegando i programmi/progetti di ricerca e/o di networking presso Aziende del S.S.R.;
- Promuovere un reinquadramento strategico di azioni già in essere coerenti con l'implementazione del Piano per la Cronicità;

- sostenere un processo di comunicazione strategica per promuovere la condivisione delle strategie regionali in ambito sanitario con altri settori interessati;
- promuovere azioni utili ad inquadrare strategicamente investimenti, anche a lungo termine, in infrastrutture, capitale umano, trasferimento di conoscenza, tecnologie innovative e nuovi modelli per la prestazione di servizi di assistenza;
- promuovere la collaborazione con altri settori delle politiche pubbliche regionali sugli investimenti, in primis con l'Assessorato allo Sviluppo Economico, al fine di indirizzare finanziamenti su obiettivi prioritari di innovazione in sanità.

In tema di **Health Technology Assessment** (HTA), la Regione assume tra i propri riferimenti il Programma nazionale HTA per i dispositivi medici di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 e si orienta per interpretare il ruolo previsto nell'ambito del piano nazionale, interfacciandosi con l'organismo della Cabina di Regia nazionale. La Regione intende inoltre favorire la predisposizione e l'adozione di documenti di indirizzo in tema di innovazioni ad alto costo, anche avvalendosi del ruolo del Dipartimento di epidemiologia del SSR a supporto del Sistema Nazionale Linee Guida e nell'ambito delle iniziative regionali di governance dei dispositivi medici. La Regione prevede inoltre, di dotarsi di un piano di governo regionale per l'HTA che definisca: una modalità di coordinamento della produzione alla luce di modelli di governance già adottati in altre regioni, la messa in rete delle competenze disponibili all'interno delle proprie strutture, evitando duplicazioni e frammentazioni, la raccolta sistematica delle richieste di acquisizione di nuove tecnologie, la gestione della valutazione e il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni. In tale prospettiva, sarà altresì favorito il raccordo con enti di coordinamento presenti in altre regioni, in modo tale da attivare efficienti sinergie nella produzione e promuovere strumenti di condivisione della documentazione e di buone pratiche nella loro implementazione.

Linee di intervento

1. Avvio di un sito internet della Ricerca sanitaria regionale, volto a dare visibilità ai progetti promossi dalla Regione Lazio e informazioni utili per una gestione amministrativa efficiente degli stessi.
2. Promuovere iniziative volte a favorire maggiore partecipazione degli enti del SSR a bandi di ricerca nazionali e internazionali.
3. Promozione di *Best practices* di ricerca per lo studio dei fenomeni collegati alla cronicità, favorendo la costruzione di network a livello nazionale ed europeo. Si prevede, a riguardo, il sostegno alle collaborazioni e la creazione di gruppi multidisciplinari per progetti di ricerca sulla cronicità all'interno della rete dei reference sites della *European Innovation Partnership – Active Healthy Ageing.*
4. Supportare la definizione di linee di indirizzo regionali per l'implementazione del PNC, contribuendo al lavoro di redazione partecipata e all'accompagnamento dei processi di innovazione organizzativa.
5. Promuovere l'accesso di tutte le aziende del SSR ad una banca dati (UpToDate) documentale a livello regionale.
6. Implementazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio con accessi open quale strumento per la ricerca di letteratura aggiornata e implementazione di percorsi di formazione su temi della medicina, del nursing e della sanità basate sulle evidenze scientifiche;
7. Facilitare l'accesso alle migliori conoscenze scientifiche disponibili, implementando e promuovendo l'accesso del personale delle Aziende del SSR del Lazio a strumenti on line di supporto alle decisioni cliniche (UpToDate, Dynamed Plus o simili).
8. Definizione di un piano di governo regionale per l'HTA.
9. Promuovere la collaborazione con altri settori delle politiche pubbliche regionali sugli investimenti, in primis con l'Assessorato allo Sviluppo Economico, al fine di concorrere ad indirizzare finanziamenti su obiettivi prioritari di innovazione in sanità.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- IRCCS
- Enti di ricerca
- Aziende Sanitarie
- Dipartimento di Epidemiologia del SSR

Indicatori

1. Messa online di un Sito internet della Ricerca sanitaria regionale
2. Costituzione di una rete di referenti per le attività di ricerca nell'ambito degli enti del SSR

   2b Ricognizione dei progetti di ricerca per il settore Salute suddivisa per tipologia di aziende.
   2c Documento di analisi delle criticità e proposte per favorire la partecipazione degli enti del SSR ai principali bandi nazionali e internazionali
3. Iniziative volte a promuovere attività di ricerca nell'ambito della cronicità.
4. Definizione di una rete di profili impegnati ad accompagnare processi di innovazione organizzativa, con riferimento agli interventi introdotti per l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità.
5. Analisi del patrimonio documentale attualmente posseduto dalle Aziende del SSR e identificazione di aree di conoscenza meritevoli di particolare approfondimento.
6. Pubblicazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio
7. Accesso delle Aziende Sanitarie a strumenti di supporto alle decisioni cliniche
8. Documento con Piano di governo regionale per l'HTA.
9. Collaborazione interdirezionale per la programmazione di interventi a valere sui Fondi Comunitari del ciclo 2021-2027

Risultati attesi e tempistiche

1. Sito internet della Ricerca sanitaria regionale online entro il 31 dicembre 2019
2. Promuovere iniziative volte a favorire maggiore partecipazione degli enti del SSR a bandi di ricerca nazionali e internazionali:

   2.a Costituzione di una rete di referenti per le attività di ricerca nell'ambito degli enti del SSR entro il 31/12/2019
   2.b ricognizione dei progetti di ricerca per il settore Salute suddivisa per tipologia di bandi entro il 30/06/2020
   2.c Documento di analisi delle criticità e proposte per favorire la partecipazione degli enti del SSR ai principali bandi nazionali e internazionali entro il 31/12/2020
3. Almeno due iniziative volte a promuovere attività di ricerca nell'ambito della cronicità condotte entro il 31 dicembre 2021
4. Almeno un profilo per azienda per accompagnare processi di innovazione organizzativa, con riferimento agli interventi introdotti per l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità, definito entro il 31 dicembre 2020
5. Rapporto sul patrimonio documentale attualmente posseduto dalle Aziende del SSR con identificazione di aree di conoscenza meritevoli di particolare approfondimento entro il 31 dicembre 2020.
6. Pubblicazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio entro il 31 dicembre 2020
7. Disponibilità dell'accesso a strumenti di supporto alle decisioni cliniche per almeno il 70% delle Aziende Sanitarie del Lazio entro il 31 dicembre 2020
8. Documento con Piano di governo regionale per l'HTA entro il 31 dicembre 2020
9. Partecipazione al gruppo Interdirezionale per la programmazione di interventi a valere sui Fondi Comunitari del ciclo 2021-2027 entro il 31/12/2020

13. Le Regole del SSR

In questa sezione vengono ricompresi interventi volti a completare l'assetto regolatorio del SSR in coerenza con gli indirizzi della programmazione integrata, attraverso la rivisitazione del sistema delle autorizzazioni, dell'accreditamento, degli accordi contrattuali, contratti con gli erogatori privati e delle regole di budget e di remunerazione previsti dal D. Lgs. 502/92 e s.m.i.

Come è noto, il D.Lgs.502 del 1992 ha delineato, negli articoli 8 *bis, quater e quinquies*, il quadro normativo funzionale all'individuazione, da parte delle Regioni, delle strutture abilitate: a1) ad esercitare attività sanitarie e/o sociosanitarie - **Autorizzazione all'esercizio**; a2) ad erogare, qualora in possesso di ulteriori requisiti rispetto a quelli minimi autorizzativi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, le attività sanitarie e socio sanitarie, tra le quali quelle ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza - **Accreditamento istituzionale;** a3) a porle a carico del Servizio Sanitario nazionale, qualora siano stati stipulati appositi **Accordi contrattuali**. In tale sistema, noto anche come il sistema delle tre A , l'Autorizzazione si configura, quindi, come il procedimento che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria e/o socio sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico o privato, l'Accreditamento istituzionale come il procedimento al termine del quale viene concesso, al soggetto già autorizzato, il riconoscimento dello status di potenziale erogatore di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale, l'Accordo contrattuale come lo strumento regolatorio volto a definire la tipologia e i volumi massimi delle prestazioni, avendo riguardo alla qualità e all'appropriatezza delle stesse, e le condizioni alle quali le attività sono erogabili con oneri a carico del SSR/SSN. La norma nazionale ha disposto, inoltre, che le Regioni e le ASL attivino un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali nonché sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese. La Regione Lazio, in adempimento al dettato normativo nazionale, ha regolamentato nel corso degli anni, attraverso propri provvedimenti, sia il percorso Autorizzazione – Accreditamento –Accordi Contrattuali, sia il sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie disegnando, però, un sistema di regole compartimentato per livelli assistenziali che necessita, pertanto, di una rivisitazione al fine di renderlo più coerente ai nuovi indirizzi programmatori basati sulla continuità assistenziale. In altri termini, il processo di revisione dei criteri dovrà essere orientato, ove possibile, ad un accreditamento 'trasversale' delle attività sanitarie in modo che, a mero titolo di esempio, in una medesima struttura i pazienti possano trovare, anche nell'ottica della semplificazione dell'accesso e dei percorsi, le risposte ai propri bisogni di diagnosi, cura e riabilitazione nei diversi livelli o setting assistenziali, da attivare nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa. E' necessario, inoltre, ripensare il ruolo del comparto privato accreditato – già molto presente nel territorio della Regione – in un'ottica integrata, 'sistemica', dove concorre insieme alle strutture pubbliche al raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione regionale. Ciò nel rispetto di regole chiare, semplificate e nella consapevolezza che lo *status* di soggetto accreditato è una condizione temporanea, necessaria ma non sufficiente per poter erogare prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale, condizione regolamentata dalla Regione e dalle ASL attraverso la stipula di appositi accordi contrattuali. In tale processo si dovrà dare, inoltre, piena attuazione a quanto previsto nel DM n. 70/2015, già recepito a livello di programmazione regionale con il DCA n. 257/2017, correlando i requisiti organizzativi ai volumi di attività erogata e alle fasi di implementazione delle attività autorizzate/accreditate

Altrettanto rilevante è l'utilizzo dei criteri di remunerazione delle attività (art. 8 sexies) in coerenza agli indirizzi definiti dalla programmazione sanitaria. A mero titolo esemplificativo: la promozione dell'appropriatezza, la valutazione degli esiti, la concentrazione dei volumi ex DM70/2015, l'integrazione dei percorsi assistenziali.

Analogamente, il sistema dei controlli ex art. 8 octies D. Lgs. 502/1992 dovrà essere orientato alla promozione della qualità e della appropriatezza del processo assistenziale, armonizzando le procedure di controllo di appropriatezza con le attività di verifica in ambito di autorizzazione e accreditamento e recuperando il ruolo centrale delle ASL nella funzione, oltre che di committenza, di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità dell'assistenza prestata dalle strutture pubbliche e private.

13.1 Autorizzazione

Revisione e aggiornamento dei requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie

La Regione Lazio, in adempimento alle disposizioni normative nazionali (DPR 14 gennaio 1997) e regionali (LR n.4/2003), ha individuato con il DCA n.8/2011 e s.m.i, i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici per una vasta gamma di servizi e strutture sanitarie e socio-sanitarie, fornendo così una puntuale ed analitica declaratoria dei requisiti minimi previsti per le tipologie assistenziali ricognite sul territorio. Tale sistema, pur essendo stato oggetto di aggiornamenti nel corso degli anni tramite l'adozione di plurimi provvedimenti necessari, sia per il recepimento di normativa nazionale sia per l'introduzione di nuove modalità assistenziali, necessita di un'azione organica di revisione e aggiornamento anche alla luce dei significativi cambiamenti registrati in questi ultimi anni nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Regione Lazio intende definire i criteri per la revisione e aggiornamento dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie; definire per le tipologie assistenziali già disciplinate la priorità di intervento; identificare e introdurre eventuali nuove tipologie assistenziali e relativi requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi; completare il percorso di valutazione delle strutture pubbliche, semplificando e rendendo omogenei i processi sottesi al procedimento amministrativo dell'autorizzazione all'esercizio.

Con specifico riferimento al ripristino della conformità della normativa regionale a quella nazionale, il Commissario, in ogni caso, avvalendosi della struttura amministrativa regionale ed in raccordo con la Giunta regionale procederà a presentare, all'interno della proposta di legge regionale collegata alla manovra finanziaria annuale, apposito emendamento funzionale alla reintroduzione del fabbisogno anche per la specialistica ambulatoriale in piena adesione all'art. 8 ter D. Lgs. 502/1992, oltre a segnalare, ai sensi dell'art. 2 comma 80 della L. 191/2009 provvedimenti legislativi regionali in contrasto con il piano di rientro.

Linee di intervento

1. Effettuare una ricognizione della normativa, Linee Guida e documenti anche di altre Regioni con particolare riguardo ai requisiti tecnologici ed organizzativi in ambito ospedaliero e territoriale e aggiornare le linea guida che le Aziende sanitarie (ASL) sono tenute a seguire nello svolgimento delle attività di verifica ai fini autorizzativi e nella redazione dei pareri di conformità, ad integrazione della check list di cui al DCA 13/2011;
2. Proseguimento del percorso di valutazione delle strutture pubbliche tramite incontri periodici con le Asl (Dipartimenti di Prevenzione, Sisp, altri servizi aziendali coinvolti);
3. Aggiornamento requisiti organizzativi in modo che sia evidenziato per ciascun setting assistenziale il nucleo minimo di personale funzionale all'attivazione dell'esercizio, in rapporto alle diverse figure professionali coinvolte, e la previsione di progressiva e proporzionale implementazione del personale medesimo in rapporto ai volumi di attività anche in regime privatistico

Modalità operative

Coerentemente con quanto disposto dalla L.R. 03 marzo 2003, n. 4 e s.m.i si procederà ad individuare, di concerto con le Aree referenti per la programmazione ospedaliera e territoriale, i settori nei quali l'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie o della normativa rendono necessario revisionare ed aggiornare i requisiti minimi autorizzativi. Una volta individuati i settori sui quali intervenire si procederà a convocare appositi gruppi di lavoro tecnici per la revisione e l'aggiornamento degli specifici requisiti, anche integrativi rispetto a quelli indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. I documenti elaborati dai gruppi di lavoro saranno sottoposti prima della loro approvazione alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative così come previsto dalla normativa regionale.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- Organizzazioni sindacali

Risultati attesi e tempistiche

1. Diffusione presso le Asl di Linee guida tese ad uniformare le attività di verifica ai fini autorizzativi delle ASL ed omogeneità dei livelli di sicurezza nell' erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie entro il 2019
2. Completamento del percorso di valutazione delle strutture pubbliche entro il 2021
3. Adozione provvedimento di aggiornamento del sistema di autorizzazione all'esercizio regionale e in particolare dei requisiti organizzativi entro il 2020

13.2 Accreditamento istituzionale

Requisiti organizzativi, implementazione e semplificazione delle procedure

L'accreditamento istituzionale, nell'ambito del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è lo strumento con il quale le Regioni devono mirare a promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. La Regione Lazio, con la DGR n. 636/2007 e con il DCA n.90/2010 e, successivamente, con il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 (cui si aggiunge la specifica normativa in materia di servizi trasfusionali e assistenza domiciliare - rispettivamente, DCA n. U00282/2017 e n. U00283/2017), ha individuato gli standard di qualità che costituiscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, mirando a promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, in modo tale che ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni sanitari, possa ricevere la cura e l'assistenza che garantisca, con i minor rischi possibili, i migliori risultati in termini di salute. L'applicazione dei modelli di accreditamento normativamente disposti, ha evidenziato, tuttavia, la necessità di semplificare le procedure di verifica e l'articolazione complessiva dei requisiti ulteriori, con l'obiettivo di facilitare l'adozione, da parte dei soggetti erogatori, di politiche di miglioramento della qualità oltre che garantire la piena operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) disciplinato dalla Regione Lazio con DCA n. U00252 del 20.07.2017, come sostituito dal DCA 242/2019.

Inoltre, con riferimento a specifiche tipologie assistenziali, quali l'assistenza ospedaliera, occorre dare piena attuazione a quanto previsto nel DM n. 70/2015, già recepito a livello di programmazione regionale con il DCA n. 257/2017, specificando e, laddove necessario, implementando nel sistema accreditamento standard di attività (volumi) per specifici processi assistenziali, desunti sulla base della revisione sistematica della letteratura scientifica, strettamente correlati a migliori esiti delle cure (ad esempio, mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti). Parallelamente, occorre applicare pienamente l'istituto dell'accreditamento istituzionale a tutti gli ambiti assistenziali previsti dai LEA, in particolare nel campo dell'assistenza alle persone con dipendenze patologiche, superando così, definitivamente, l'erogazione di tale modalità assistenziale in forma progettuale. Regione Lazio si pone gli obiettivi di semplificare ed omogeneizzare le procedure di accreditamento istituzionale, in linea con le vigenti disposizioni nazionali; razionalizzare i requisiti ulteriori di accreditamento, individuare i requisiti "core" per setting assistenziale; implementare, nel sistema accreditamento, la verifica degli esiti raggiunti in rapporto ai volumi di attività; attualizzare e rendere operativo l'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.); applicare pienamente l'istituto dell'accreditamento istituzionale a tutti gli ambiti assistenziali previsti dai LEA, e completare le procedure di riconduzione delle strutture non accreditate *extra-ordinem* nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8-bis del decreto legislativo n. 502/1992.

Per quanto riguarda l'accreditamento delle strutture private per la Regione Lazio, di seguito si riporta la situazione aggiornata al I semestre 2019:

	Totale delle strutture private che operano per conto e a carico del SSN/SSR	Strutture private accreditate
	N° totale	*N°*
Strutture di ricovero ospedaliere	81	**79 completate e 2 in corso di verifica**
Strutture ambulatoriali	**492**	**485 completate e 7 in verifica**
Strutture territoriali (RSA, HOSPICE, EX ART. 26, DIPENDENZE***, PSICHIATRICHE, AIDS, ADI****, TERME*****)**	**348***	**347 e 1 in verifica***

*37 PROGETTI SULLE DIPENDENZE in fase di verifica alla luce dei nuovi fabbisogni, non sono conteggiati nei 348 accreditati territoriali, andranno ricondotti alla disciplina vigente in materia di accreditamento

Linee di intervento

1. Attualizzare e rendere operativo l'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) procedendo in prima istanza all'aggiornamento della formazione dei valutatori.
2. Incontri istituzionalizzati con i professionisti delle UO Accreditamento delle Aziende USL, al fine di rendere omogenee le attività di verifica con le vigenti disposizioni nazionali e razionalizzare i requisiti ulteriori di accreditamento.
3. Istituzione di un Gruppo di lavoro finalizzato all'individuazione dei requisiti "core" per specifici setting assistenziali e per la formalizzazione dei "Piani di Miglioramento" ed alla formalizzazione di specifici standard assistenziali e applicazione l'istituto dell'accreditamento istituzionale a tutti gli ambiti assistenziali previsti dai LEA anche al fine di adottare un criterio di proporzionalità dei requisiti organizzativi con i volumi, a tipologia e la complessità assistenziale delle attività socio sanitarie;
4. Completamento delle procedure *in itinere* per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e superamento della gestione extra-ordinem.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Avvio dei lavori dell'O.T.A. entro il 2019
2. Stesura di un documento condiviso con le Aziende USL, circa le modalità operative delle attività di verifica in accreditamento entro il 2020
3. a Definizione ed implementazione di specifici standard assistenziali nel sistema accreditamento regionale entro il 2020

b. Proporzionalità, per tutte le attività sanitarie e sociosanitarie, dei requisiti organizzativi ai volumi, alla tipologia e alla complessità assistenziale delle attività entro il 2021

4. Conclusione delle procedure per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8-bis del decreto legislativo n. 502/1992 entro il 2020

13.3 Accordi contrattuali e contratti

L'Accordo contrattuale che le strutture private sottoscrivono con le Aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 8 quinquies del d. lgs. n. 502 del 1992 integra lo strumento giuridico che consente all'operatore economico privato di accedere all'erogazione delle prestazioni erogabili in regime di accreditamento con oneri a carico del SSR.

Il contratto è stato individuato quale leva attraverso cui migliorare il processo di negoziazione tra il committente (azienda sanitaria) e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Se infatti i rapporti fra le aziende sanitarie locali e le strutture operanti in regime di accreditamento vanno qualificati come concessioni di pubblico servizio, l'accreditamento non è sufficiente "*all'ammissione in partecipazione alla integrazione delle prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale in regime di convenzione, essendo a tal fine necessaria, preliminarmente, la sottoscrizione di apposito contratto preordinato alla fissazione delle condizioni contrattuali determinate dalla necessità del rispetto del limiti del budget di spesa disponibile*" .

A tale proposito la giurisprudenza civile riconosce che l'accordo contrattuale) è l'atto costitutivo del rapporto concessorio in favore della struttura sanitaria accreditata, in forza del quale essa è abilitata ad erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del servizio sanitario pubblico.

Si tratta di un accordo *sui generis* con un contenuto misto: in parte individua e definisce le caratteristiche del servizio reso all'utenza, in altra parte il volume delle prestazioni erogabili sulla scorta del livello massimo di finanziamento e, pertanto, da un lato, è rivolto all'utente finale e, dall'altro, al rapporto con l'ente pubblico che ha accreditato la struttura privata.

Il sistema sopra delineato evidenzia, quindi, un settore "peculiare" entro il quale gli operatori economici privati competono tra di loro (e con gli operatori pubblici) nell'essere "attrattivi" per il cittadino-paziente che sceglie il luogo di cura, con il solo limite del contingentamento massimo di prestazioni erogabili (fino al raggiungimento del tetto massimo per ciascuna stabilito), funzionale ad esigenze di contenimento della spesa pubblica sanitaria, nel rispetto dei princìpi di trasparenza, non discriminazione, obiettività, proporzionalità e concorrenza.

Il settore sanitario presenta una sua specificità e l'individuazione del soggetto con cui ciascuna Azienda sanitaria sottoscrive l'accordo non prevede il ricorso a procedure concorrenziali in senso proprio, non potendo ritenersi applicabili al settore delle prestazioni sanitarie i principi in materia di stretta concorrenza elaborati nella materia delle "gare pubbliche".

Ciò posto, la possibilità di accreditare prestazioni e operatori anche in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in piena conformità all'art. 8 quater, comma 3, D. Lgs. n. 502/1992 potrà consentire la realizzazione di una efficace competizione tra le strutture accreditate nel soddisfare i bisogni dei pazienti come individuati dalla programmazione sanitaria regionale.

In discontinuità col passato, la Regione Lazio intende progressivamente gestire due fenomeni: i) l'aumento di strutture accreditate che non avranno un budget e un conseguente accordo contrattuale correlato alla capacità erogativa massima della stessa (fenomeno già presente); ii) la presenza di strutture accreditate in eccesso e, quindi, non necessariamente assegnatarie di budget e contrattualizzate.

In tal modo si punta al raggiungimento di un duplice obiettivo: accreditamento legato al raggiungimento della cd. soglia minima di efficienza che le strutture devono mirare a raggiungere, anche in attuazione del DM 70/2015 e

regolazione del rapporto col privato accreditato non in funzione dell'accreditamento (mero presupposto) ma in funzione dell'accordo contrattuale, in piena aderenza all'implementazione della funzione di committenza richiesta alle ASL, in rapporto all'effettivo bisogno registrato in ambito territoriale.

L'obiettivo è strutturare rapporti di pieno dialogo col privato, all'interno di un quadro stabile almeno sotto il profilo della continuità giuridica dello stesso, con previsione di contratti di durata biennale o triennale, soggetti a revisioni in ordine alla componente economica perché relazionata al riparto del Fondo sanitario nazionale e ai criteri di remunerazione che possono mutare, seppure in percentuale ridotta, l'allocazione delle risorse che saranno orientate al raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria (riduzione sovraffollamento PS, appropriatezza, volumi ed esiti, percorsi integrati, etc..).

All'interno dei contratti vi sarà evidenziata la possibilità dell'Azienda di valutare nello specifico le prestazioni utili al SSR e all'abbattimento delle liste di attesa.

Linee di intervento

1. Definire un atto di programmazione finanziaria complessiva del SSR, ivi ricompresa la quota complessiva destinata agli erogatori privati sulla base della quale, acquisiti i valori finali della produzione dell'anno precedente, verranno poi fissati, con atti successivi, i budget per singolo erogatore
2. Redazione dei criteri di remunerazione e dei criteri di assegnazione del budget per acuzie, riabilitazione, lungodegenza e per la specialistica ambulatoriale ad integrazione dei diversi setting assistenziali
3. Redazione di un nuovo schema di accordo contrattuale
4. Ridefinizione della parte economica per il 2020 e per il 2021

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie;
- Associazioni di categoria del privato accreditato

Risultati attesi e tempistiche

1. Recepimento dell'atto relativo alla cornice finanziaria limitatamente alle prestazioni acquistate da privato accreditato entro il 31/12/2019 per il 2020 (a) e 2021 e atto che definisce cornice finanziaria complessiva entro il 28/02/2020 per il 2020 (b) e 31/12/2020 per il 2021 (c).
2. Avvio del procedimento entro 2019
3. Provvedimento amministrativo di revisione dello schema di accordo entro 2019
4. Decreto di budget per il 2020 e per il 2021 entro il 30/7 di ogni annualità

13.4 I controlli

Armonizzazione delle procedure di controllo esterno con le attività di ispezione e vigilanza in tema di autorizzazione e accreditamento

A decorrere dal 2001, la Regione Lazio, in attuazione di quanto disposto dall'art. 8-octies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., ha organizzato un sistema di controlli esterni confluito nell'unico Sistema Regionale dei Controlli basato sull'integrazione tra Regione e Aziende Sanitarie Locali, ed ha esteso l'azione di controllo a tutte le strutture ospedaliere regionali, pubbliche e private, che hanno accesso al finanziamento a prestazione.

Tale sistema, attualmente disciplinato dal DCA n.218/2017 e s.m.i, stabilisce che nell'ambito dell'espletamento dei controlli esterni sull'assistenza ospedaliera in acuzie e post-acuzie, preliminarmente alle verifiche di congruità e di appropriatezza sulla documentazione sanitaria, il personale di controllo proceda nella verifica della coerenza fra le prestazioni erogate dalla struttura e il titolo di accreditamento. Inoltre, qualora in sede di controllo si riscontrino fenomeni di: incongruità, inappropriatezza e/o fenomeni opportunistici rilevanti, in considerazione del

merito degli stessi, della loro numerosità e/o reiterazione per diverse annualità, la Regione avvia una valutazione complessiva della struttura al fine di verificare la permanenza delle condizioni per il mantenimento, la sospensione e/o la rimodulazione dell'accreditamento.

Diventa, pertanto, necessario raccordare e armonizzare il sistema dei controlli esterni con le procedure di vigilanza e ispezione finalizzate alle verifiche del possesso e/o permanenza dei requisiti minimi autorizzativi e/o di quelli ulteriori dell'accreditamento, in modo da evitare la parcellizzazione o la duplicazione delle attività di verifica e controllo e pervenire cosi alla stesura di un Piano annuale integrato dei controlli in ambito sanitario (PAICS) nel quale individuare le aree prioritarie di intervento e le relative azioni, da realizzare nei confronti dei soggetti erogatori. È necessario, inoltre, sulla scorta dell'esperienza acquisita nel controllo delle attività ospedaliere, procedere alla stesura di protocolli per la verifica delle attività sanitarie sui diversi territori, al fine di rendere omogenea l'attività di controllo tra le diverse Aziende sanitarie ed indirizzare il sistema degli erogatori, attraverso l'esplicitazione di un sistema di regole chiaro e agile, verso un percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

All'azione di consolidamento e armonizzazione delle attività di controllo già in essere, dovrà essere affiancato lo sviluppo e il potenziamento della valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie, attraverso l'applicazione degli strumenti del governo clinico quale ad es. l'Audit clinico, la verifica dell'adesione dei processi assistenziali ad eventuali Linee Guida da attuarsi anche in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del SSR e l'implementazione di un sistema di controllo delle attività territoriali attraverso la realizzazione di modalità operative di verifica e di sanzione comuni a tutte le ASL.
Regione Lazio si pone gli obiettivi di definire un Piano Annuale integrato dei controlli in ambito sanitario; effettuare tempestivamente i controlli di appropriatezza e concludere i procedimenti delle annualità pregresse; definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali oltre che implementare i controlli di appropriatezza sull'attività di specialistica ambulatoriale in coerenza con i criteri e le condizioni di erogabilità contenute nel DPCM dei nuovi LEA.

Linee di intervento

1. Effettuare una ricognizione delle norme e regolamenti regionali vigenti in tema di vigilanza, verifica e controlli in ambito sanitario.
2. Definire un atto di indirizzo che ridisegni ruoli e organizzazione del sistema regionale per concludere i procedimenti di controllo delle annualità pregresse attraverso la proposta di procedure semplificate ed effettuare tempestivamente i controlli esterni di appropriatezza anche tramite la stesura di protocolli operativi con le ASL
3. Definire di concerto con le Aziende Sanitarie le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PAICS
4. Definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali e relativi sistemi premiali/sanzionatori.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Maggiore efficacia delle attività di ispezione, verifica e controllo evitando parcellizzazione e duplicazioni di tali attività entro il 2019
2. Protocollo di intesa operativo con le ASL per il potenziamento e accelerazione delle attività dei controlli esterni tramite l'integrazione del personale regionale con il personale delle ASL, entro il 31 marzo 2020
3. Conclusione delle attività di verifica sulle cartelle cliniche dei dimessi dell'anno 2019 entro il 31 dicembre 2020 e dei controlli sulle cartelle cliniche dei dimessi dell'anno 2020 entro il 30 giugno 2021. Per quanto riguarda le attività di controllo relative all'anno 2021, conclusione delle attività relative al I semestre entro il 31 dicembre 2021 e quelle del II semestre entro il 30 giugno 2022.

4. Definizione di una procedura semplificata per il recupero dei controlli esterni delle attività pregresse (2018 e ante) entro il 31 dicembre 2020
5. A partire dal 1 gennaio 2022, effettuazione delle attività controllo con cadenza trimestrale, con conclusione entro il trimestre successivo a quello di riferimento
6. Adozione e diffusione di Linee Guida sulle modalità operative per la realizzazione dei PAICS 30/06/2020
7. Definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali e relativi sistemi sanzionatori entro il 31/12/2020

13.5 Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie

La Regione Lazio intende utilizzare i criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie erogate, sia da parte delle strutture pubbliche, sia da parte delle strutture private accreditate per orientare la produzione di attività e servizi in quegli ambiti e con le modalità che la programmazione sanitaria ritiene prioritari nel rispetto dei bisogni dei cittadini. Tale intervento sarà rivolto a tutti i livelli assistenziali (prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e territoriale) e verrà realizzato attraverso la revisione dei criteri di definizione dei budget, il miglioramento delle regole di remunerazione e la messa a regime delle politiche tariffarie e delle funzioni non tariffabili.

Tale scelta strategica deriva dalla necessità di adattare i sistemi di finanziamento esistenti (prevalentemente basati su criteri storici) alle nuove sfide della sanità, rendendo il sistema più flessibile e reattivo ai mutamenti del contesto e, allo stesso tempo, rendendo le scelte di allocazione delle risorse più prossime ai fabbisogni del territorio.

In tal senso la Regione Lazio si prefigge di:

- ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili, nei limiti di quanto previsto dalla spending review;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015;
- evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza;
- contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale;
- governare efficacemente l'offerta ospedaliera chirurgica e medica;
- individuare criteri omogenei di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie ed orientare efficacemente l'offerta;
- definire un quadro regolatorio trasparente e tempestivo;
- rafforzare il ruolo della committenza delle ASL;
- finanziare le strutture cd. "extra-ordinem", tenuto conto della produzione erogata negli anni precedenti;
- potenziare l'offerta assistenziale sul territorio;

Linea di intervento 1

Ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili, nei limiti di quanto previsto dalla spending review.

Nel corso dei precedenti esercizi si è verificato più volte che il livello di budget assegnato alle strutture private accreditate, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera e al budget aggiuntivo per l'alta specialità erogata a pazienti fuori regione (ex Legge Finanziaria 2016) non sia stato complessivamente saturato.

È intenzione della Regione Lazio adottare meccanismi di ottimizzazione nell'uso delle risorse finanziarie che, previa analisi del fabbisogno, redistribuiscano le economie in esame verso le strutture che erogano prestazioni qualitativamente adeguate (appropriate e congrue) in eccedenza rispetto ai livelli massimi di finanziamento storicamente assegnati.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori Regione. La redistribuzione delle risorse avrà effetto sui livelli di finanziamento per lo stesso anno di riferimento – entro giugno 2019;
- Estensione del criterio di riallocazione ed efficientamento delle risorse (previa verifica del fabbisogno e dell'analisi di appropriatezza e congruità) per le prestazioni ospedaliere per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza – entro dicembre 2020.

Linea di intervento 2

Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015.

La Regione Lazio intende promuovere e favorire l'appropriatezza clinica ed organizzativa, penalizzando l'inappropriatezza, con particolare riferimento alle prestazioni ospedaliere.

Tale obiettivo sarà perseguito attraverso l'adozione di criteri di riduzione del budget in proporzione al valore delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza oltre soglia e attraverso l'applicazione di abbattimenti tariffari sulle medesime prestazioni.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Adozione di criteri di disincentivazione dell'inappropriatezza delle prestazioni ospedaliere, sia chirurgiche, sia mediche – entro giugno 2020;
- Estensione degli abbattimenti tariffari ad ulteriori prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e ridefinizione dei valori soglia – entro dicembre 2019;
- Individuazione di ulteriori criteri di valorizzazione dei budget delle prestazioni ospedaliere, basato sull'analisi dei volumi di produzione di almeno un triennio per ogni struttura e sulla valutazione degli stessi alla luce di quanto disposto dal DM 70/2015, punto 4.6. – entro dicembre 2019;
- Remunerazione degli interventi chirurgici della frattura del femore e dei parti cesarei primari orientati al miglioramento rispetto ai valori soglia entro giugno 2020.

Linea di intervento 3

Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.

La Regione Lazio intende affrontare il problema del sovraffollamento delle aree di emergenza urgenza, attraverso iniziative volte a integrare efficacemente l'offerta di prestazioni ospedaliere delle strutture private accreditate.

In tal senso, saranno adottati criteri di definizione del budget e di remunerazione tendenti ad incentivare/valorizzare la risposta assistenziale garantita dai reparti di medicina generale.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

a. A partire dal 2020, incremento delle risorse destinate alle strutture private accreditate dotate di posti letto di medicina generale utilizzati ai fini di ridurre i sovraffollamenti di PS, con contestuale riduzione delle risorse destinate alle strutture che non rispettino tali condizioni;
b. Riduzione del budget per le strutture private accreditate con basso tasso di occupazione dei posti letto di medicina generale – entro giugno 2019
c. Monitoraggio dei risultati del DCA 151/2019 ed eventuali azioni correttive volte ad ottimizzare l'utilizzo dei posti letto di medicina generale finalizzata al decongestionamento del pronto soccorso entro il 31/12/2019
d. Redistribuzione delle economie di budget sopra elencate a favore delle strutture che hanno registrato performance adeguate – entro marzo 2020
e. Definizione di criteri di remunerazione incentivanti per le prestazioni ospedaliere erogate a pazienti provenienti da pronto soccorso – entro giugno 2019.

Linea di intervento 4

Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.

La Regione Lazio presenta un saldo di mobilità interregionale negativo che (al netto delle prestazioni rese dall'OPBG e dall'ACISMOM) oltre a rappresentare un disagio dei pazienti laziali costretti a recarsi altrove per ricevere prestazioni sanitarie, incide in maniera significativa sul risultato del Conto Economico Consolidato SSR. La mobilità passiva per prestazioni di assistenza ospedaliera ha riguardato, nel 2018, complessivamente il 9% dei ricoveri dei residenti nel Lazio (per acuti in regime ordinario), interessando una casistica di complessità comparabile con quella media nazionale. Il valore complessivo del debito regionale per prestazioni ospedaliere, nei confronti di altre regioni (al netto di OPBG e ACISMOM), si attesta, nel 2018, a 287.532.339 euro. Viceversa, il credito regionale per l'assistenza ospedaliera di pazienti da altre regioni è pari a 219.882.653 euro. Al fine di intervenire sul saldo negativo della mobilità interregionale, la Regione Lazio intende, da un lato, sottoscrivere accordi di confine con le altre Regioni, volti a delimitare eventuali comportamenti opportunistici registrati su alcune discipline, dall'altro intervenire sulla capacità di assorbimento della domanda attraverso la propria rete di offerta, anche incentivando l'attività ospedaliera di alta complessità rivolta ai pazienti regionali e non.

Il 25.7% dell'importo a debito del 2018 vede, ad esempio, la Regione Toscana come regione creditrice, per un totale di circa 73 mln di euro. Da un'analisi dei determinanti della mobilità passiva per ricoveri, soprattutto con riferimento ai flussi verso la regione Toscana, emerge, in particolare, il ricorso ad alcuni interventi di area ortopedica: tra questi, a titolo esemplificativo, gli interventi di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (DRG544) e quelli di artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC (DRG 498), effettuati presso strutture toscane, corrispondono da soli ad un valore complessivo superiore a 31 milioni, quale effetto di un regolare e significativo incremento nel ricorso documentabile sin dal 2011. In relazione a tale fenomeno, giova richiamare la segnalazione della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia e dall'Associazione Laziale Ortopedici Traumatologi Ospedalieri, che indica frequente casistica di pazienti che, sottoposti ad interventi chirurgici presso strutture private toscane, incorrono in rilevanti complicanze post-chirurgiche, talvolta infettive, prese in carico successivamente dalle strutture pubbliche del Lazio per indisponibilità delle strutture di provenienza, da cui l'evidente necessità di attivare un idoneo monitoraggio della qualità degli interventi in regime di mobilità per le condizioni di cui trattasi e di porre in atto misure volte a prevenire i comportamenti professionali segnalati, oltre che di definire specifici protocolli che garantiscano la continuità assistenziale a beneficio, soprattutto, dei pazienti. La Regione Lazio ha sottoposto (in data 19 aprile e 30 agosto 2019) alla Regione Toscana

una proposta di accordo di confine finalizzato a: programmare ex ante i tetti annuali massimi di finanziamento per classi degli scambi in mobilità in coerenza con le previsioni dell'art. 15, comma 14, del DL 95/2012, definire criteri di remunerazione delle attività erogate in mobilità che promuovano la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e penalizzino/riducano eventuali comportamenti distorsivi o inappropriati (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi), condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata, di valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. La Regione intende dunque proseguire secondo tale percorso, in assenza del quale si prevede di riconoscere alla Regione Toscana, per le prestazioni di ricovero erogate nel corso del 2020 da strutture private accreditate toscane a favore di cittadini laziali, un rimborso finanziario complessivo non superiore al volume finanziario degli scambi registrati nel 2015 per la medesima tipologia di attività.

Sul piano del potenziamento della rete di offerta in grado di assorbire la domanda e di accompagnare la contrazione del saldo, l'analisi dei principali DRG che determinano il maggior ricorso ad interventi ospedalieri fuori regione fa riferimento, in modo particolare, all'area ortopedica: le dimissioni da reparti di ortopedia e traumatologia portano, ad esempio, al 35,9% dell'importo a debito verso altre regioni. Alcune importanti azioni di miglioramento della qualità e di efficientamento dell'offerta, condotte attraverso il sistema degli obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie, il sistema di regole di remunerazione e gli interventi di miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta (documentati nel paragrafo 17.2), hanno già mostrato capacità di produrre significativi effetti sulla qualità e sull'efficienza delle strutture per acuti, sia pubbliche che private accreditate, si veda ad esempio il deciso miglioramento del dato relativo alla quota di pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, operati entro 2 giornate in regime ordinario, che nel 2018 risulta in linea con la soglia di riferimento (64,21% vs ≥ 60%), come documentato dal verbale dell'ultima riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei LEA del 27 novembre 2019. Si tratterà dunque di proseguire lungo tale direttrice, coniugando il monitoraggio costante dei determinanti della mobilità ospedaliera con la programmazione delle regole di sistema, con particolare attenzione al ruolo delle strutture pubbliche.

La Regione prevede, infine, di rafforzare l'offerta di specialistica ambulatoriale su particolari branche che presentano elevati tassi di fuga, con particolare riferimento alla PET.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottate le seguenti attività:

a. Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori regione – entro maggio 2019;
b. Redistribuzione del budget aggiuntivo sulla base dell'effettiva produzione erogata – entro giugno 2020;
c. Finanziamento aggiuntivo delle PET – entro marzo 2020;
d. Eventuale finanziamento aggiuntivo di altre branche della specialistica ambulatoriale – entro dicembre 2020
e. Analisi dell'offerta pubblica con l'obiettivo di potenziare le prestazioni erogate a pazienti laziali da altre Regioni con particolare riferimento all'alta complessità entro il 31/12/2019;
f. Verifica dei DRG che presentano una casistica di mobilità passiva nonostante un'offerta pubblica regionale adeguata entro il 31 marzo 2020;
g. Proposta di accordi di confine entro il 30 giugno 2020;

Linea di intervento 5

Governare efficacemente l'offerta ospedaliera chirurgica e medica.

Gli attuali budget assegnati alle strutture private accreditate che erogano prestazioni ospedaliere per acuti sono calcolati su base prevalentemente storica e riferiti alla configurazione di accreditamento dell'intero plesso, senza distinzione tra area medica/chirurgica o per disciplina.

Al fine di orientare l'offerta assistenziale in maniera sempre più mirata alle esigenze dell'utenza, è intenzione della Regione Lazio riconsiderare i livelli massimi di finanziamento in esame tenendo conto della loro composizione per area chirurgica e area medica. Tale iniziativa potrà essere implementata grazie allo sviluppo del nuovo sistema informativo sanitario regionale.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

- Assegnazione del budget per assistenza ospedaliera per acuti, tenendo conto della loro composizione per area chirurgica e area medica – entro marzo 2021.

Linea di intervento 6

Individuare criteri omogenei di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie ed orientare efficacemente l'offerta.

Gli attuali budget assegnati alle strutture private accreditate che erogano prestazioni ospedaliere post-acuzie sono calcolati su base prevalentemente storica, distinguendo tra ricoveri diurni e ordinari, senza specifica dei gruppi di diagnosi MDC.

È intenzione della Regione Lazio allocare le risorse in esame sulla base di criteri di maggiore equità, individuando un valore medio per posto letto da riconoscere a tutte le strutture che erogano le medesime prestazioni. Inoltre è intenzione della Regione Lazio indirizzare l'offerta riabilitativa sulle prestazioni maggiormente richieste attraverso politiche tariffarie dedicate.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Adozione di un budget con applicazione di un valore medio omogeneo per posto letto - entro marzo 2020;
- Messa a regime di un sistema di stadiazione tariffarie per MDC (cod. 56) – entro dicembre 2020.

Linea di intervento 7

Definire un quadro regolatorio trasparente e tempestivo.

La Regione Lazio ha storicamente definito i criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie in corso d'anno, anche in considerazione dei tempi di consolidamento dei relativi dati di attività.

Il nuovo sistema informativo sanitario regionale metterà a disposizione i dati di produzione sanitaria con maggiore tempestività, consentendo così di programmare l'allocazione delle risorse ad inizio anno e favorendo l'immediata contrattualizzazione con le strutture private accreditate.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

Miglioramento della tempistica nella adozione dei provvedimenti di budget e remunerazione.

Linea di intervento 8

Rafforzare il ruolo della committenza delle ASL.

Il piano di rientro della Regione Lazio ha comportato, tra le tante, la necessità di concentrare in capo all'amministrazione regionale le principali scelte di allocazione delle risorse finanziarie destinate alle strutture private accreditate. Ciò se da una parte ha generato un maggiore controllo della spesa, dall'altro ha può avere allontanato le decisioni strategiche dalle esigenze locali.

Il risanamento economico del sistema sanitario laziale sarà l'occasione per valorizzare la prossimità delle decisioni alle realtà territoriali, attribuendo gradualmente alle ASL la funzione di committenza.

- Soggetti coinvolti:
- Regione Lazio
- ASL
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Attribuzione alle ASL dei livelli massimi di finanziamento della specialistica ambulatoriale, con facoltà delle rispettive direzioni generali di allocare parte delle risorse secondo le esigenze locali – entro maggio 2019;
- Graduale incremento della discrezionalità delle direzioni generali nell'allocazione delle risorse alle strutture insistenti sul proprio territorio nell'ambito dei livelli complessivi assegnati dalla Regione

Linea di intervento 9

Finanziare le strutture cd. "extra-ordinem", tenuto conto della produzione erogata negli anni precedenti.

Nel corso degli ultimi anni la Regione Lazio ha avviato un impegnativo percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento a quanto stabilito dall'art. 8-bis del D.Lgs 502/1992, con particolare riferimento ai cd. "Pii Istituti".

È intenzione della Regione Lazio procedere all'attribuzione dei budget alle strutture in argomento, al termine del procedimento di riconduzione.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- ASL

Risultati attesi e tempistiche:

Attribuzione del budget entro 60 gg. alle strutture che hanno operativamente concluso il procedimento di riconduzione, basandosi sui dati di produzione dell'esercizio precedente, previa valutazione regionale del fabbisogno assistenziale confermato dalla ASL territorialmente competente.

Linea di intervento 10

Potenziare l'offerta assistenziale sul territorio.

I livelli massimi di finanziamento per l'assistenza territoriale sono stati definiti dalla Regione Lazio, negli ultimi anni, tenendo conto del fabbisogno di salute della popolazione residente e dell'offerta assistenziale presente sul territorio, quasi totalmente garantita da strutture private accreditate.

I provvedimenti commissariali adottati negli ultimi esercizi hanno restituito il ruolo di committenza alle Aziende Sanitarie Locali le quali, rispettando le regole di carattere generale e gli indirizzi strategici della Regione Lazio, hanno adottato provvedimenti di definizione dei tetti di spesa per le strutture che insistono sul proprio territorio.

Nell'ultimo triennio, le strutture che hanno sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/1992, hanno erogato con onere a carico del SSR le prestazioni di:

- Assistenza sanitaria rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane;
- Assistenza per cure palliative;
- Assistenza psichiatrica territoriale;
- Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

L'obiettivo della Regione Lazio nel prossimo triennio è quello di potenziare l'offerta assistenziale garantendo in modo sempre più puntuale il soddisfacimento del fabbisogno di salute della popolazione. In particolare, la Regione Lazio intende implementare un modello di monitoraggio e controllo della spesa per le prestazioni effettivamente erogate, introducendo indicatori quantitativi e qualitativi, che costituiscano elementi fondamenti sui quali effettuare la programmazione sanitaria pluriennale.

La Regione Lazio pertanto, rispettando i vincoli di bilancio e coerentemente con le risorse disponibili, intende potenziare l'assistenza territoriale riconducendo nell'alveo delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. tutti i rapporti sulla base dei quali vengono poste a carico del SSR le prestazioni sanitarie o sociosanitarie. Nello specifico, nel prossimo triennio, verranno individuati i seguenti ulteriori livelli massimi di finanziamento:

- Prestazioni di assistenza domiciliare integrata per persone non autosufficienti;
- Prestazioni di assistenza termale;
- Prestazioni di assistenza per persone in stato di dipendenza o addiction.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- ASL.

Risultati attesi e tempistiche:

- Piano per il potenziamento dell'assistenza territoriale entro il 31 luglio 2019

- Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata - entro dicembre 2019;
- Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per l'assistenza termale – entro marzo 2020;
- Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 delle prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o addiction – entro marzo 2020;
- Definizione degli indicatori quantitativi e qualitativi per la valutazione dell'efficacia della programmazione sanitaria e degli esiti delle cure – entro dicembre 2019;
- Valutazione degli esiti delle cure, attraverso l'analisi degli indicatori individuati - entro dicembre 2020;

Linea di intervento 11

Adozione di nuove tariffe.

La Regione Lazio, negli ultimi anni, ha adottato numerose tariffe unitarie per la remunerazione delle prestazioni di assistenza territoriale.

I provvedimenti adottati seguivano pedissequamente i dettati normativi in merito alla rilevazione dei costi standard e alla copertura dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni. In particolare, venivano valorizzati i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per erogare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie. A seguito di una approfondita istruttoria, condivisa anche con le associazioni datoriali maggiormente rappresentative, sono stati ratificati documenti tecnici con i quali veniva individuata la tariffa unitaria.

La definizione delle tariffe è un percorso laborioso che necessita di un costante lavoro di aggiornamento e monitoraggio. I costi standard, ad esempio, vengono aggiornati anche su scala nazionale. La Regione Lazio, nel prossimo triennio, ha come obiettivo la definizione delle tariffe unitarie che, ad oggi, non sono state ancora individuate o che sono riconducibili a provvedimenti e rilevazioni effettuate più di 10 anni fa.

Nel prossimo triennio, la Regione Lazio effettuerà le seguenti azioni:

- provvederà a rilevare costantemente i costi standard individuati su scala regionale e/o nazionale (ove presenti);
- valorizzerà i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa regionale per l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali non è stata ancora individuata una tariffa specifica;
- valorizzerà i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa regionale per l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali è stata individuata una tariffa specifica attraverso una rilevazione dei costi effettuata più di 10 anni fa;
- valuterà nuove metodologie di calcolo per la definizione delle tariffe.

La Regione Lazio, al fine di rispondere alle esigenze del territorio e di non far gravare sulle famiglie i costi dell'assistenza sociosanitaria, individuerà/aggiornerà nel prossimo triennio le tariffe ed i criteri di remunerazione per le seguenti tipologie assistenziali:

- Assistenza per persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA);
- Riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- Assistenza domiciliare per le cure palliative;
- Assistenza residenziale e domiciliare per cure palliative pediatriche;
- Assistenza per le prestazioni residenziali a persone con misure restrittive della libertà (REMS);
- Assistenza per le prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o addiction;
- Assistenza per prestazioni psichiatriche in gruppi appartamento;
- Assistenza per prestazioni psichiatriche semiresidenziali per adolescenti;
- Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- ASL
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

Definizione dei criteri di remunerazione e delle tariffe unitarie per le prestazioni di:

- assistenza per persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA) – entro marzo 2020;
- riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale – entro dicembre 2019;
- assistenza per le prestazioni residenziali a persone con misure restrittive della libertà (REMS) – entro dicembre 2020;
- assistenza per le prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o addiction – entro dicembre 2019;
- assistenza domiciliare per le cure palliative – entro giugno 2020;
- assistenza residenziale e domiciliare per cure palliative pediatriche – entro giugno 2020;
- assistenza per prestazioni psichiatriche in gruppi appartamento – entro giugno 2020;
- assistenza per prestazioni psichiatriche semiresidenziali per adolescenti – entro dicembre 2020;
- Definizione dei criteri di remunerazione e delle tariffe unitarie per altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie – entro dicembre 2021.

Linea di intervento 12

Ottimizzazione delle funzioni assistenziali non tariffabili.

Nel corso degli anni la Regione Lazio ha proceduto al finanziamento delle funzioni assistenziali previste dall'art. 8-sexies del D.Lgs 502/1992, utilizzando criteri storici, basati su dati consuntivi di esercizi precedenti. Il mutato contesto di riferimento impone una rettifica generale dei criteri finora adottati, secondo le seguenti direttive:

- Remunerare l'integrazione e la presa in carico del paziente;
- valorizzare la personalizzazione delle prestazioni;
- incentivare la prevenzione e la promozione della salute;
- remunerare tempestivamente sulla base dei risultati prodotti/erogati;
- remunerare le attività/prestazioni erogate non leggibili attraverso il sistema tariffario.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche

- Adozione di un provvedimento di rettifica/integrazione dei criteri di finanziamento delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies – entro settembre 2019.

Linea di intervento 13

Rafforzamento della Rete dell'Emergenza/Urgenza e dell'offerta di specialistica ambulatoriale.

Nel corso degli ultimi esercizi si è assistito ad un costante incremento di alcune prestazioni ambulatoriali cd "salvavita" (dialisi e radioterapia). Tale incremento ha eroso le disponibilità finanziarie regionali da destinare alle strutture private accreditate, così come definite dalla spending review. Ne è conseguito un taglio lineare su altre linee di attività che hanno ridotto l'offerta complessiva di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In questo contesto, la Regione Lazio chiede ai Ministeri affiancanti che l'incremento registrato (circa 50 milioni di euro) tra il 2011 e il 2018 del valore finanziario delle prestazioni di Radioterapia e di Dialisi erogate e riconosciute al privato accreditato non sia considerato ai fini dell'applicazione del tetto finanziario previsto dal DL 95/2012 (spending review), così come già avvenuto per altre Regioni (vedi Regione Lombardia).

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche

Adozione di provvedimenti di budget che incrementano l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale entro marzo 2020

Adozione di un provvedimento di rafforzamento di servizi della rete di emergenza/urgenza finanziati dalla sterilizzazione degli incrementi relativi alle prestazioni di radioterapia e dialisi nel periodo 2011-2018 - Entro marzo 2020.

14. Contenzioso

In continuità con il DCA 242/2017 - che si è prefigurato di fornire delle "Linee di indirizzo per il coordinamento della gestione del contenzioso", rivolte sia alle strutture regionali interessate, sia agli uffici legali delle Aziende Sanitarie, al fine di definire regole e modalità per rendere più efficace il flusso delle informazioni e dei documenti necessari alla predisposizione delle relazioni da inoltrare ai predetti uffici legali, all'Avvocatura Regionale e all'Avvocatura Generale dello Stato per la predisposizione della miglior difesa possibile in giudizio - di fatto si continua ad avvertire costante la necessità che la strategia processuale sia governata per il tramite di una Regia regionale.

Soprattutto allorquando il contenzioso attiene ai rapporti con gli erogatori privati accreditati. Questo non solo per evitare la parcellizzazione di contenzioso, ma anche per prevenire fenomeni di pronunce isolate che – sebbene nel nostro ordinamento non possono rappresentare precedente vincolante – di fatto sono in grado di orientare l'attività amministrativa.

Il contenzioso, infatti, rappresenta l'aspetto patologico dell'operato amministrativo; la sua gestione se orientata verso la funzione pro-attiva, è in grado anche di indirizzare l'azione amministrativa verso il miglior risultato, in ottica preventiva dello stesso.

Resta indubbiamente da considerare l'aspetto quasi fisiologico, tipico della sanità laziale, che registra un contenzioso promosso di default: dalla relazione dell'Avvocatura regionale emerge che il contenzioso della sanità è in assoluto, rispetto alle altre materie governate, più considerevole anche solo in termini quantitativi: oltre 300 cause promosse nel corso del 2018, prevalentemente dagli erogatori privati accreditati.

Questo aspetto dovrà essere preso in considerazione dall'amministrazione anche al fine di valutare la "convenienza" di contrattualizzate operatori particolarmente "litigiosi", anche tenuto conto del costo mezzi/risorse impiegate, con salvezza di valutare quelli di massa, specchio di diversi interessi o di sollecito di una revisione in autotutela di aspetti spesso non pienamente valutati in sede preventiva di istruzione del procedimento.

Rimane particolarmente rilevante il tema delle cessioni di crediti non riconosciuti dall'amministrazione in quanto extra-budget o correlati a prestazioni incongrue, inappropriate o comunque non riconoscibili, come tutta la gestione del contenzioso promosso dal 2009 a seguire, per il quale si registrano numerose opposizioni alla perenzione ed il tema dei pignoramenti e degli interventi in procedure esecutive a dispetto della definitività del titolo giuridico perché relazionato a procedimento giudiziari in corso.

a) Coordinamento del contenzioso al fine di garantire un adeguato controllo:

- del rispetto dei termini processuali;
- della completezza della documentazione prodotta in giudizio;
- dell'integrazione del fascicolo informatizzato con gli atti amministrativi intervenuti nel corso del giudizio;
- della stima da parte delle Aziende dell'impatto economico di eventuali sentenze di condanna e del relativo accantonamento in bilancio in fondo rischi (collegamento col bilancio e fondo di dotazione)
- dell'evoluzione giurisprudenziale in relazione alle tematiche emerse nei giudizi;

b) Raccordo con pignoramenti e coordinamento tra Avvocatura, Direzione Salute e Direzione Bilancio;

c) Raccordo con la gestione del rischio clinico e tra questo ed il programma assicurativo delle Aziende del SSR.

d) Realizzazione di un programma informatico che consenta la mappatura del contenzioso esistente e futuro e l'interfaccia tra Direzione Salute/Avvocatura regionale/Avvocatura Aziende e Enti del SSR;

- Idoneità dello stesso di raccordarsi ai singoli provvedimenti adottati dall'amministrazione, ovvero alle singole fatture emesse dall'operatore del SSR o dal fornitore;
- Idoneità del programma di seguire la filiera: fattura, soggetto erogatore, ricorso, evoluzione processuale e stati del giudizio, sentenza, ottemperanza/eventuale pignoramento con individuazione della struttura

regionale/aziendale competente per monitorare i relativi adempimenti a cura dell'amministrazione attiva;

- Capacità del programma di fissare parametri certi di valutazione dei giudizi ritenuti "più rilevanti" in termini economici e di complessità e di elaborare statistiche proiezioni sulla base dei dati a disposizione;
- Previsione all'interno di tutte le Aziende di una struttura referente di supporto tecnico-amministrativo agli affari legali/contenzioso idonea a fungere da interfaccia nello scambio di documenti ed informazioni rispetto ai giudizi in cui entrambe le amministrazioni risultino coinvolte, anche al fine di garantire l'ottemperanza alle eventuali sentenze di condanna.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Avvocatura regionale
- Aziende sanitarie
- Avvocature aziendali
- Laziocrea

Risultati attesi e tempistiche

- Mappatura e Monitoraggio del contenzioso promosso verso le Aziende e verso la Regione: costante a partire dal primo settembre 2019 (a)
- Implementazione di un database contenente i contenziosi rilevati in essere: costante a partire dal mese settembre 2019; (a)
- Supporto specialistico alla gestione dei rapporti economico-giuridici con il privato accreditato e realizzazione coordinamento del contenzioso: bimestrale da settembre 2019. (a)
- Realizzazione coordinamento tra Direzione Salute, Bilancio e Avvocatura entro il 31 dicembre 2019; (b)
- Raccordo con la gestione del rischio clinico e programma assicurativo delle Aziende: entro il 2021; (C)
- Sviluppo sistema contenzioso: inclusione e sviluppo delle funzionalità sopra individuate dalle linee di intervento: entro il 2021 (d)
- Supporto specialistico per la definizione di un sistema informatico per la gestione del contenzioso: entro il 2021 (d)

15. Risorse economico – finanziarie

15.1 Certificabilità dei Bilanci e sviluppo della funzione di controllo interno

La Regione Lazio ritiene di dover continuare con l'impostazione fornita dal DCA 311/2016 muovendosi lungo i due pilastri del percorso attuativo della certificabilità regionale. In particolare:

1. lo sviluppo di un sistema di controllo interno;

2. il miglioramento dell'affidabilità e tracciabilità dei dati di bilancio al fine di garantire il rispetto dell'obiettivo previsto dall'art. 2 del D.I. 17 settembre 2012 ovvero raggiungere la condizione "in ogni momento di sottoporsi con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili".

La complessità organizzativa assunta dalle Aziende Sanitarie richiede la presenza di presidi di controllo sempre più efficaci e pertanto lo sviluppo di un sistema di controllo interno affidabile rappresenta un'esigenza, non solo nell'ambito dei percorsi che devono condurre le Aziende alla certificabilità dei propri bilanci, ma soprattutto come strumento di supporto alla gestione aziendale.

Pertanto nell'arco del triennio di riferimento si procederà con la diffusione della "cultura del controllo" attraverso l'implementazione e la strutturazione di specifiche funzioni aziendali dedite all'attività di internal audit. Nello

svolgimento delle loro attività, le funzioni di internal audit aziendali dovranno essere coordinate dalla funzione di internal audit regionale, costituita con il DCA 69/2018, ed allo stesso tempo relazionarsi con le altre funzioni aziendali che hanno come focus della loro attività la gestione del rischio quali prevalentemente il risk-management e la funzione anticorruzione.

Per quanto concerne l'attività di miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili, si dovrà procedere lungo un percorso delineato dal DCA 402/2018 ed in particolare, seguendo una logica per gruppi omogenei di Aziende, si porteranno a compimento le attività previste dal predetto decreto e contemporaneamente si procederà all'introduzione graduale di attività di revisione contabile.

Linea di intervento 1

Rafforzamento dei sistemi di controllo interno.

Implementazione delle funzioni di controllo interno aziendali coordinate dalla funzione regionale e strutturate per garantire (i) la diffusione di una cultura del controllo e (ii) l'operatività di punti di controllo a presidio di specifici rischi in ambito amministrativo-contabile. Per il proprio funzionamento le funzioni di controllo interno aziendali dovranno fare riferimento a quanto indicato dal DCA 69/2018 nonché a disposizioni regionali di indirizzo successivamente emanate.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- Collegi Sindacali.

Risultati attesi e tempistiche:

Per quanto riguarda la funzione di controllo interno regionale - a cui è demandato il compito di coordinare la pianificazione delle attività di internal audit dell'intero SSR – questa dovrà procedere a definire entro la fine di ciascun anno la pianificazione delle attività di audit per l'esercizio successivo aggiornando la pianificazione di massima contenuta nel piano triennale di audit del DCA 69/2018. A partire dal 31/12/2020

Per le funzioni di controllo interno aziendali:

- Entro dicembre 2020 la metà degli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedita al controllo interno (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concertandolo con la pianificazione regionale;

- Entro dicembre 2021 tutti gli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedita al controllo interno (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concertandolo con la pianificazione regionale.

Linea di intervento 2

Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili.

Le Aziende Sanitarie dovranno portare a compimento le azioni previste dal DCA 402/2018 e dal DCA 521/2018 aggiornate con il DCA 297/2019.

Con il combinato disposto di tali provvedimenti Regione ha previsto quanto segue:

- continuare l'attività sulle partite debitorie e creditorie secondo la metodologia indicata con DCA n. 521/2018, ricomprendendo anche tutti i conti di credito e di debito anche non dettagliati nel partitario aziendale;
- effettuare la revisione dei fondi rischi aziendali;

- allineare il libro cespiti con il bilancio di verifica supportato dalla verifica fisica degli stessi, nonché valutare la congruità/correttezza dei contributi iscritti a patrimonio netto;
- portare a compimento le azioni sulle altre aree previste dal DCA n. 402/2018, secondo le tempistiche definite;
- addivenire alla corretta determinazione del fondo di dotazione.

Per garantire il corretto svolgimento delle attività sopra richiamate, è stata prevista la nomina di un soggetto attuatore/commissario ad acta che coordini e vigili sulla esecuzione delle attività presso le Aziende Sanitarie.

Nelle more del completamento delle attività programmate ai sensi del DCA 297/2019, la Regione Lazio si impegna a provvedere all'attuazione di un piano regionale di ricapitalizzazione dei fondi di dotazione negativi delle aziende sanitarie, stimati in complessivi 1.039 €/mln, con la previsione di uno stanziamento pari a 45 €/mln per l'anno 2020 e a 91 €/mln a decorrere dall'anno 2021 e fino alla concorrenza dell'importo accertato come risultante dalle attività di cui al richiamato DCA 297/2019.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- Collegi Sindacali.

Risultati attesi e tempistiche:

2019:

Esecuzione di monitoraggi trimestrali alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle seguenti attività da parte delle Aziende:

(a) continuare l'attività sulle partite debitorie e creditorie secondo la metodologia indicata dal DCA 521/2018, ricomprendendo tutti i conti di credito e debito anche non dettagliati nel partitario aziendale;

(b) effettuare una revisione dei fondi rischi aziendali, con l'adozione di una reportistica uniforme per l'analisi della loro composizione;

(c) allineare il libro cespiti con il bilancio di verifica supportato dalla verifica fisica degli stessi, nonché valutare la congruità/correttezza dei contributi iscritti a Patrimonio netto.

Ciascun monitoraggio dovrà mostrare gli effettivi avanzamenti in merito all'attività svolta sulla base di appositi indicatori);

(d) Approvazione della norma sulla ricapitalizzazione del fondo di dotazione entro il 31/12/2019.

2020:

(i) Completamento delle attività di valutazione straordinaria delle partite contabili (debiti/crediti/fondi comprensivi delle note di credito ricevute e da ricevere) finalizzata alla sistemazione contabile del fondo di dotazione, entro le tempistiche stabilite dal DCA 297/2019;

(ii) esecuzione di monitoraggi trimestrali alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle attività precedentemente definite. (Ciascun monitoraggio dovrà mostrare degli effettivi avanzamenti in merito all'attività svolta sulla base di appositi indicatori).

2021:

(iii) Completamento delle azioni di cui al DCA 297/2019 sui cespiti nell'ambito dell'area D) immobilizzazioni e patrimonio netto entro il 30/06/2021

15.2 Piani di efficientamento AO/PUI e Presidi Ospedalieri delle ASL

Con il DCA n. 273 dell'8 settembre 2016 la Regione ha individuato, le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli IRCCS del SSR da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015. con Gli enti individuati dal citato DCA sono stati: AO San Camillo, AO San Giovanni, Policlinico Umberto I, Istituto Fisioterapici Ospitalieri, INMI Spallanzani, AO Sant'Andrea e Policlinico Tor Vergata. Applicando la metodologia indicata nell'allegato a) del DM 21.06.2016 ai

dati del Consuntivo 2018, come riportato nella seguente tabella, si evince che due enti, il Policlinico Tor Vergata, l'IFO e l'AO Sant'Andrea, non dovranno predisporre nuovi piani di efficientamento.

Consuntivo 2018	AO San Camillo	AO San giovanni	Policlinico Umberto I	IRCCS IFO	IRCCS INMI Spallanzani	AO Sant'Andrea	Policlinico Tor Vergata
Valori in €/000	**120901**	**120902**	**120906**	**120908**	**120918**	**120919**	**120920**
Costi	428.513	262.493	544.639	206.716	151.020	240.608	279.976
Ricavi da prestazioni	213.760	142.175	324.702	123.017	101.537	152.451	203.168
Normalizzazione %	-4%	-5%	-4%	-4%	-10%	-3%	0%
Normalizzazione valore	(6.112)	(4.788)	(6.857)	(1.694)	(1.506)	(2.476)	-
Altri ricavi	47.136	27.770	48.923	56.389	27.204	30.188	22.557
Totale ricavi	361.240	237.717	522.579	234.547	174.408	251.512	312.797
Scostamento assoluto	67.273	24.777	22.061	(27.831)	(23.388)	(10.904)	(32.822)
Scostamento %	-21%	-12%	-5%	16%	16%	5%	11%
Piano di rientro previsto da DM 21.06.2016	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**	**NO**	**NO**

Le altre 3 Aziende, AO San Camillo, AO San Giovanni e Policlinico Umberto I, dovranno predisporre la prosecuzione del piano di rientro contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Gli strumenti già utilizzati per le Aziende Ospedaliere saranno utilizzati anche per la definizione dei contenuti e monitoraggio dei Piani di Rientro dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL.

La Regione svolgerà un ruolo di controllo e coordinamento sia in fase di predisposizione sia in fase di attuazione dei piani di rientro aziendali.

In merito al rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, in applicazione all'allegato b) del DM 21/06/2016 si rinvia a pag.103.

Linee di intervento

1. Prosecuzione dei piani di efficientamento già predisposti per il triennio 2017-2019, anche per l'anno 2019. e Redazione di nuovi piani di efficientamento per il triennio 2020-2022.
2. Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni gestionali, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidi ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende, approvati dalla Regione e, quindi, implementati a livello aziendale.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ASL, AO, AOU, IRCCS

Risultati attesi e tempistiche

1. Redazione di nuovi piani di efficientamento per il triennio 2020-2022 sulla base delle risultanze contabili al IV trimestre 2019 entro il 30 giugno 2020;
2. Avvio del percorso di affiancamento alle Aziende Sanitarie propedeutico alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali dei presidi ospedalieri. Sarà predisposto un provvedimento regionale entro marzo 2020.
3. Redazione di Piani di Rientro da parte delle Aziende Sanitarie per i presidi a gestione diretta entro giugno 2020.
4. Trasmissione alla Regione per eventuali osservazioni ed approvazione dei medesimi con provvedimento regionale entro settembre 2020.
5. Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale per la verifica dell'attuazione delle misure previste dai piani di rientro aziendali. Saranno sviluppati e monitorati indicatori per la misurazione dell'equilibrio economico. Il Sistema sarà adottato con atto amministrativo entro settembre 2020.

15.3 I tempi di pagamento

Al fine di garantire il pieno rispetto dei tempi di pagamento della pubblica amministrazione italiana, sono state avviate a livello nazionale diverse misure tese al raggiungimento di tale obiettivo. In particolare:

1. L'introduzione del *SIOPE+* (L. 232/2016, art. 1, comma 533, Decreto MEF del 14 giugno 2017, Decreto MEF del 25 settembre 2017) risponde alla necessità di potenziare il monitoraggio dei pagamenti della PA, per conoscere i tempi di pagamento delle fatture - a seguito della proceduta di infrazione avviata dalla Commissione Europea contro l'Italia. Nello specifico il *SIOPE+* ha previsto:
    a. Nuove regole tecniche per la definizione del protocollo di colloquio e del tracciato standard dei documenti informatici, denominati *Ordinativi di Pagamento e Incasso (OPI)*.
    b. L'utilizzo di una nuova piattaforma informatica (*SIOPE+*) gestita dalla Banca d'Italia finalizzata all'intermediazione di tutti i flussi informativi relativi agli ordinativi di pagamento ed incasso effettuati dalla Pubbliche Amministrazioni.
2. Il Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 7 dicembre 2018 ha definito le "Modalità e i tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio Sanitario Nazionale". Nello specifico, il Decreto ha istituito il sistema di gestione degli ordini denominato Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO) per la trasmissione in via telematica, a partire dal 1 ottobre 2019, dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto dei predetti enti.
3. La L. 145 del 30 dicembre 2018 (Legge di bilancio 2019), commi 849-872 nella quale sono previste disposizioni volte a garantire il rispetto dei tempi di pagamento di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231. In particolare, è previsto, tra le tante, un meccanismo di sanzione/responsabilizzazione delle Amministrazioni regionali attraverso la revisione delle modalità di assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

In questo quadro normativo, la Regione Lazio intende proseguire il percorso già intrapreso, consolidando i risultati raggiunti e rafforzando le misure fin qui adottate, incentivando le iniziative finalizzate ad azzerare i ritardi nei pagamenti per tutte le Aziende Sanitarie del Lazio.

Per l'anno 2018, l'indicatore medio annuo di tempestività dei pagamenti, calcolato ai sensi del DPCM 22 settembre 2014 e s.m.i.., ha evidenziato un valore pari a 17,46 giorni, espresso in giorni di latenza di pagamento su base annuale; valore che, seppure in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti (107,37 nel 2014), non è ancora in linea con quanto previsto dalla normativa vigente. A fronte di una serie di miglioramenti finora conseguiti (efficientamento nella fase di pagamento, omogeneità di trattamento di tutte le categorie di fornitori), permangono ancora delle criticità nel processo di liquidazione delle fatture da parte delle Aziende Sanitarie.

Si riportano di seguito le linee di intervento che la Regione Lazio intende mettere in atto per il completo allineamento alla normativa vigente in materia di pagamenti:

Linea di intervento 1

Rafforzamento delle misure di valutazione delle performance dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

L'allineamento alla normativa vigente in materia di tempi di pagamento e la conseguente riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture è considerato un obiettivo strategico per l'Amministrazione Regionale. In considerazione anche di quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019 che rafforza il meccanismo di premialità nei contratti di lavoro, si prevede di intensificare le misure già in essere, inserendo tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitare la riduzione dello stock di debito pregresso ancora aperto, con l'evidenza delle cause ostative alla liquidazione, così come previsto dal DCAU00097 del 22 marzo 2017 avente ad oggetto *"Approvazione dell'Anagrafica Unica dei codici, delle causali di blocco e delle relative Linee Guida da utilizzare da parte delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell'Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata."*

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

a. Azzeramento dello stock di debito corrente scaduto ancora aperto – entro marzo 2020;
b. Azzeramento dello stock di debito pregresso scaduto (non oggetto di contenzioso in atto) – entro marzo 2020

Linea di intervento 2

Incremento della frequenza dei pagamenti centralizzati

Modifica alla "*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie*" di cui al DCA U00308 del 03/07/2015 e DCAU00032 del 30/01/2017 nella parte relativa alla *Data di Pagamento* quale *"ultimo giorno del mese in cui cade il 60° giorno dalla Data Consegna della relativa Fattura*", entro cui si procederà al pagamento dei Crediti Certificati. Nello specifico, si prevede di modificare la Disciplina Uniforme introducendo due scadenze mensili per il pagamento, in sostituzione dell'unica *Data di Pagamento* attualmente prevista a fine mese.

Tale variazione avrà necessariamente degli impatti positivi sulla procedura di pagamento e richiederà la ridefinizione della stessa, rispetto a quanto indicato nel DCA U00307 del 29/08/2018.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LAZIOcrea

Risultati attesi e tempistiche

- Introduzione di due scadenze di pagamento al mese – entro giugno 2020.

Linea di intervento 3

Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO

Il Decreto del Ministero dell'Economie e delle Finanze 7 dicembre 2018 prevede l'obbligatorietà, a partire dal 1 ottobre 2019, per i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, dell'emissione e trasmissione degli ordini per l'acquisto di beni e servizi esclusivamente in formato elettronico tramite il *Nodo Smistamento Ordini (NSO)*. La Regione Lazio, ha già avviato tutte le iniziative volte a garantire il rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente e, in linea con quanto già attuato per il ciclo di fatturazione attiva/passiva e a fronte dell'esperienza già maturata sulla tematica in oggetto, intende assumere, a partire dal 1° ottobre 2019, attraverso il *Sistema Pagamenti*, il ruolo di intermediario tra le Aziende Sanitarie e i relativi fornitori di beni e servizi. In particolare, attraverso il *Sistema Pagamenti* la Regione Lazio intermedierà gli ordini emessi nei confronti dei fornitori gestendo le relative notifiche rilasciate dal Sistema NSO e le eventuali risposte inviate dal fornitore/destinatario.

Obiettivo della Regione Lazio è intensificare le misure previste dal Decreto Ministeriale in esame, al fine di pervenire ad una completa dematerializzazione del ciclo passivo, che, grazie al collegamento immediato tra ordini e fatture, consentirà di ottenere una riduzione dei tempi di liquidazione tecnica delle fatture e del relativo pagamento. Tali misure sono di seguito indicate:

In riferimento all'acquisto di prestazione sanitarie:

Si prevede di ottenere un'ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento delle prestazioni socio-sanitarie acquistate da privato accreditato, grazie ad un'integrazione delle procedure informatiche esistenti (SIO, RAD-R, SIAS) con il *Sistema Pagamenti* e una digitalizzazione delle procedure di rendicontazione delle prestazioni di assistenza territoriale al momento non gestite attraverso flussi informativi. Finalità è quella di implementare i sistemi e i flussi affinché in fase di validazione dei dati di produzione da parte dell'Azienda Sanitaria si generi direttamente l'ordine elettronico per l'acquisto di tali prestazioni socio-sanitarie, agevolando in tal modo la riconciliazione con la relativa fattura al momento della certificazione del credito.

Entro la fine 2020 si prevede di completare la digitalizzazione dell'intero processo di acquisto delle prestazioni sanitarie includendo il collegamento tra Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D.Lgs 502/1992 e ss.mm.ii., flusso dati, ordine e fattura, al fine di garantire non solo una contrazione dei tempi di liquidazione e pagamento, ma anche una corretta procedura di acquisizione delle prestazioni sanitarie da privato, in conformità al titolo di autorizzazione e accreditamento delle stesse e nel rispetto dei limiti massimi di finanziamento fissati per gli stessi.

In riferimento all'acquisto di beni:
Si prevede entro la fine del 2021 di completare la digitalizzazione del ciclo passivo attraverso l'introduzione del DDT elettronico, ottenendo ulteriori vantaggi in termini di contrazione dei tempi di liquidazione grazie alla riconciliazione automatica ordine - DDT- fattura.

Soggetti coinvolti:
- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:
- Monitoraggio trimestrale della % di copertura dell'acquistato tramite NSO – entro dicembre 2019;
- Introduzione della creazione diretta dell'ordine elettronico in fase di validazione del flusso dati per prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica (SIO e SIAS) – entro giugno 2020;
- Introduzione della creazione diretta dell'ordine elettronico in fase di validazione del flusso dati per prestazioni di assistenza ospedaliera post-acuzie (RAD-R) – entro dicembre 2020;
- Collegamento tra Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii., flusso dati, ordine e fattura – entro dicembre 2020
- Digitalizzazione del flusso di rendicontazione delle prestazioni di assistenza territoriale - entro dicembre 2021;
- Introduzione del DDT Elettronico – entro dicembre 2021.

15.4 Gestione informatizzata controlli esterni sull'attività sanitaria

La Regione Lazio ha recepito le disposizioni di cui all'art. 8-octies, comma 3, del D.Lgs 502/1992, emanando diversi provvedimenti in materia di controlli sull'attività sanitaria erogata con onere a carico del SSR, sia dalle strutture pubbliche che da quelle private.

In particolare, con i Decreti del Commissario ad Acta n. 218 dell'8 giungo 2017 e n. 509 del 20 dicembre 2018, sono state introdotte delle misure volte a semplificare e concretizzare l'iter amministrativo del procedimento in argomento e limitare eventuali comportamenti opportunistici degli erogatori sanitari, anche sotto il profilo della congruità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle prestazioni. Anche i suddetti provvedimenti, tra l'altro, hanno previsto, in caso di controlli negativi, l'adozione delle misure e sanzioni amministrative nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche e private.

In riferimento a quest'ultimo punto, si ritiene necessaria la progettazione ed implementazione di una piattaforma che consenta, da un lato, una condivisione in tempo reale, tra i soggetti coinvolti nel processo, delle informazioni relative alla valorizzazione economica dei recuperi e delle sanzioni derivanti dai controlli esterni e, dall'altro, si ponga come strumento informativo di supporto per il perfezionamento delle attività afferenti a tale processo.

Tale piattaforma consentirà un agevole monitoraggio dei recuperi derivanti dai controlli esterni, migliorando così sia i risultati finanziari (attraverso la compensazione con la fatturazione corrente) che economici (attraverso la riduzione del contenzioso con le strutture e di il contenimento dei rischi).

Linea di intervento 1

1. Progettazione e implementazione di una piattaforma per la gestione delle informazioni relative ai controlli esterni sull'attività sanitaria con onore a carico del SSR.

2. Si ritiene necessaria la progettazione ed implementazione di una piattaforma informatica che tracci per tipologia, anno di competenza della prestazione soggetta a controllo esterno e per ciascuna struttura sanitaria privata, la valorizzazione economica dei controlli esterni effettuati sull'attività sanitaria erogata con onere a carico del SSR.
3. La Piattaforma informatica consentirà la condivisione, gestione e monitoraggio dei dati relativi alla valorizzazione economica ed il conseguente recupero finanziario, attraverso:

- la registrazione della valorizzazione dei controlli esterni per tipologia prestazione, annualità e struttura sanitaria, differenziandone la quota riferita ai controlli esterni concordati, non concordati e le sanzioni amministrative;

- l'associazione dei recuperi con le fatture correnti oggetto di compensazione;

- la pubblicazione della valorizzazione dei controlli esterni agli utenti coinvolti nel processo per la parte di propria competenza (Regione Lazio, Aziende Sanitarie, strutture private accreditate e strutture pubbliche);

- la visualizzazione dello stato in cui si trova il procedimento amministrativo rispetto al processo previsto dalla normativa vigente (tracking del procedimento);

- la gestione dinamica dei dati da parte di ciascun attore coinvolto nel processo (contenziosi avviati dalle strutture private e del relativo stato, recuperi finanziari, impatto economico, ecc.);

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

- Messa a regime della piattaforma informatica entro dicembre 2020.

15.5 Recupero somme da esenzione da reddito per gli anni 2011 e successivi

La Regione, anche in condivisione con il Tavolo di Monitoraggio, ha il compito di procedere al recupero delle somme di compartecipazione alla spesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica (ticket), correlate ad esenzioni per reddito e non corrisposte dagli assistiti del Lazio per le annualità successive al 2010.

Il percorso proposto prevede l'adozione di un sistema informativo centralizzato a supporto delle ASL (Retic2), che consente una gestione strutturata delle banche dati rilevanti per il recupero; in particolare i dati desunti dalla Tessera Sanitaria avranno la possibilità di essere incrociati con i dati delle esenzioni per patologia al fine di minimizzare gli errori in fase di determinazione degli importi da recuperare. Al fine di conciliare i vincoli della privacy con la necessità di approfondimento informativo richiesto dall'assistito è prevista la realizzazione di un portale ad accesso qualificato in cui ogni utente può verificare il dettaglio delle prestazioni contestate.

Il Piano di recupero prevede due fasi:

1) l'invio di un avviso bonario che consenta agli assistiti di regolarizzare spontaneamente la propria posizione;
2) l'attivazione, in caso di mancata regolarizzazione, delle procedure per il recupero coattivo delle somme dovute da parte della ASL territorialmente competente.

Al fine di supportare le Aziende ed i cittadini nei procedimenti amministrativi connessi, si ritiene utile replicare l'esperienza di intermediazione, già posta in essere nell'attività di recupero effettuata per gli anni 2009-2010, da parte dei centri di assistenza fiscale (CAAF).

I CAAF, oltre ad avere una copertura capillare del territorio, permettono di offrire un supporto al cittadino nella verifica del merito della contestazione e nell'eventuale procedura di controdeduzione, riducendo in tal modo le attese agli sportelli delle ASL ed i relativi disservizi.

Linee di intervento

1. Definizione dell'operatività del modello di recupero e della relativa piattaforma Retic2;
2. Implementazione del modello
3. Avvio delle attività di recupero

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

1. Approvazione del progetto Retic2 entro il 31 marzo 2019
2. Avvio delle attività di postalizzazione dei recuperi bonari entro il 31 dicembre 2019

16. Risorse umane e professionali

16.1 Governance del Personale

Il programma operativo 2019-2021 intende rappresentare ed evidenziare la volontà della Regione di confermare i risultati e gli obiettivi raggiunti nel corso degli anni pregressi sulla scorta delle azioni indicate nei programmi operativi precedenti dal punto di vista della razionalizzazione della spesa, della riorganizzazione, della centralizzazione degli acquisti, della ridefinizione della rete e della creazione delle reti tempo dipendenti ma, al contempo, atteso il superamento della fase emergenziale e in considerazione dei cambiamenti che attendono il SSN nei prossimi anni, intende porre le basi per lo sviluppo di un nuovo sistema sanitario regionale, sempre più improntato alla gestione ordinaria e non più solo a quella emergenziale.

In particolare, per quello che riguarda il personale, si intende passare da una logica basata sulla mera amministrazione del personale a un sistema che metta in primo piano lo sviluppo del potenziale del personale attraverso una attenta valutazione dell'effettivo fabbisogno, una approfondita analisi del livello di competenze, conoscenze e attitudini possedute e di quelle considerate necessarie, misure tutte finalizzate ad evitare un ulteriore impoverimento delle risorse umane del SSR e a supportare le conseguenti manovre collegate alla innegabile necessità di assicurare adeguatezza e completezza del turn over registrato sempre in crescita.

Nel triennio 2019-2021 le politiche in tema di personale saranno coerenti con gli indirizzi della programmazione sanitaria recuperando il ruolo centrale e fondamentale svolto dalle risorse umane nella gestione del SSR. Pur continuando a perseguire l'efficienza organizzativa e la sostenibilità del conto economico, attraverso la puntuale individuazione dei fabbisogni collegati alle dinamiche dei tre livelli di assistenza (prevenzione, ospedaliera, distrettuale) e a quelle gestionali ed amministrative, obiettivo necessario e irrinunciabile della programmazione sarà quello di tornare ad investire, in modo mirato e qualificato, sul capitale umano.

Il triennio che si affronta sarà fondamentale per superare tutte le criticità, inefficienze, ritardi emersi nel rispetto dei vincoli imposti dal Piano di rientro; per raggiungere tale obiettivo è necessario ricostruire la politica di gestione del personale, iniziando, in coerenza e in attuazione della legislazione nazionale, dall'analisi del fabbisogno basata non più su una mera riproduzione del dato storico del fabbisogno ma sull'analisi del ruolo, delle funzioni, delle attività proprie di ciascuna Azienda sanitaria.

Tale politica si baserà quindi, da un lato, su una attenta analisi delle specificità aziendali ma, dall'altro lato, al fine di garantire la necessaria uniformità al sistema e per mantenere ferma l'attività di controllo, vigilanza, indirizzo propria della Regione, tale politica sarà effettuata anche tramite azioni di centralizzazione e di regolamentazione a livello regionale.

A tale riguardo si rappresenta che la metodologia per la valutazione dei piani del fabbisogno del personale, ai sensi della L. 208/2015, approvata in data 17.12.2018 dal Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del DM 70/2015, al momento non include tutti i livelli di assistenza ed i profili professionali ed esclude l'applicazione dei valori massimi ivi previsti. Pertanto, nelle more della definizione complessiva degli standard metodologici, inclusivi anche di quelli dell'assistenza territoriale e della prevenzione, si è utilizzato in tale prima fase un perimetro definito di spesa per il personale delle Aziende del SSR, nel rispetto del corrispondente limite normativo, prevedendo comunque che l'utilizzo di tali risorse nel triennio sia allineato alle ulteriori indicazioni metodologiche che saranno sviluppate come riportato nel presente documento.

La nuova *governance* avrà anche l'obiettivo di ridurre il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato, da ricondurre esclusivamente nel proprio alveo normativo, finalizzato a soddisfare esigenze temporali limitate ed urgenti, in funzione di prevedibili picchi di attività, di cui all'art. 36 del d.lgs. 165/2001, generando nuovi stimoli nel personale neoassunto a vantaggio di un miglioramento nell'assistenza al paziente. Una programmazione puntuale delle assunzioni risulta essere elemento imprescindibile per il mantenimento del sistema, anche conseguentemente alle carenze derivanti dal sempre più crescente numero di cessazioni incrementato a seguito dell'introduzione delle nuove disposizioni pensionistiche nazionali.

La Regione ha già posto in essere i percorsi volti alla stabilizzazione del personale ai sensi dell'art. 20 d.lgs. n. 75/2017: la platea delle unità in possesso dei requisiti per accesso a tali procedure è pari a circa 2.200 unità di

personale, di cui circa 1.500 già espletate, e si concluderà al 31.12.2020. La fuoriuscita di professionalità dal Sistema Sanitario Pubblico, che sempre più di frequente trova una ricollocazione nelle strutture private, rappresenta un ulteriore aspetto di criticità.

Ferma rimanendo ogni valutazione di natura giuridica e salvo eventuali novelle legislative, non si ritiene realmente incisivo il ricorso a diverse forme di collaborazione-utilizzo con il personale già cessato o un loro diverso consentito utilizzo sia perché potrebbe determinare un rallentamento non voluto del processo di immissione di nuove forze lavorative sia perché la misura ha un effetto provvisorio, senza consentire quindi una effettiva risoluzione delle criticità derivanti dalla carenza di personale.

Tale carenza può essere soddisfatta unicamente attraverso procedure concorsuali celeri e nel rispetto dei principi costituzionali di imparzialità, selettività, trasparenza, pubblicità e attraverso l'utilizzo dei nuovi istituti introdotti nell'ordinamento, quali la partecipazione ai concorsi degli specializzandi.

In ogni caso, atteso la rilevanza della tematica e i possibili sviluppi anche dal punto di vista normativo, la Regione si riserva la possibilità di usufruire dell'apporto di tali soggetti in attività di tipo consulenziale e/o di supporto iniziale alle nuove unità assunte, tra cui anche i soggetti di cui all'art. 12 del Decreto Legge n. 35/2019.

Infatti l'art 12 del Decreto Legge 30 aprile 2019 n. 35 per come convertito con Legge del 25 giugno 2019 n. 60 ha previsto la partecipazione ai concorsi degli specializzandi del V° anno e in casi specifici anche del IV° anno, oltre alla possibilità di costituire contratti a tempo determinato con i soggetti presenti nelle graduatorie; tale particolare istituto è anche oggetto di previsione nell'ambito del nuovo Patto per la salute, in corso di predisposizione.

La strategicità della leva delle risorse umane è altresì ribadita data dal recente art. 11 del citato Decreto legge n. 35 che opera una revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale delle Aziende e gli Enti del SSN; la disposizione infatti fissa nuovi limiti di spesa in coerenza con quanto già previsto dalla legge di bilancio 2019 nonché da quanto previsto dal Patto per la Salute in corso di approvazione.

In particolare si conferma che la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018 come certificato dal Tavolo di Verifica degli adempimenti o se superiore, il precedente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 %. Si rimanda ai valori riportati nel paragrafo dei Tendenziali e Programmatici per l'evidenza della coerenza degli obiettivi programmati, con la valorizzazione del costo del personale per il triennio 2019-2021. Si prevede, inoltre, la possibilità di aumentare la spesa del 5%, a partire dal 2021 subordinandola, tuttavia, all'adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

Si rammenta in merito, che già nella legge 208/2015, nonché nella legge di Bilancio 2019 e nell'ambito del nuovo Patto per la Salute 2019 - 2021, vi è un chiaro riferimento alla necessità dell'approvazione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

Un ulteriore aspetto che si ritiene di dover affrontare è quello legato alla definizione di fabbisogni formativi, con particolare riferimento al personale per le aree manageriali, prevedendo attività di formazione ad hoc per tali figure.

In linea generale, la Regione Lazio intende investire in una relazione strategica e programmatica con le Università presenti sul territorio, al fine di innescare circuiti virtuosi tra la fase di rilevazione del fabbisogno formativo espresso dal SSR (sia per la dirigenza medica e tecnico-specialistica, sia per le professioni sanitarie, sia infine per le funzioni manageriali), e la fase di programmazione dell'offerta formativa delle Università. Ferma restando la distinzione necessaria tra fabbisogno formativo del SSR e capacità formativa degli atenei presenti nel Lazio, alcuni dei quali godono di prestigio a livello nazionale e internazionale, rispondendo quindi a una domanda formativa che travalica i confini regionali, la Regione Lazio intende sviluppare con le Università un rapporto improntato alla partnership nel raggiungimento di obiettivi di miglioramento e di crescita dell'intero sistema sanitario, in termini di qualità, di efficacia e di efficienza attraverso l'adozione di nuovi Protocolli d'Intesa.

La collaborazione tra Regione e Università potrà essere implementata, con modalità da concordare, prevedendo l'acquisizione di qualificati apporti formativi e tecnico - scientifici in relazione a specifiche esigenze del Servizio

sanitario regionale, con particolare riferimento alla necessità di privilegiare iniziative di sviluppo degli obiettivi di salute nei programmi formativi della nuova classe dirigente e non solo.

Tale sinergia riguarderà infatti sia la formazione dei dirigenti medici, sia le scuole di specializzazione, che la formazione delle professioni sanitarie.

16.1.1 Obiettivi dei Direttori Generali

La Regione Lazio, con riferimento al modello di valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali adottato per l'anno 2019 con il DCA n. 155 del 06.05.2019, intende confermare l'impianto strutturato anche per gli anni 2020-2021, in considerazione anche della valutazione favorevole espressa dal Tavolo di Verifica nel verbale del 30.07.2019, sia del regolamento sia degli obiettivi assegnati, avendo anche sottolineato come il numero contenuto di obiettivi consenta di rendere più agevole la fase di valutazione, garantendo tempistiche di svolgimento compatibili con l'esigenza di arrivare agli esiti, in tempi immediatamente successivi al periodo di riferimento.

Gli obiettivi individuati potranno essere soggetti a rivalutazione, anche in considerazione del consolidato raggiungimento degli stessi, e dell'emanazione di disposizioni normative nazionali in materia.

Per quanto attiene gli obietti assegnati in sede di sottoscrizione dei contratti, con la DGR 437 del 02.07.2019, è stato approvato il nuovo schema di contratto ai sensi delle modifiche introdotte con il d.lgs. 171/2016, ai fini della prevista verifica dei Direttori Generali, trascorsi 24 mesi dalla loro nomina.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Linee di intervento

- Verifica del raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali
- Definizione degli obiettivi per gli anni 2020 e 2021

Risultati attesi e tempistiche

- Verifica obiettivi 2019 – Entro febbraio 2020
- Definizione obiettivi 2020 – Entro febbraio 2020
- Verifica obiettivi 2020 - Entro febbraio 2021
- Definizione obiettivi 2021 – Entro febbraio 2021
- Verifica obiettivi 2021 - Entro febbraio 2022

16.1.2. Fondi della contrattazione accessoria

La Regione intende raggiungere, così come avvenuto in altri ambiti attinenti la gestione del personale, una maggior condivisione e partecipazione con le Aziende sanitarie, anche sulla materia dei fondi contrattuali. La Regione per il tramite della struttura commissariale ha dato piena ed esaustiva applicazione alle norme introdotte alla riduzione dei fondi del trattamento accessorio del personale introdotte con il DL n. 78/2010. Infatti, così come si può evincere dai DCA nn. 12/2016 e 57/2017, che hanno determinato una riduzione complessiva e strutturata per oltre 60 €/mln.

La Regione infatti, per gli anni 2016 – 2017 ha fornito apposite e specifiche indicazioni in merito alle modalità di gestione dei fondi contrattuali garantendo sempre il rispetto delle cogenti disposizioni di finanza pubbliche intervenute ed in corso; è altresì intendimento della Regione procedere alla definizione delle modalità di gestione dei fondi contrattuali per gli anni 2016 – 2017 e, conseguentemente per l'anno 2018, che risente - com'è noto - degli effetti delle disposizioni innovative contenute nei contratti collettivi di lavoro relativi al triennio 2016 – 2018, di recente sottoscritti.

È intento della Regione, inoltre, realizzare una puntuale attività di monitoraggio tesa, oltre che al rispetto della coerenza della costituzione dei fondi e del rispetto tra deliberato ed erogato, a realizzare una graduale

perequazione del trattamento accessorio tra i diversi enti del SSR nonché a valorizzare la professionalità del personale, come previsto dalla scheda n. 3 del Patto per la Salute 2019-2021.

La Regione attese le specificità sopra rappresentate e in considerazione delle differenti delle disposizioni vigenti disposizioni in materia (art. 23 c. 2 del D.lgs. n. 75/2017, art 11, c. 1 del DL n. 35/2019), delle rilevanti modifiche previste dal CCNL 2016-2018 ai fondi del comparto, della dirigenza medica sanitaria e delle professioni sanitarie nonché della notevole giurisprudenza, sia del giudice contabile che del giudice civile, intervenuta recentemente, appare opportuno prevedere la costituzione di un comitato Regione-Aziende, composto sia da rappresentanti regionali che da rappresentanti aziendali.

L'obiettivo di tale comitato, tenuto conto sia delle disposizioni contrattuali del CCNL 2016/2018 del comparto, della dirigenza medica sanitaria e delle professioni sanitarie sia di quanto verrà indicato nei Contratti dell'area della dirigenza, sarà la predisposizione e la diffusione di linee guida in merito alle modalità di costituzione dei fondi, alla gestione, al rispetto della normativa, alla rendicontazione degli stessi.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Linee di intervento

- Conclusione della verifica gestione dei fondi 2016-2018
- Approvazione dei fondi contrattuali 2018-2020 da parte delle Aziende
- Predisposizione di linee guida sui fondi 2018-2020

Risultati attesi e tempistiche

- Costituzione del comitato - Entro gennaio 2020
- Rendicontazione dei fondi per 2016-2018 – Entro luglio 2020
- Linee guida sui fondi 2018 e 2020 – Entro ottobre 2020

16.1.3 Consulenze e prestazioni aggiuntive

Alla luce delle azioni che la Regione porrà in essere al fine di migliorare la *governance* del personale, si procederà ad un contenimento nel ricorso alle consulenze ed alle prestazioni aggiuntive, di cui si riporta di seguito il dettaglio del trend dei costi dal 2016-2018, riducendone i relativi costi, come evidenziato nel dettaglio nel successivo paragrafo dei Tendenziali e Programmatici 2019-2021.

€/mln	2016A	2017A	2018A	Δ '18-'16
Consulenze sanitarie da privato - Articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	*8,6*	*8,6*	*8,3*	*(0,3)*
Altre consulenze sanitarie e socio-sanitarie da privato	*8,6*	*12,4*	*15,8*	*7,2*
Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - Area sanitaria	*19,4*	*19,1*	*18,3*	*(1,1)*
Consulenze non sanitarie da privato	*5,2*	*6,6*	*8,6*	*3,3*
Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - Area non sanitaria	*2,6*	*2,7*	*2,7*	*0,1*
Consulenze	44,4	49,4	53,7	9,3
Prestazioni da Sumaisti	123,9	123,0	122,1	(1,8)
Totale consulenze e prestazioni aggiuntive	**168,3**	**172,4**	**175,8**	**7,5**

16.1.4 Formazione.

16.1.4.a La formazione specialistica e manageriale

La Regione intende favorire lo sviluppo e la crescita professionale del personale del SSR e svilupparne il livello delle conoscenze, competenze, attitudini, attraverso un nuovo modello di analisi e definizione della proposta formativa, basato su criteri di differenziazione e continuità, superando le criticità nei processi di erogazione dell'attività formative.

La Regione Lazio intende inoltre rafforzare le iniziative di formazione a favore dei MMG/PLS e il loro rapporto con il territorio, recuperando il loro ruolo strategico quali punti di accesso del cittadino al SSR.

Attese le previsioni normative disciplinate dalla Legge regionale che ha previsto la "fungibilità del personale del SSR", i percorsi formativi interesseranno anche il personale della direzione salute dell'Assessorato.

Linee di intervento

1. Analisi del livello di competenze, conoscenze, attitudini del personale e Predisposizione di un report regionale sullo stato dell'arte

2. Incontri e gruppi di lavoro con i referenti aziendali

3. Predisposizione di un modello di offerta formativa a livello regionale, da differenziare per azienda e per profilo

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- MMG
- Associazioni professionali di categoria
- Ordini professionali

Risultati attesi e tempistiche

1. Fase di preparazione; analisi del quadro esistente, dell'offerta formativa attuale, predisposizione del report finale (entro il 31 marzo 2020)

2. Fase di sviluppo: analisi dei risultati dell'anno precedente, incontri e gruppi di lavoro, predisposizione modello di offerta formativa a livello regionale (entro il 31 dicembre 2020)

3. Fase di implementazione: applicazione del modello, feed-back degli utenti, interventi correttivi (entro il 31 dicembre 2021)

16.1.4.b L'alta formazione

Si prevede la programmazione di corsi formativi finalizzati a potenziare le competenze delle figure dirigenziali apicali e di figure chiave del personale del SSR e della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, da sviluppare in collaborazione con il sistema universitario e con le Aziende Sanitarie, secondo le previsioni del D.Lgs. 502/1992, art. 3 bis, del D.Lgs. 171/2016, del D.P.R. 484/1997 e della ulteriore normativa di settore.

Linee di intervento

1. Formazione Management

2. Formazione per profili carenti e figure chiave

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Università pubbliche e private

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppare un sistema completo di offerta e di riconoscimento di corsi di formazione manageriale per Direttori Generali, Direttori Sanitari e Amministrativi, Direttori UOC (entro dicembre 2020) in grado di rispondere all'intero fabbisogno formativo del SSR

2. Sviluppare un sistema di offerta formativa di alto livello per le figure chiave del personale del SSR

16.1.5 Regolamentazione regionale dell'ALPI

Con il Decreto del Commissario ad acta del 18 dicembre 2014 n. U00440 e s.m.i. sono state approvate le "Nuove linee guida regionali sull'attività libero professionale intramuraria" ai sensi dell'art. 1 comma 4 della legge 8 agosto 2007 n.120, per consentire alle Aziende e agli IRCCS di gestire con integrale ed autonoma responsabilità l'attività libero professionale; le Aziende hanno provveduto ad adeguarsi alle linee guida regionali, adottando i rispettivi regolamenti in materia di ALPI.

La regolamentazione dell'attività libero professionale è stata interessata anche dalle indicazioni recate dal Piano regionale gestione liste d'attesa 2017/2018 che prevede, tra l'altro, "…interventi regolatori con eventuali riduzione o sospensione delle attività di attività libero professionale intramoenia nei casi in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino, in modo sistematico e rilevante, quelli massimi indicati dalla programmazione regionale di 30/60 giorni per la priorità 'D' e di 180 giorni per le priorità 'P'; tale riduzione e/o sospensione cesserà dal momento in cui saranno ripristinati tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti."

In particolare l'attività regionale si è concentrata su tali aspetti:

- monitoraggio e controllo delle modalità di gestione uniforme dell'Alpi sul territorio Regionale;
- rilevazione del volume di attività dedicato all' attività istituzionale e all'attività libero professionale,
- monitoraggio applicazione normativa su spazi aziendali e su liste d'attesa;

Linee di intervento

a. Aggiornamento dell'attività di monitoraggio e di controllo effettuata dalla Regione su tutta l'attività libero professionale, con particolare attenzione alla gestione degli spazi aziendali;
b. Ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo applicative della normativa e delle disposizioni relative a tale punto e successiva attività di verifica e controllo, anche tramite la costituzione di apposite strutture amministrative temporanee dedicate.
c. Monitoraggio specifico finalizzato a garantire l'uniformità dell'ALPI nel SSR, da parte di tutti i soggetti coinvolti;
d. Predisposizione, da parte della struttura competente, delle linee programmatiche e dei conseguenti provvedimenti attuativi per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019/2021 con particolare riferimento all'aggiornamento del Piano Regionale per il governo delle liste di attesa.
e. Tali linee saranno sviluppate anche nel rispetto dell'Intesa Stato- Regioni che ha approvato il Piano nazionale gestione liste d'attesa.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Organizzazioni Sindacali

Risultati attesi e tempistiche

a. Sviluppo di modelli di monitoraggio dell'ALPI tali da garantire che il suo svolgimento non sia pregiudizievole dell'attività istituzionale e del rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni (entro il 31 dicembre 2019);
b. Ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo (entro il 31 dicembre 2019)
c. Attività di verifica e controllo del rispetto e dell'attuazione delle linee di indirizzo sugli spazi (entro il 30 settembre 2020)
d. Attività successiva agli esiti della verifica e controllo relativamente agli spazi (entro il 31 dicembre 2020)
e. Analisi dell'impatto dei modelli di monitoraggio (entro il 31 dicembre 2020)
f. Analisi dell'impatto delle linee di indirizzo in tema di spazi disponibili (entro il 31 dicembre 2021)
g. Coordinamento dei flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'Alpi in termini di verifica dei volumi erogati e confronto con i volumi istituzionali.

16.2 Definizione dei fabbisogni e individuazione di standard e criteri per una efficiente ed efficace distribuzione delle risorse sui LEA

La Regione ai fini della valutazione del fabbisogno di personale, ai sensi del DM 70/2015, aveva emanato sin da detto anno, appositi criteri di determinazione della dotazione organica/fabbisogno di personale delle aziende e degli enti del SSR, cui le aziende dovevano attenersi nell'individuazione del fabbisogno e nella stesura degli atti programmatori regionali.

Tali criteri, applicati a tutti i livelli essenziali di assistenza (distrettuale, ospedaliero e prevenzione), e alla totalità delle figure afferenti ai ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, si basano sul modello assistenziale dell'intensità di cura, sono stati utilizzati dalle aziende anche ai fini della definizione del fabbisogno di cui all'articolo 1 c. 541 della Legge n. 208 del 28.12.2015; tale fabbisogno oggetto anche di valutazione e approvazione da parte dei Ministeri competenti è stato approvato in via definitiva con il DCA n. 546/2017.

Nel 2018, nelle more dell'approvazione della metodologia condivisa di definizione del fabbisogno di personale del SSN, le aziende del SSR della Regione Lazio, hanno provveduto a redigere i loro Piani dei Fabbisogni per il Triennio 2018-2020 in conformità, alle indicazioni precedentemente descritte, nonché alle Linee di indirizzo predisposte con il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro per la Salute, emesso in data 8 maggio 2018, e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 177 del 27 luglio 2018.

Con il DCA n. 405 del 31.10.2018, è stato approvato il fabbisogno di personale per il triennio 2018-2020.

In considerazione dell'obiettivo di perseguire un costante miglioramento delle politiche di governance del personale del SSR, finalizzata al mantenimento della spesa per il personale entro il perimetro concordato con le aziende per il triennio 2019-2021, la regione intende implementare modelli di governance nella gestione del personale del SSR e strumenti per la definizione dei bisogni.

Regione Lazio si pone gli obiettivi di:

1) attuare un'efficace ed efficiente allocazione delle risorse, partendo dalla rilevazione della situazione "as is", che dovrà tener conto dalla programmazione regionale e quella degli atti aziendali, mediante anche l'utilizzo di modelli organizzativi di *governance* e strumenti di definizione del fabbisogno di personale afferente a tutti i livelli assistenziali e per tutti i profili professionali;

2) strutturare un processo dinamico di valutazione dei fabbisogni di personale, che tenga in considerazione gli scenari evolutivi e intervenga tempestivamente per far fronte alle necessità organizzative;

3) programmare le assunzioni di personale con contratto a tempo indeterminato e conseguentemente ridurre i contratti di natura flessibile e incarichi di consulenza;
4) attuare il principio del *favor legis* per i contratti a tempo indeterminato

Linee di intervento

a) Analisi delle funzioni e delle attività di ciascuna Azienda.
b) Analisi effettivo fabbisogno aziendale e di quello complessivo regionale.
c) Sviluppo di un sistema di analisi del fabbisogno, che rilevi anche i dati non "formali" come età e prescrizioni.
d) Implementazione di sistemi di benessere e miglioramento organizzativo.
e) Applicazione di un modello di valutazione del fabbisogno condiviso a livello regionale di supporto alla programmazione aziendale.
f) Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Ospedaliera e Specialistica, in linea con le proposte metodologiche, condivise nel sottogruppo delle Regioni del Tavolo del DM 70 ed approvate formalmente in data 17/12/2018 (applicabili per i soli fabbisogni previsti dall'art. 1 comma 541 della legge n. 208, per come espressamente previsto dalla norma).
g) Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Territoriale, in tutti i setting assistenziali ad essa afferenti, integrando modelli di fabbisogno regionali vigenti (es. DCA 152/2014 Consultori familiari) in coerenza con le indicazioni approvate in sede di Patto per la salute 2019 – 2021;
h) Avvio delle attività finalizzate all'individuazione dei criteri per la definizione di un fabbisogno per l'attività di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla prevenzione, alla salute mentale, ai consultori.
i) Gestione del rapporto con le università attraverso l'istituzione di tavoli di confronto su definizione della rete formativa e del fabbisogno.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Medicina convenzionata e specialistica ambulatoriale
- Organizzazioni sindacali
- Associazioni di categoria
- Università pubbliche e private

Risultati attesi e tempistiche

Nel corso del triennio 2019-2021, costituzione di un modello di *governance* del personale, finalizzato ad intervenire tempestivamente per far fronte: alle carenze di personale, a seguito di cessazioni e implementazioni di attività assistenziali, e ad un efficace riallocazione delle risorse in esubero anche per effetto di modifica degli assetti organizzativi.

16.2.1 Il reclutamento e le procedure concorsuali

Piena attuazione delle linee guida ministeriali e predisposizione di una regolamentazione a livello regionale su tutte le procedure di assunzione o di immissione di nuovo personale nelle Aziende del SSR; riduzione del ricorso ai contratti a termine o a altre forme di rapporto flessibile

Linee di intervento

Nell'applicare le linee guida ministeriali per la predisposizione dei piani di fabbisogno triennali, si intende realizzare un sistema di analisi di tutte le differenti esigenze assunzionali aziendali e di tutte le diverse modalità d'accesso al pubblico impiego (concorso, mobilità, comando, etc.)

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Aggiornamento del piano triennale di fabbisogno delle Aziende e istituzione di un gruppo di lavoro congiunto per la regolamentazione di tutte le procedure assunzionali; approvazione del nuovo piano triennale di fabbisogno del personale (entro il 31 dicembre 2019).
2. Verifica degli effetti della regolamentazione e attuazione dei necessari correttivi; verifica della riduzione del costo del personale riferito ai contratti e/o rapporti non a tempo indeterminato (entro il 31 dicembre 2020).

16.2.2 Una reale gestione del personale: politiche di valutazione e valorizzazione, sistemi premiali

Si intendono realizzare delle linee guida e/o indirizzo finalizzate alla predisposizione da parte delle aziende di piani della valutazione, di attribuzione degli obiettivi realmente incidenti e atti a superare le criticità e le incoerenze del previgente sistema; si vuole dare effettiva attenzione al risultato finale dell'attività amministrativa, evitando gli errori, le ripetizioni, le mere affermazioni di principio del passato.

Linee di intervento

Sviluppo di criteri di individuazione, definizione, applicazione e controllo dei piani della performance aziendali coerenti con la ratio e la finalità della normativa nazionale e con le disposizioni contrattuali.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Analisi dello stato dell'arte, tramite i regolamenti aziendali di attribuzioni degli incarichi, dei piani di valutazione e di altro documento ritenuto rilevante (entro il 31 dicembre 2019).
2. Sviluppo, condivisione e approvazione di linee guida e/o di indirizzo e loro diffusione presso le Aziende (entro il 31 dicembre 2020).

16.3 Atti Aziendali

L'atto aziendale è lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie e descrive il modello che l'Azienda intende realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dell'assistenza. In particolare l'atto aziendale è lo strumento per la completa definizione dell'organizzazione aziendale, secondo un'ottica di autonomia, seppure finalizzata al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione e dalle regole del SSR.

Le linee guida a livello regionale terranno in considerazione l'istituenda Azienda Lazio.0 e mireranno a fornire gli elementi essenziali per la definizione dell'assetto organizzativo aziendale in coerenza con i principi, gli obiettivi e gli interventi previsti nel presente Piano di riqualificazione 2019-2021 e alla riorganizzazione dell'offerta assistenziale secondo il modello delle reti cliniche integrate "hub & spoke", al potenziamento delle cure primarie per la garanzia della continuità assistenziale, nonché allo sviluppo della rete territoriale.

L'attività di coordinamento è già stata comunque assicurata nell'approvazione dei più recenti atti aziendali, la cui istruttoria, condotta a normativa nazionale vigente, ha consentito il pieno rispetto delle previsioni di cui al DM 70/2015 e della Rete Ospedaliera in corso di riedizione, tenendo puntualmente in considerazione le discipline in eccesso a livello regionale e nel rispetto dei parametri fissati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012, ai quali gli atti aziendali si sono ispirati in ottica di razionalizzazione delle UU.OO.

Si dovrà mirare, pertanto, all'efficientamento della razionalizzazione già operata.

Soggetti coinvolti

- Aziende Sanitarie/AOU
- Regione

- Università

Linee di intervento, Risultati attesi e tempistiche

1. Istituzione gruppo interdisciplinare entro il 30 settembre 2019;
2. Documento regionale di indirizzo entro il 30 aprile 2020 che tenga conto della riorganizzazione della rete ospedaliera (già presa in considerazione sebbene in corso di riedizione) e di quella territoriale

16.4 Rapporti con le Università

A distanza di vent'anni dall'emanazione del D. Lgs. n. 229/99 che ha apportato, tra altro, la modifica al D. Lgs. n. 502/02 e al D. lgs. n. 517/99 ponendo così le basi per la riforma dei rapporti fra Servizio Sanitario e Università ed individuando l'evoluzione per i policlinici universitari a gestione diretta e per quelli integrati con il SSN, è necessario fare il punto sulla realizzazione della riforma.

Nell'ambito dell'esperienza maturata a livello nazionale, anche a livello regionale si è assistito, per le Università statali (Università La Sapienza e Tor Vergata), ad una pluralità di forme di raccordo: dall'Azienda Ospedaliero Universitaria integrata col SSN ai sensi dell'art. 2, comma 2 lettera a) (AOU Policlinico Umberto I), all'Azienda Ospedaliera integrata con l'Università ai sensi dell'art. 2, comma 2, lettera b) del D. Lgs. 517/1999 (AO S. Andrea), fino all'Azienda Autonoma dell'Università denominata Policlinico Tor Vergata, che, istituita con Decreto Rettorale n. 2297 del 15 ottobre 1998 è stata poi attivata, a far data dall'8.8.2000 quale Azienda integrata col SSN ai sensi dell'art. 2 comma 2 lettera a) con Deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 4 agosto 2000.

Università Tor Vergata

Al modello di Azienda originario, per effetto dell'attivazione di una "sperimentazione gestionale", è subentrata l'attuale Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, prevedendo la stipula di apposito Protocollo d'intesa ex art. 1 del D. Lgs. n. 517/1999.

La Fondazione è stata individuata da Regione ed Università come la forma giuridica idonea a garantire il diretto e costante coinvolgimento delle rispettive rappresentanze istituzionali nella gestione integrata delle funzioni di assistenza e consentire l'apporto di capitale privato.

Il predetto obiettivo di apporto di capitale privato non è stato raggiunto, la sperimentazione si è conclusa con esito negativo e l'operatività di tale modello di *governance* ha ereditato un aspetto di complessità derivante dalla compresenza di due enti distinti quali la Fondazione e l'Azienda.
Il tentativo di superare questi aspetti critici, sulla scorta dell'impianto normativo, ha suggerito l'avvio della procedura di riconoscimento di IRCCS, di cui agli articoli 13 e 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.

All'interno di tale percorso, tuttavia, sono emersi aspetti di ulteriore complessità connessi alla gestione dei rapporti di debito/credito tra Regione, Fondazione e Università, anche connessi alla valorizzazione del compendio immobiliare, sulla scorta di quanto disciplinato nell'art. 25 del Protocollo d'Intesa approvato con DCA 501/2017.

La Regione, pertanto, ha provveduto ad un'analisi puntuale del percorso giuridico seguito e sta valutando la possibilità di concludere il percorso con il riconoscimento IRCCS della Fondazione.

All'interno della definitiva strutturazione giuridica dei rapporti tra Regione e Università, si procederà alla definitiva e completa disciplina e autorizzazione dei rapporti convenzionali tra Università e altre strutture del SSN ai sensi dell'articolo 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo n. 517/1999, evitando l'eccessiva frammentazione dell'offerta e cercando di contemperare le esigenze formative con quelle assistenziali e di programmazione sanitaria, anche alla luce del DM 402/2017.

Linee di intervento

1. Definitiva riconduzione della Fondazione Tor Vergata in un assetto concordato ed integrato in coerenza con il quadro normativo vigente
2. Definizione dei rapporti di debito/credito anche attraverso la revisione del Protocollo e, segnatamente, dell'art. 25;
3. Definizione delle convenzioni e autorizzazione alla sottoscrizione/rinnovo delle stesse;

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Università Tor Vergata;
- Fondazione Tor Vergata
- Azienda Ospedaliera Tor Vergata

Risultati attesi e tempistiche

1. Ridefinizione del modello di *governance* a gestione integrata (entro il 30 giugno 2020);
2. Ricognizione dei rapporti di debito/credito (entro il 31 marzo 2020)
2. Attuazione del modello delineato (entro il 30 giugno 2020)
3. Definizione del percorso di convenzioni (entro il 31 dicembre 2019)

Università La Sapienza

Nel caso dell'Università La Sapienza il protocollo d'Intesa ratificato con DCA 208/2016 ha realizzato l'integrazione finora tanto anelata. La durata triennale con previsione di tacito rinnovo per un medesimo periodo fungerà da cornice all'interno della quale dare attuazione alle previsioni di cui all'art. 19 comma 10 del Protocollo e, quindi, alla definitiva risoluzione dei rapporti di debito/credito tra Regione, Università e le Aziende PUI e S. Andrea.

L'analisi svolta si è rivelata alquanto complessa ed ha condotto alla definitiva determinazione, sia per il Policlinico Umberto I che per il S. Andrea, in contraddittorio con l'Università, delle superfici interessate dallo svolgimento delle attività di didattica.

Rispetto a queste, tuttavia, l'analisi delle partite connesse alle voci riportate nel Protocollo d'Intesa ha dato luogo a valori differenti in termini di grandezza per le due Aziende.

La Regione e L'università, pertanto, hanno valutato l'opportunità di individuare un soggetto terzo, comunemente designato, affinché possa procedere alla elaborazione di parametri e criteri omogenei da applicare nello specifico e per il futuro nei rapporti tra Regione/Aziende e Università.

Le voci relative al personale ex prefettato sono state rimesse alla definizione del contenzioso, concluso con accordo per il PUI e rimesso all'organo giudicante in via definitiva per il S. Andrea, mentre è stata definita la questione sul personale cessato e non sostituito dall'Università per il PUI.

Linee di intervento

1. Individuazione dei criteri e dei parametri per la misurazione dell'apporto economico dell'Università
2. Definizione dei rapporti di debito/credito art. 19 comma 10 Protocollo d'Intesa

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Università La Sapienza;
- Policlinico Umberto I
- S. Andrea

Risultati attesi e tempistiche

1. Ridefinizione dei criteri e parametri (entro il 31 dicembre 2019);
2. Ricognizione dei rapporti di debito/credito e riallineamento delle partite (entro il 30 giugno 2020)

Università Campus Biomedico

Il Protocollo di Intesa con l'Università non statale è stato sottoscritto in data 28 ottobre 2014 e recepito dal DCA U00378 del 12.11.2014 di presa d'atto.
Come disposto dall'articolo 16 del Protocollo, lo stesso è entrato in vigore dalla sottoscrizione per una durata triennale, con rinnovo tacito per ulteriori tre anni.
In rapporto alla revisione dell'atto di programmazione, che aggiorna la rete a livello regionale ed attualizza la configurazione già delineata dal DCA 257/2017, si conferma il ruolo di DEA di I livello che il Campus andrà ad assumere all'interno della programmazione triennale.

Linee di intervento

1. Aggiornamento rete ospedaliera
2. Definizione della configurazione del Campus Biomedico
3. Aggiornamento del Protocollo d'Intesa

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Campus biomedico;
- ASL Roma 2

Risultati attesi e tempistiche

Aggiornamento del Protocollo (entro il 31 marzo 2020)

Università Cattolica del Sacro Cuore

Il Protocollo di Intesa con l'Università non statale è stato sottoscritto in data 30 settembre 2014 e recepito dal DCA U00339 del 21.10.2014 di presa d'atto.
Come disposto dall'articolo 16 del Protocollo, lo stesso è entrato in vigore dalla sottoscrizione per una durata triennale, con rinnovo tacito per ulteriori tre anni.
Nel triennio, pertanto, sarà necessario procedere all'aggiornamento dello stesso.

Linee di intervento

1. Aggiornamento rete ospedaliera
2. Aggiornamento configurazione del Policlinico A. Gemelli in rapporto all'accreditamento
3. Aggiornamento del Protocollo d'Intesa

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Università Cattolica del Sacro Cuore
- Fondazione A. Gemelli
- ASL Roma 1

Risultati attesi e tempistiche

Aggiornamento del Protocollo (entro il 31 dicembre 2020)

Università Unicamillus

Il Protocollo di Intesa con l'Università Unicamillus non statale è stato sottoscritto in data 28 gennaio 2019 e recepito dal DCA U0066 del 22.02.2019 di presa d'atto.

Il Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, anche di concerto col Ministero della Salute, con i richiamati decreti n. 642 del 15 ottobre 2018, n. 643 del 15 ottobre 2018 e n. 683 del 23 ottobre 2018, in esecuzione dell'ordinanza del Consiglio di Stato n. 4132/18, ha determinato rispettivamente, per l'anno accademico 2018/2019, i posti per le immatricolazioni ai seguenti corsi di laurea:

1. corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e corsi di laurea delle professioni sanitarie destinati ai candidati non comunitari residenti all'estero (decreto n. 642/18);
2. corsi di laurea delle professioni sanitarie destinati ai candidati non comunitari residenti in Italia (decreto n. 643/18);
3. corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia destinato ai candidati comunitari e non comunitari residenti in Italia (decreto n. 683/18).

La Regione e Saint Camillus International University of Health Sciences, al fine di porre fine al contenzioso in essere, hanno convenuto di stipulare un protocollo d'intesa per regolamentare i rapporti di reciproca collaborazione.

La Regione, fermi i vincoli di bilancio, allo scopo di consentire la piena attuazione delle finalità istitutive di Saint Camillus International University of Health Sciences, come previsto dall'articolo 2 dello Statuto, ha inteso contribuire alla promozione della formazione medica e sanitaria di studenti provenienti da Paesi in via di sviluppo individuando, analogamente a quanto dispone il D. Lgs. 517/1999 per i Policlinici a gestione diretta di università statali o non statali, un'Azienda di riferimento con la quale strutturare un rapporto di collaborazione ai fini della realizzazione dell'integrazione tra esigenze di didattica, ricerca e assistenza, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale a far data dall'anno 2019. Regione e università hanno disciplinato la formazione degli studenti delle professioni sanitarie, in ragione dell'attualità e dell'imminente esigenza formativa, e rinviato la disciplina della formazione dei discenti del corso unico di Medicina e Chirurgia ad un accordo successivo in aggiornamento al protocollo.

La ASL Roma 6, negli anni di vigenza del protocollo, assume le funzioni di Azienda di riferimento dell'Università ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517, in quanto compatibile per l'espletamento, da parte della medesima, delle attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca nel quadro della programmazione regionale.

Come disposto dal Protocollo, lo stesso ha durata triennale (2019-2021) con impegno a revisione annuale, tenendo conto della revisione della rete ospedaliera programmata per il 2019, e previo obbligo dell'Università di trasmissione dei risultati di analisi dell'ANVUR che, alla scadenza triennale, è tenuta a valutare il mantenimento dell'accreditamento dell'Unicamillus.

Linee di intervento e risultato atteso e tempistica

Aggiornamento del Protocollo d'Intesa nel 2020 e nel 2021

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Università Unicamillus
- Asl Roma 6

17. Revisione dell'assetto dell'offerta

L'offerta di prestazioni sanitarie e socio sanitarie nella Regione Lazio è caratterizzata dalla presenza di numerosi Policlinici Universitari ed IRCCS, unitamente ad un numero molto elevato di soggetti erogatori privati.

17.1 La Ridefinizione dell'Offerta Assistenziale per acuti, post-acuzie e il riordino delle discipline in eccesso

La Regione Lazio, con i DCA 412/2014 e DCA 257/2017, ha intrapreso il percorso di riprogrammazione dell'offerta ospedaliera, in base alle indicazioni del Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in merito alla dotazione complessiva di posti letto entro la soglia del 3,7 pl x 1.000 - di cui lo 0,7 di post-acuzie-, il dimensionamento e la collocazione delle discipline ad "alta, media e bassa diffusione", e alle funzioni delle singole strutture ospedaliere all'interno della rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti.

L'obiettivo attuale è di riorganizzare la rete ospedaliera proseguendo il percorso di adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard previsti nel DM 70/2015 e prevedendo soluzioni per il superamento di specifiche criticità dell'assetto attuale, quali una disomogenea distribuzione territoriale dei posti letto, il numero elevato di posti letto inattivi, il sovraffollamento nei PS/DEA, e la presenza di numero elevato di Case di Cura (CdC) di piccole dimensioni.
Riguardo a quest'ultimo punto vanno considerati i criteri di affinità e complementarietà delle discipline per la distinzione tra case di cura polispecialistiche o monospecialistiche così come previsto dal punto 2.5 del DM 70/2015. La Regione Lazio ha avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'applicazione del DM 70/2015 – Allegato I – paragrafo 2.5 – Definizione discipline/attività affini e complementari, nel quale vengono definite le discipline affini e complementari. A seguito delle osservazioni delle Organizzazioni di Categoria si procederà con la promulgazione del Decreto Commissariale di riclassificazione delle Case di Cura Accreditate e conseguentemente verranno avviate le misure per l'adeguamento agli standard previsti.

La Regione Lazio ha avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'applicazione del DM 70/2015 – Allegato I – paragrafo 2.5 – Definizione discipline/attività affini e complementari, nel quale vengono definite le discipline affini e complementari. A seguito delle osservazioni delle Organizzazioni di Categoria si procederà con la promulgazione del Decreto Commissariale di riclassificazione delle Case di Cura Accreditate e conseguentemente verranno avviate le misure per l'adeguamento agli standard previsti.

È stata effettuata un'analisi dell'attività ospedaliera dei Punti di Erogazione privati, ai fini della loro corretta classificazione e pesatura. Attraverso la rimodulazione degli atti aziendali e degli interventi previsti, nelle more dell'adozione del provvedimento di riordino della rete ospedaliera regionale, è stata definita la riduzione di UOC/PE per le quali si era evidenziato un eccesso. Ad esempio è stata eseguita una riduzione significativa delle UOC in Chirurgia Generale, anche attraverso la riclassificazione delle UOC iperspecialistiche e di carattere multidisciplinare come, ad esempio, le UO Trapianti e le Breast Unit. Analoga operazione è stata effettuata in Nefrologia, attraverso la conversione in UOC/PE di Dialisi territoriale senza posti letto, a seguito dei risultati dell'analisi di attività.

È necessario che il comparto privato sia funzionale alla rete assistenziale ospedaliera, nel rispetto di regole chiare e condivise. Un esempio di ciò è il protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria Aiop-Aris-Unindustria Sanità e il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, di cui alla Determina Regionale n. G00094 del 08/01/2019, inerente al "Trasferimento da pronto soccorso per ricovero presso le Strutture Accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso – trasferimento dai reparti di Area Medica ubicati presso Ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza"

Si procederà, inoltre, nella verifica di fattibilità e avvio delle procedure per l'apertura di nuovi punti di offerta pubblici, e nel lavoro di verifica della vulnerabilità sismica delle strutture ospedaliere. Tali azioni potranno modificare alcuni assetti e nodi 'strutturali' della rete ospedaliera.

La programmazione dell'offerta riabilitativa, e l'articolazione delle tipologie assistenziali, ospedaliere e territoriali, sono state di recente raccolte nel "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale" DCA 226 del 5 giugno 2017, tenendo conto delle indicazioni contenute nel "Piano di indirizzo per la Riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 e delle linee di indirizzo del Documento Agenas-Regione Lazio contenuto nel DCA n. 200/2015.

L'obiettivo regionale per i prossimi anni sarà di aggiornare l'offerta riabilitativa, in un'ottica di semplificazione della normativa esistente e di recepire le future indicazioni in merito all'appropriatezza dell'accesso dei ricoveri ed ai percorsi riabilitativi, in corso di definizione presso il Ministero della Salute.

Linee di intervento

1. Adozione di un provvedimento regionale di riordino della Rete Ospedaliera che preveda le seguenti linee operative:

a) Rimodulazione dei posti letto, in particolare con riferimento al riequilibrio della distribuzione territoriale e alle discipline maggiormente oggetto di ricovero da PS, e dunque utili per il contrasto al sovraffollamento;
b) Revisione delle Reti tempo dipendenti e dell'emergenza sulla base delle modifiche dell'assetto ospedaliero post DCA 257/2017 e dell'attività dei centri Hub e Spoke;
c) Interventi "locali" come la riorganizzazione dei presidi della ASL Roma 6 alla luce dell'apertura dell'Ospedale dei Castelli, la riorganizzazione dell'assetto del Policlinico Campus Biomedico con l'apertura del DEA I, l'attivazione del DEA II presso l'Ospedale S.M. Goretti di Latina, e l'attivazione del DEA II presso il Policlinico Tor Vergata.
d) Riallineamento del numero di UOC/PE per disciplina in coerenza con gli standard del DM 70/2015;
e) Interventi di riconversione/aggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate polispecialistiche, le cui discipline non possono essere considerate affini o complementari, con un numero di posti letto inferiore a 60;
f) Interventi di riconversione/aggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate monospecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 30

2. Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS

3. Ristrutturazione/riconversione e messa a norma dei principali Ospedali Regionali e azioni finalizzate alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere (Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo "Ospedale della Tiburtina", "Nuovo Ospedale di Rieti").

4. Aggiornamento del DCA n. 226/2018 "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale", mediante la semplificazione della normativa esistente, il recepimento delle indicazioni in merito all'appropriatezza dell'accesso dei ricoveri ed ai percorsi riabilitativi del Ministero della Salute, e la semplificazione delle attività passaggio di setting e prescrizione di ausili/protesi mediante gli strumenti informatici disponibili.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Dipartimento di Epidemiologia del SSR
- ASL, AO, ARES, IRCCS, AOU, PU
- Associazioni di categoria

- Associazioni di pazienti

Risultati attesi e tempistiche

1. **(Linea di Intervento 1a, 1b, 1 c e 1d)**: Emanazione del provvedimento di riordino della Rete ospedaliera entro 29 febbraio 2020.

   (Linea di Intervento 1e e 1f): Revoca, a partire dal 1/1/2020, della contrattualizzazione delle CdC polispecialistiche con posti letto inferiori a 60 e monospecialistiche con meno di 30 p.l., con mantenimento dell'accreditamento, nel caso non sia avvenuta entro il suddetto termine la riconversione o aggregazione in un unico soggetto giuridico di dimensione adeguata
2. **(Linea di intervento 2)**:
   a. Verifica semestrale degli indicatori di monitoraggio dell'accordo con le CdC di cui alla Determina Regionale n. G00094 del 08/01/2019
   b. Assegnazione ai direttori generali delle Aziende Sanitarie di obiettivi volti all'efficientamento dei reparti di degenza e di riduzione dei ricoveri impropri entro giugno 2019
   c. Definizione di un sistema incentivante per gli operatori di PS volto a ridurre i ricoveri impropri entro dicembre 2020
   d. Definizione di requisiti autorizzativi e di accreditamento delle terapie sub intensive entro marzo 2020
3. Definizione della programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere: Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo "Ospedale della Tiburtina", "Nuovo Ospedale di Rieti" entro giugno 2020
4. Aggiornamento del "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale" entro 60 giorni dall'emanazione del provvedimento nazionale

17.2 Le strutture per acuti: miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta

La Regione Lazio, all'interno del Decreto del Commissario ad Acta n. 273 dell'8 settembre 2016, ha individuato, ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, comma 525 art.1, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536 della citata legge, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni: a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Le Aziende individuate dal succitato DCA hanno pertanto predisposto piani contenenti le misure atte al miglioramento della qualità delle cure e all'adeguamento dell'offerta, ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dalle citate norme, sia in relazione all'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale che in relazione al raggiungimento dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, di cui all'art. 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

L'obiettivo attuale della Regione Lazio è di proseguire nell'applicazione di tali strumenti di miglioramento della qualità delle cure da parte delle AO, delle AOU, e degli IRCCS, programmando la revisione della metodologia e la sua estensione anche ai presidi ospedalieri di Azienda.

Linee di intervento

1. Per le Aziende già individuate, prosecuzione dei piani di efficientamento e riqualificazione per il miglioramento della qualità delle cure, fino alla risoluzione delle criticità.
2. Monitoraggio dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti e individuazione delle AO, delle AOU, e degli IRCCS che presentano mancato rispetto dei parametri di riferimento.
3. Revisione della metodologia volta a definire la sussistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabile ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano scostamenti critici.
4. Monitoraggio delle azioni poste in essere attraverso i sistemi correnti di indicatori regionali.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ASL, AO, AOU, IRCCS
- Dipartimento di epidemiologia del SSR

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio trimestrale dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti per le strutture (AO, AOU e IRCCS) che presentano scostamenti dai parametri di riferimento a partire dal 31/12/2019
2. Metodologia volta a definire la sussistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabile ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano scostamenti critici entro il 31 dicembre 2020.
3. Linee guida per la predisposizione di piani d'intervento sulla qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari e per la conduzione di audit clinici e organizzativi applicabili ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL che presentano criticità, entro il 31 dicembre 2020.
4. Revisione del sistema degli obiettivi per i direttori generali in coerenza con il monitoraggio dei criteri di volumi, qualità ed esiti come sopra richiamati entro marzo 2020.

17.3 Gli ospedali di comunità

Gli ospedali di comunità sono strutture territoriali a degenza breve (max 15-20 giorni) rivolte alle persone con problemi di salute, acuti o post-acuti, di bassa complessità, che richiedono un ambiente protetto e un'assistenza infermieristica anche notturna e che, per motivi diversi, non possono essere curati al domicilio. Hanno un numero limitato di posti letto (15-20), sono gestite da personale infermieristico e l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura, in caso di necessità, eventuali consulenze specialistiche. Tipologie particolari di ospedali di comunità, presenti nell'ambito regionale, sono le "degenze a gestione infermieristica", unità operative con analoghe finalità ed istituite in ambito ospedaliero (DCA 12 novembre 2014, n. U00370 Linee d'indirizzo regionali su: "Unità di Degenza a Gestione Infermieristica (UDI) - Modello organizzativo").

Si tratta di strutture destinate prioritariamente a:

1. Intercettare pazienti con patologie acute di bassa complessità evitando che, per motivi legati alla inidoneità del domicilio o alla carenza dell'assistenza familiare, si rivolgano al Pronto soccorso e al ricovero ospedaliero;
2. garantire la completa stabilizzazione clinica e il recupero funzionale dopo la dimissione, in attesa di organizzare l'assistenza a domicilio o in altri setting assistenziali;
3. ottimizzare la durata della degenza ospedaliera per acuti, della riabilitazione e della lungodegenza.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. Nel caso di unità operative a collocazione ospedaliera gli accessi del personale medico saranno organizzati avvalendosi dell'organico ivi presente.

Linee di intervento

Alla luce dell'esperienza sviluppata in ambito regionale, si rende necessario definire il fabbisogno regionale di tali strutture, il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni, i requisiti autorizzativi e di accreditamento,

e il sistema di remunerazione necessari alla messa a regime di tali attività, in sintonia con le indicazioni ministeriali in materia.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCREA
- MMG
- Ordine delle Professioni

Risultati attesi e tempistiche

1. Definizione del fabbisogno regionale di Ospedali di Comunità entro 31/07/2020.
2. Definizione dei requisiti di accreditamento entro febbraio 2020.
3. Almeno un ospedale di Comunità per Azienda Sanitaria Locale attivato entro 31 dicembre 2021.

17.4 Riorganizzazione dell'Assistenza Specialistica

Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle "Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale". La contiguità di questa attività con quella erogata in altri livelli di assistenza (ospedalieri o territoriali), rende necessaria una ridefinizione delle modalità di erogazione della specialistica ambulatoriale, in coerenza con le indicazioni ministeriali, per favorire l'applicazione omogenea su tutto il territorio regionale delle prestazioni previste per tale area assistenziale.

La riorganizzazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale si realizza attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno, dell'indice di fuga e del monitoraggio delle attività. L'obiettivo della riorganizzazione è garantire equità d'accesso alle cure, e la presa in carico del paziente fin dall'inizio del processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

L'offerta ambulatoriale si pone come risposta a due tipi di richiesta di prestazione della popolazione: una richiesta per bisogni di nuova insorgenza, che rende necessaria una risposta reattiva in tempi brevi per la definizione del quadro clinico, ed una richiesta tipica dei pazienti affetti da patologie croniche evolutive, che nell'ambito della presa in carico globale della persona, è volta ad interventi mirati a monitorare e rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenire gli esiti sfavorevoli.

I due ambiti, anche se comprendono di frequente le stesse prestazioni diagnostiche o terapeutiche, devono prevedere modalità di accesso e realizzazione differenti, al fine di poter offrire ai cittadini il percorso di cura più appropriato secondo le esigenze di salute. Per i pazienti con bisogni di nuova insorgenza, il percorso di accesso alla specialistica ambulatoriale passa attraverso la prescrizione del MMG e i sistemi di prenotazione regionali; per i pazienti cronici all'interno di un percorso di cura, l'accesso alla specialistica ambulatoriale deve essere "governato" e gestito direttamente dal medico o dal servizio responsabile della presa in carico.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale sarà necessario, inoltre, dedicare un'attenzione specifica al tema dell'appropriatezza prescrittiva che, specie in alcune aree disciplinari, è particolarmente critico.

Si rileva, quale ulteriore criticità di sistema, con un impatto sulla appropriatezza delle prestazioni, un disallineamento tra le discipline accreditate per il ricovero ordinario/day hospital e le branche ambulatoriali nell'ambito delle strutture; al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni i soggetti erogatori devono poter disporre, infatti, dell'accreditamento nelle branche ambulatoriali nelle medesime discipline di ricovero. È necessario, inoltre, assicurare osmosi unidirezionale tra i budget per acuti verso i ricoveri diurni e verso le cure ambulatoriali.

È necessario superare il modello del nomenclatore differenziato pubblico – privato, favorendo una maggiore omogeneità nel repertorio prestazionale.

Le Aziende Sanitarie, infine, devono recuperare capacità di negoziare ed indirizzare gli erogatori pubblici e privati verso le attività e servizi necessari a soddisfare il fabbisogno di prestazioni ed i bisogni di salute della popolazione residente.

Linee di attività

1. La Regione Lazio provvederà ad un aggiornamento delle specifiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale mediante la definizione di documento per l'applicazione della disciplina dell'assistenza specialistica ambulatoriale, in linea con le indicazioni ministeriali in merito all'applicazione omogenea dell'Allegato 4 DPCM 12.01.17 - Specialistica Ambulatoriale.
2. Sarà necessario inoltre potenziare la funzione aziendale di programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili. Sarà dato mandato alle Aziende Sanitarie di negoziare una parte del budget con i soggetti erogatori.
3. Sarà operato il trasferimento di prestazioni dal ricovero ordinario a quello diurno e da quest'ultimo al setting ambulatoriale. I provvedimenti con tale finalità saranno affiancati da atti volti a favorire un coerente transito di risorse (budget) dal comparto acuti a quello ambulatoriale. Saranno adottati strumenti e procedure volti a favorire l'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici, in coerenza con le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza indicati dal nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale.
4. Nel corso del triennio sarà progressivamente consentito agli erogatori privati di effettuare le medesime prestazioni dei soggetti pubblici
5. Sarà effettuata l'aggiornamento del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali al fine di consentire l'ampliamento dell'accreditamento delle branche ambulatoriali in coerenza con le discipline di ricovero ospedaliero, laddove si rilevi una incongruenza (presenza di accreditamento della disciplina di ricovero ma non della corrispondente branca ambulatoriale).

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie e Associazioni di categoria del privato accreditato
- LazioCREA
- MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali
- Associazioni di pazienti/cittadini

Risultati attesi e tempistiche

1. Decreto di recepimento del nuovo nomenclatore tariffario nazionale entro 60gg dalla emanazione e adozione delle misure organizzative per adeguare i processi e i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle nuove prestazioni
2. Adozione di un provvedimento che attribuisca alle ASL di un ruolo di committenza ed il mandato di predisporre i fabbisogni della popolazione di riferimento, incluse le Aziende Ospedaliere/Policlinici/IRCCS che insistono sul territorio di competenza. Adozione del provvedimento in step progressivi nell'ambito del triennio al momento di definizione di budget per gli erogatori privati (annuale entro il 31 luglio di ogni anno)
3. a Adozione di provvedimenti che promuovano la transizione del setting di erogazione delle prestazioni verso l'ambito ambulatoriale per step progressivi nell'ambito del triennio al momento di definizione di budget per gli erogatori privati (annuale entro il 31 luglio di ogni anno)

3. b Decreto per definizione interventi di promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa a partire da alcuni ambiti di patologia anche alla luce dei nuovi LEA entro marzo 2020
4. Decreto per uniformare il repertorio prestazionale degli erogatori pubblici e privati entro dicembre 2019
5. Decreto per l'aggiornamento del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali al fine di consentire l'ampliamento dell'accreditamento delle branche ambulatoriali in coerenza con le discipline di ricovero ospedaliero, laddove si rilevi una incongruenza (presenza di accreditamento della disciplina di ricovero ma non della corrispondente branca ambulatoriale) entro agosto 2020.

17.5 Riorganizzazione della Rete Laboratoristica

Il settore della medicina di laboratorio è stato oggetto di numerosi provvedimenti di riordino e presenta caratteristiche e criticità molto diverse in ambito pubblico e privato. Nel primo sono presenti ancora alti margini di efficientamento, nella prospettiva di ulteriore aggregazione delle strutture esistenti, specie in ambito metropolitano. Inoltre, non è stato sviluppato un sistema di costante monitoraggio dei costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie per tipologia diagnostica e della produttività e non si è ancora realizzato ancora il laboratorio logico unico (LLU), come rete informatica di collegamento operativo e funzionale delle reti. Nel settore Privato è stata disattivata la funzione analitica presso strutture con attività eccessiva-mente ridotta, <100.000 prestazioni anno, ed è stata garantita la capillarità dell'offerta attraverso il mantenimento dei punti prelievo. Non si è ancora compiuta l'integrazione tra settore pubblico e privato, ancorché prevista dai decreti di riordino. Le strutture private, inoltre, hanno un diverso repertorio prestazionale (i privati possono erogare in accreditamento solo 170 prestazioni sulle 792 previste dal Nomenclatore). Si rileva, inoltre, nel settore privato, nonostante l'aggregazione tra strutture, ancora la permanenza di 104 soggetti erogatori che svolgono attività analitica. Persiste una carenza di requisiti per i punti prelievo e si rileva la necessità di regolamentare le modalità di service qualora venga consentito ai laboratori privati di erogare tutte le prestazioni delle Branca 00.

Linee di attività

Si ritiene necessaria una evoluzione del modello ideato con il D.C.A. 219/14 verso il disegno e la realizzazione di un modello integrato pubblico/privato quale ipotesi di potenziamento del sistema assistenziale e dell'innalzamento della qualità percepita, caratterizzato da un approccio di governo unificato. In tale ottica l'uniformazione del repertorio prestazionale pubblico/privato, così come indicato nel nomenclatore nazionale (ad eccezione, quindi, dei settori specializzati di genetica medica, anatomia patologica, microbiologia e virologia e farmaco – tossicologia) rappresenta la naturale evoluzione.

Si ritiene necessario centralizzare le attività analitiche in laboratori Hub pubblici metropolitani (capacità produttiva $\approx 10^7$ esami), Hub pubblici provinciali (capacità produttiva $\approx 4X10^6$ esami) e Hub privati ad elevata produttività obbligatoriamente collocati nel territorio regionale.

Si ritiene di recepire il nuovo nomenclatore tariffario nazionale ovvero elaborare un nuovo tariffario regionale che, attraverso la rideterminazione delle tariffe in un'ottica di ottimizzazione costo/beneficio, favorisca l'ulteriore aggregazione degli attuali laboratori con funzione analitica e l'innalzamento della soglia di produzione.

E' necessario definire una metodologia standardizzata in ambito regionale per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica, per ciascuna prestazione erogata per conto di altre strutture, al fine di determinare i costi di trasferimento, inclusi quelli della logistica, con revisione annuale.

Ai fini di una piena integrazione è essenziale sviluppare un Laboratorio Logico Unico (LLU - rete informatica regionale) e attuare il collegamento in rete di tutte le strutture sia pubbliche che private.

Il raccordo tra la rete pubblica (DCA 2 luglio 2014, n. U00219 e s.m.i.) e quella privata (DCA 21 aprile 2017, n. U00115), avverrà con l'emanazione di un apposito decreto entro marzo 2021, nel quale saranno definiti gli aspetti comuni (modalità di refertazione, repertorio prestazionale) e le modalità di effettuazione del *service* presso le strutture di riferimento regionale per gli esami a bassa frequenza. Nel medesimo provvedimento sarà prevista l'integrazione dei policlinici universitari.

Si identificano, inoltre, le seguenti linee di intervento:

1. Individuazione di requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi, service e trasporto campioni biologici. Particolare attenzione sarà posta nella individuazione di requisiti di qualità che garantiscano livelli adeguati ed in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, sia sul settore pubblico che privato;
2. Redazione di linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale e per l'acquisizione centralizzata dei sistemi diagnostici
3. Individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera;
4. sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica;
5. Definizione di un ambito di progressivo sviluppo della rete del laboratorio logico unico regionale che possa tendere alla complessiva revisione dei parametri quantitativi a favore di modelli fondati sull'ottimizzazione del rapporto costo beneficio.
6. Uniformazione del repertorio prestazionale dei soggetti pubblici e privati.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie e Case di Cura accreditate
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- LazioCREA

Risultati attesi e tempistiche

1. Decreto per individuazione requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi e service entro dicembre 2019
2. Decreto programmatorio delle linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale entro dicembre 2019
3. Decreto di individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera entro dicembre 2019
4. a Redazione ed approvazione con provvedimento regionale di un documento che descriva una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica, entro giugno 2020
   4. b Implementazione in ambito regionale della metodologia descritta al capoverso precedente, entro dicembre 2020
5. a Definizione di un documento progettuale per la realizzazione del LLU entro febbraio 2020
   b Avvio Fase Pilota LLU entro giugno 2020 e Attuazione LLU entro dicembre 2021
6. Decreto per l'uniformazione del repertorio prestazionale entro giugno 2020

17.6 Gestione dei tempi e Liste di Attesa

Nell'ambito dell'offerta assistenziale rivolta ai bisogni dei cittadini, la Regione Lazio ha definito le principali linee di intervento in materia con il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2013-2015" approvato con il DCA n. U00437/2013 e, successivamente con DCA n. U00110/2017, a seguito del quale tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato i propri piani attuativi. Il PNGLA 2019-2021 è stato recepito a livello regionale con il DCA n. U00152 del 30.4.2019, successivamente la Regione ha pubblicato con DCA n. U00302 del 25.7.2019 il "Piano Regionale per il Governo delle liste di attesa".

La Regione Lazio intende individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema sia per rispondere in modo tempestivo e puntuale ad un bisogno assistenziale di nuova insorgenza, che per assicurare il percorso assistenziale per un bisogno di salute cronico, che prevede comunque un'integrazione tra i vari livelli

assistenziali, dalle cure primarie alla specialistica e ai ricoveri, ma con una gestione integrata e programmata dei protocolli diagnostici.

Con Determinazione regionale n. G13203 del 3.10.2019 è stata istituita la Cabina di Regia regionale per il governo delle liste di attesa**,** come indicato nel Piano Regionale di cui al DCA n. U00302/2019, la quale, al fine di rendere omogenee le azioni da intraprendere su tutto il territorio laziale, con il compito di:

- coordinare le azioni di governo delle liste di attesa, con particolare riguardo alle azioni sovra-aziendali o regionali;
- supportare le Aziende sanitarie regionali nella definizione e implementazione dei Piani attuativi locali;
- diffondere informazioni in merito a soluzioni organizzative, tecnologiche o regolatorie adottate o sperimentate per la soluzione di particolari criticità nel governo della domanda o dell'offerta;
- risolvere eventuali controversie;
- provvedere all'individuazione delle prestazioni erogabili negli Ambiti di Garanzia;

Come già espresso nella Riorganizzazione dell'Assistenza Specialistica, è necessario implementare la distinzione tra le prime visite e le visite successive, di controllo/*follow up*. Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali devono essere prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

È stato pertanto avviato il percorso per la definizione di regole e strumenti per consentire il governo delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

A livello prescrittivo, la Regione Lazio intende proseguire nel piano di diffusione della ricetta medica dematerializzata, di cui al DM del 2 novembre 2011, sia mediante la cooperazione applicativa con i sistemi in uso presso le strutture ospedaliere e territoriali, MMG e PLS, sia mediante investimenti mirati alla diffusione degli strumenti tecnologici necessari alla prescrizione elettronica.

La prescrizione della ricetta dematerializzata deve rappresentare, entro il triennio di vigenza del presente piano, la parte più rilevante delle prescrizioni. A tal fine le ASL, AO, AOU, IRCCS pubblici effettueranno una rilevazione dei propri fabbisogni, in termini di dotazione *hardware* (pc e rete) per tendere ad avere il 100% della ricettazione dematerializzata. Su tale aspetto dovranno essere assegnati specifici obiettivi di budget a livello aziendale.
Per dar seguito a quanto indicato in precedenza, le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina, lasciando una quota dedicata alle visite di controllo/*follow up*. Un efficace governo dell'offerta prevede che la quota da destinare alla presa in carico del paziente venga stabilità da ogni ASL, AO, AOU, IRCCS pubblici a seguito di una verifica dei propri fabbisogni e valutazione delle risorse necessarie per la loro soddisfazione

Tra le azioni di governo si intende rafforzare l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico, sia se trattasi di prestazioni in primo accesso che se trattasi di accesso successivo; inoltre le azioni poggiano sull'indicazione del tipo di accesso e, per le prestazioni in primo accesso, della Classe di priorità. L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiverà la richiesta da parte del medico di effettuare le prestazioni successive al primo accesso, le quali saranno prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

Al fine di raggiungere quest'ultimo obiettivo, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. Pertanto, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema ReCUP.

Un aspetto decisivo per la riduzione delle liste e dei tempi d'attesa è legato alla capacità, da parte del SSR, di promuovere l'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e terapeutici.
Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste di attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda delle prestazioni.
Il raggiungimento di questo obiettivo, è possibile solo con:

- il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali;
- utilizzo sistema RAO, allegato C del PNGLA 2019-2021
- l'adozione di *Linee guida* e *Protocolli diagnostici*, basati su evidenze di efficienza ed efficacia
- appropriatezza ed implementazione di PDTA per realizzare una forte integrazione nella rete dei servizi, al fine di superare la frammentarietà del sistema

La Regione Lazio promuove il governo clinico della domanda di prestazioni specialistiche, implementando l'utilizzo del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), tenendo presente le *Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche'*, già adottate dalla regione con DCA 110/2017 e quelle previste nel PGNLA 2019-21.
I prescrittori (pubblici, privati accreditati abilitati all'utilizzo del ricettario regionale, MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali) devono obbligatoriamente utilizzare il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) a partire dal 01/01/2020.
Un ulteriore obiettivo regionale per il governo dei tempi di attesa è l'attuazione di interventi finalizzati a favorire l'appropriatezza delle prestazioni e la continuità delle cure, tra cui la definizione degli ambiti di garanzia territoriale per le prestazioni ambulatoriali secondo criteri di prossimità e complessità della prestazione, analisi della domanda di salute, ed una maggiore coerenza tra l'accreditamento nei diversi setting assistenziali facenti parte del medesimo soggetto erogatore. Con Determinazione regionale n. G 149888 del 4.11.2019 sono state individuate e trasmesse alle Aziende le prestazioni erogabili negli ambiti territoriali di garanzia (ATG). Entro 60 giorni dalla ricezione della determinazione sugli ATG, le aziende dovranno inviare, alla Direzione Salute regionale, i Piani Attuativi aziendali, preventivamente sottoposti all'osservatorio aziendale per le liste di attesa.
Un ulteriore obiettivo regionale per il governo dei tempi di attesa è l'attuazione di interventi finalizzati a favorire l'appropriatezza delle prestazioni e la continuità delle cure, tra cui la definizione degli ambiti di garanzia territoriale per le prestazioni ambulatoriali secondo criteri di prossimità e complessità della prestazione, analisi della domanda di salute, ed una maggiore coerenza tra l'accreditamento nei diversi setting assistenziali facenti parte del medesimo soggetto erogatore.
Per la piena attuazione del Piano nazionale e regionale di governo delle liste di attesa, infine, l'obiettivo regionale sarà di implementare l'informatizzazione del processo di prescrizione, prenotazione ed erogazione, al fine di permettere il monitoraggio delle attività, rilevare le criticità e permettere l'accesso alle cure in modo uniforme in tutto il territorio regionale.
Al fine di supportare le Aziende nel raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRGLA 2019-2021, con Determinazione n. G17686 del 16.12.2019 sono stati ripartiti i fondi per la realizzazione di progetti per l'abbattimento delle liste d'attesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, coerenti con quanto previsto dal "Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021" di cui al D.C.A. 25 luglio 2019, n. 302, dedicati con particolare riferimento a:

- progetti per la separazione dei canali di primo accesso e di controllo, sia per le visite specialistiche sia per le prestazioni strumentali, per le branche critiche;
- attuazione di percorsi di tutela nel caso in cui l'offerta aziendale non riesca a garantire la prestazione entro i tempi massimi previsti;
- incremento delle prescrizioni con ricetta dematerializzata

Linee di intervento

1. approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2019-2021, avvenuta con DCA 302 del 25.7.2019,

2. Individuazione con Determinazione regionale n. G 14988 del 4.11.2019, delle prestazioni erogabili negli Ambiti territoriali di Garanzia
3. Ripartizioni fondi per la realizzazione di progetti per l'abbattimento delle liste d'attesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, coerenti con quanto previsto dal "Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021" di cui al D.C.A. 25 luglio 2019, n. 302, con Determinazione n. G17686 del 16.12.2019
4. Approvazione dei Piani attuativi aziendali
5. stipula accordi con MMG e PLS per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa. LazioCREA svilupperà soluzioni tecnologiche per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate direttamente da parte dei MMG, PLS e Specialisti Ospedalieri e Territoriali
6. concessione alle Aziende Sanitarie Locali della capacità negoziale di contrattare quota parte del budget con gli erogatori privati e con le Aziende Ospedaliere/IRCCS per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento previsti
7. adozione degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012.
8. messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali, di prenotazione, pubbliche e private accreditate, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI. Sarà ribadito che i calendari per le prenotazioni non potranno essere chiusi;
9. miglioramento dell'integrazione tra i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle attività ed il Fascicolo Sanitario Elettronico, al fine di permettere il monitoraggio delle attività le azioni di monitoraggio *ex post* ed *ex ante* delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale che in libera professione (rif. Regolamentazione regionale dell'ALPI);

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- LazioCREA
- MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali
- Associazioni di pazienti/cittadini

Risultati attesi e tempistiche

1. approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2019-2021, avvenuta con DCA 302 del 25.7.2019,
2. Individuazione con Determinazione regionale n. G 14988 del 4.11.2019, delle prestazioni erogabili negli Ambiti territoriali di Garanzia Approvazione dei Piani attuativi aziendali
3. Piani attuativi aziendali entro gennaio 2020 e monitoraggio periodico trimestrale dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa
4. Accordi con PLS, MMG e Specialisti Ambulatoriali entro i termini previsti per il rinnovo al fine di consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa entro il 30 giugno 2020
5. adozione di un provvedimento che attribuisca capacità negoziale per le Aziende Sanitarie di contrattare quota parte del budget con gli erogatori privati e con le Aziende Ospedaliere per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento previsti, annuale entro luglio di ogni anno.

6. adozione degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012 entro 31 dicembre 2020;
7. messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali e configurate per classi di priorità, di prenotazione, pubbliche e private accreditate, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI per step progressivi entro dicembre 2019.
   In relazione alla disponibilità delle agende anche dei privati accreditati attraverso la piattaforma di prenotazione regionale ReCUP è bene precisare che già attraverso il DCA U00231 del 08.06.2018 e il DCA U00513 del 24/12/2018 erano state stabilite le regole per il conferimento da parte dei privati di una quota parte delle proprie agende, soprattutto quelle di primo accesso, fino ad un massimo del 70% della propria produzione.
8. Monitoraggio delle attività indicate nel PRGLA, da completare entro dicembre 2021.

17.7 Cure domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti

Con DCA n. 283 del 7 luglio 2017 sono stati definiti i requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari, il percorso di accreditamento e le linee guida per la selezione del contraente. Lo stesso provvedimento ha definito il fabbisogno assistenziale, a livello regionale e di singola ASL. Successivamente il DCA 95 del 22 marzo 2018 ha approvato le nuove tariffe per le attività di cure domiciliari, coerenti con i nuovi requisiti, nonché le modalità di qualificazione dei soggetti erogatori per le tre fasce di intensità assistenziale "bassa", "media" e "alta" e le linee guida a cui le ASL dovranno attenersi per la selezione del contraente dall'elenco dei soggetti accreditati. Infine il DCA n. 519 del 28 dicembre 2018 ha approvato l'elenco, per ASL, dei soggetti erogatori accreditati e la relativa fascia di qualificazione.

L'anno 2020 vedrà il completamento del passaggio da una erogazione dei servizi sulla base di capitolati di gara e aggiudicazioni ad un sistema fondato su autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione dei *provider* di cure domiciliari per non autosufficienza. Con ciò perseguendo l'incremento della copertura della popolazione ultra-sessantacinquenne presa in carico per le cure domiciliari, secondo quanto previsto dallo standard "griglia di valutazione LEA", e la maggiore omogeneità territoriale dell'offerta.

Coerentemente con il ridisegno dell'offerta di servizi domiciliari, andrà rivista la configurazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti, in un unico quadro di potenziamento dell'offerta territoriale volto al conseguimento degli obiettivi di erogazione LEA.

Linee di intervento

1. Gestione del percorso di transizione al nuovo modello organizzativo di cure domiciliari per persone non autosufficienti, in coerenza con quanto disciplinato dal DCA n. U00095/2018, attraverso l'istituzione di un apposito tavolo tecnico per la gestione della fase transitoria. Previsione di un incremento relativo alle risorse economiche rese disponibili per questo setting assistenziale al fine di aumentare il numero delle persone prese in carico a domicilio.
2. Sviluppo delle azioni a favore delle persone non autosufficienti in coerenza con quanto previsto dal Piano Cronicità.
3. Revisione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti attraverso la istituzione di apposito gruppo di lavoro per individuazione degli standard di riferimento e la conseguente rideterminazione del fabbisogno, in coerenza con le linee di intervento precedenti.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria degli HCP

Risultati attesi e tempistiche

Linea di intervento 1:

1. Adozione del provvedimento regionale di potenziamento delle reti territoriali entro il 31 luglio 2019.
2. Disponibilità di un elenco di soggetti erogatori accreditati per le cure domiciliari per ASL entro 31 marzo 2019.
3. Contrattualizzazione da parte delle ASL dei soggetti erogatori ADI a partire da gennaio 2020.

Linea di intervento 2:

Raggiungimento dello standard LEA di copertura in cure domiciliari della popolazione ultrasessantacinquenne entro 31 dicembre 2020.

Linea di intervento 3:

Adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di fabbisogno di residenzialità e semi residenzialità per persone non autosufficienti entro 30 giugno 2020.

17.8 Il ruolo delle cure Primarie

Tra le azioni strategiche dei Programmi operativi si colloca la definizione di un modello organizzativo di riferimento delle cure primarie per la regione Lazio, in grado di mettere in rete le forme associative della medicina generale e della pediatria di libera scelta con i principali nodi dell'offerta di servizi territoriali che trovano nel distretto la loro collocazione:

- Servizi di prevenzione
- Servizi di continuità assistenziale
- Specialistica ambulatoriale
- Salute mentale e dipendenze
- Infermieristica di Comunità
- Ospedali di Comunità
- Servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi e per la non autosufficienza
- Cure domiciliari
- Reti delle cure palliative e della terapia del dolore
- Consultori familiari
- Farmacie dei servizi

Nella Regione Lazio operano forme associative della Medicina generale denominate Unità di Cure Primarie (UCP), a cui ad oggi aderiscono 3.872 medici di medicina generale, pari all'86% dei medici in servizio. Attualmente le UCP sono 601, con un minimo di 3 medici (nelle zone disagiate) ed un massimo di 16.

Attraverso il referente dell'UCP si realizza il raccordo con il Distretto, soprattutto per quanto concerne la medicina di iniziativa e la presa in carico dei pazienti cronici. Nell'ambito del nuovo accordo integrativo regionale con la medicina generale dovranno essere definite le modalità attuative delle AFT e delle UCCP nonché le loro relazioni con la rete territoriale.

In particolare, il nuovo modello organizzativo delle Cure primarie deve rispondere ai bisogni sanitari delle persone relativi sia a condizioni di nuova insorgenza che a patologie croniche e ai loro esiti, che a condizioni di fragilità e di complessità sociosanitaria, all'interno di un Distretto orientato alla valutazione dei bisogni e alla costruzione di risposte sanitarie integrate, anche secondo il modello organizzativo della Casa della Salute.

Il sistema delle cure primarie della Regione Lazio deve quindi essere orientato secondo le seguenti direttrici principali:

- **Prevenzione**, sia primaria (stili di vita, vaccinazioni) che secondaria, secondo gli indirizzi del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione oncologica. Educazione e informazione sanitaria degli assistiti.
- **Presa in carico** delle persone con patologie croniche, secondo gli indirizzi del Piano Nazionale e Regionale della Cronicità, anche attraverso l'approccio di stratificazione della popolazione secondo gli indirizzi regionali e l'inserimento degli assistiti in percorsi assistenziali individuali che si avvalgano dei PDTA validati a livello regionale.
- **Continuità dell'assistenza** e promozione dell'accessibilità al sistema delle cure primarie, anche per ridurre l'utilizzo inappropriato del Pronto soccorso per prestazioni non urgenti. La continuità tra i diversi livelli di assistenza e soprattutto tra ospedale e territorio può vedere un importante ruolo del medico di medicina generale, anche in riferimento a una organizzazione territoriale che preveda una offerta di posti territoriali e/o servizi residenziali all'interno di apposite strutture di cure intermedie, nonché delle Cure domiciliari.
- **Appropriatezza** delle prestazioni, governo della domanda e liste di attesa, anche attraverso attività di prenotazione delle prestazioni contestualmente alla prescrizione delle stesse. Il medico di medicina generale può concorrere ai processi di governo della domanda attraverso l'analisi dei bisogni, la scelta clinico-terapeutica e l'individuazione di un percorso assistenziale efficace e appropriato;
- **Integrazione** delle cure primarie nella rete dei servizi territoriali distrettuali e aziendali, attraverso lo sviluppo della condivisione dei dati tra i diversi sistemi informativi che garantiscano la disponibilità di informazioni relative all'assistito nei diversi punti della rete.

Tali attività trovano, come luogo privilegiato di svolgimento, le forme associative della medicina generale.

Regione Lazio, nelle more dell'approvazione dell'ACN, ha riaperto nel mese di ottobre 2019 il tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali dei medici di assistenza primaria. Nell'ambito del nuovo Accordo integrativo regionale con la medicina generale devono essere definite le caratteristiche delle nuove Unità di Cure Primarie (che assolvono alle funzioni delle AFT) e, da apposito tavolo tecnico, le modalità attuative delle UCCP nonché le loro relazioni con la rete territoriale. Per quanto riguarda il rapporto tra UCP (che come si è detto svolgono le funzioni di AFT) e le UCCP, ogni UCP sarà collegata funzionalmente con la UCCP di riferimento. Il quadro sopra delineato dovrà comunque essere oggetto di accordo con le rappresentanze sindacali della medicina generale. Il cronoprogramma indicato dalla Regione prevede la conclusione dei lavori del tavolo entro il 31 marzo 2020

A supporto del modello organizzativo e in coerenza con esso vanno ulteriormente sviluppati Sistemi informativi territoriali che garantiscano la disponibilità di informazioni relative all'assistito nei diversi punti della rete e che, al contempo, assolvano ai previsti debiti informativi.

Obiettivo del nuovo modello organizzativo è rispondere efficacemente ai bisogni sanitari delle persone legati sia a condizioni di nuova insorgenza che a malattie croniche e ai loro esiti, alle condizioni di fragilità e di complessità sociosanitaria. Il modello di lavoro dovrà basarsi sulla attività di équipe multi disciplinari, che affrontino la cronicità in un'ottica proattiva e di equità di accesso alle cure, all'interno di un Distretto orientato alla valutazione dei bisogni e alla costruzione di risposte sanitarie integrate, anche secondo il modello organizzativo della Casa della Salute.

Le Cure Primarie rappresentano uno dei principali elementi a sostegno del Piano Cronicità. Già nel DCA 565/2017 è espressamente prevista l'effettiva presa in carico del paziente cronico/fragile da parte del medico di medicina generale attraverso il monitoraggio informatico della stessa e la verifica dell'adesione ai PDTA della popolazione interessata. Analoghe previsioni sono riportate nel DCA 40/2018 con riferimento al ruolo dei pediatri di libera scelta nella gestione delle patologie croniche. Inoltre, anche in applicazione del Piano Regionale per le Cronicità, saranno identificati ruoli e funzioni per gli specialisti ambulatoriali convenzionati. Infine, si intende valorizzare il ruolo attivo dell'infermiere nella gestione del paziente cronico.

La messa in rete dei vari ambiti e il consolidamento della filiera assistenziale costituiscono un elemento determinante la qualità e l'efficacia della presa in carico del paziente cronico a livello territoriale. La modalità organizzativa preferenziale di erogazione delle cure primarie è individuata nelle UCP e UCCP. Obiettivo prioritario è l'attivazione di almeno una UCCP per distretto.

Merita infine richiamare come anche le **farmacie** costituiscano un importante punto di riferimento soprattutto per la persona con cronicità e per i suoi familiari, essendo un punto di accesso di grande capillarità e diffusione sul territorio: il loro coinvolgimento attivo può facilitare il conseguimento di significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria e di aderenza ai trattamenti, nel rispetto di protocolli condivisi con il team di cura.

Linee di intervento

1. Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie per il consolidamento delle UCP e lo sviluppo delle AFT e delle UCCP.
2. Nuovo Accordo integrativo regionale con Medicina generale e Pediatria di libera scelta, in coerenza con le linee strategiche previste dal Piano cronicità e con l'emanando ACN.
3. Accordo integrativo regionale con gli specialisti ambulatoriali convenzionati, a sostegno del Piano cronicità.
4. Definizione di un modello di infermieristica territoriale (ambulatoriale e di comunità) e di specifici percorsi formativi, con relativo repertorio prestazionale e corrispondente sistema informativo
5. Sviluppo di un modello di farmacia dei servizi integrato con le cure primarie.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- MMG e PLS
- Specialisti
- OPI
- Federfarma

Risultati attesi e tempistiche

1. Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie entro il 30/06/2020;
2. Individuazione modalità attuative di costituzione e funzionamento delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) entro il 31/12/2020;
3. Nuovo accordo integrativo con MMG, PLS e Specialisti convenzionati entro 31/12/2020;
4. Documento di indirizzo su ambulatori infermieristici e infermieristica di comunità e definizione di un nomenclatore delle prestazioni infermieristiche entro 30/06/2021.
5. Documento di indirizzo su farmacie dei servizi integrate nelle cure primarie entro il 31/12/2020.

17.9 Case della salute

Regione Lazio ha intrapreso un percorso di investimenti e di miglioramenti organizzativi nell'ambito delle attività distrettuali volti a favorire un maggiore accesso ai servizi ed una pronta e integrata risposta ai bisogni e alle necessità assistenziali delle persone, a beneficio soprattutto delle fasce più deboli e delle persone con cronicità. In particolare, alcuni modelli organizzativi innovativi favoriscono l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, come nell'esempio delle Case della Salute, nodo di integrazione intelligente dei servizi che, con ampia copertura di orario assistenziale e prestazioni offerte, è in grado di incrementare l'accessibilità e contribuire anche all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale.
Nella tabella di seguito riportata si rappresenta lo stato di attivazione / programmazione delle Case della Salute nella Regione Lazio.

	ASL	Mun /Dist		Provincia / Quartiere	Precedente	Denominazione Attuale	data apertura
01	LT	**3**	**Sezze**	Latina	ex osp	Cds Sezze	Attivata
02	FR	**D**	**Pontecorvo**	Frosinone	ex osp	Cds Pontecorvo	Attivata
03	Rm6	**H1**	**Rocca Priora**	Roma	ex osp	Cds Rocca Priora	Attivata
04	Rm1	**I**	**Roma**	Trionfale	Poliambulato	Cds Prati - Trionfale	Attivata
05	RI	**2**	**Magiano Sabina**	Rieti	ex osp	Cds Magliano Sabina	Attivata
06	Rm2	**VI**	**Roma**	Torrenova	Poliambulato	Cds Tenuta di Torrenova	Attivata
07	Rm3	**X**	**Roma**	Ostia	Poliambulato	Cds Ostia	Attivata
08	Rm4	**F2**	**Ladispoli**	Roma	Poliambulato	Cds Ladispoli-Cervetri	Attivata
09	FR	**C**	**Atina**	Frosinone	ex osp	Cds Atina	Attivata
10	Rm5	**G5**	**Zagarolo**	Roma	Pres. Terr.	Cds Zagarolo	Attivata
11	VT	**B**	**Soriano nel Cimino**	Viterbo	ex osp	Cds Soriano nel Cimino	Attivata
12	FR	**B**	**Ceprano**	Frosinone	ex osp	Cds Ceprano	Attivata
13	VT	**A**	**Bagnoreggio**	Viterbo	ex osp	Cds Bagnoreggio	Attivata
14	FR	**B**	**Ferentino**	Frosinone	ex osp	Cds Ferentino Distretto B	Attivata
15	Rm2	**V**	**Roma**	Prenestino	Poliambulato	Cds S. Caterina della Rosa	Attivata
16	FR	**B**	**Ceccano**	Frosinone	ex osp	Cds Ceccano	Attivata
17	Rm1	**XV**	**Roma**	Labaro	Poliambulato	Labaro-Prima Porta	Attivata
18	LT	**3**	**Priverno**	v. Ma. del Cuore		nuova struttura	Attivata
19	Rm2	**VII**	**Roma**	Tuscolana	Poliambulato	*"D. Bosco"v. Antistio 12*	Attivata
20	Rm1	**I**	**Roma**	Trastevere	ex osp	*"Nuovo Regina Margherita* "	Attivata
21	Rm6	**H6**	**Anzio**	Roma	Poliambulato	Villa Albani	Attivata
22	LT	**1**	**Aprilia**	Latina	Poliambulato	sede distretto	Attivata
23	Rm5	**G2**	**Palombara S.**	Roma		*"ex osp. SS. Salvatore"*	31/12/2021
24	Rm5	**G2**	**Guidonia Montecelio**	Roma		Distretto/Apoliambulatorio	31/12/2021
25	VT	**B**	**Ronciglione**	Viterbo		ex ospedale	31/12/2021
26	Rm3	**D**	**Fiumicino** (Palidoro)	Roma		manufatto da completare	30/09/2020
27	LT	**5**	**Gaeta**	Roma		ex ospedale Di Liegro	31/12/2021
28	Rm1	**II**	**Roma**	Circ.Noment. 498		Poliambulatorio	31/12/2021
29	Rm4	**F4**	**Rignano Flamino**	Roma		manufatto da completare	31/12/2020
30	LT	**2**	**Sabaudia**	Latina		Poliambulatorio	31/12/2020

Al 31 dicembre 2019 sono attive 22 Case della Salute.

Linee di intervento

- Proseguimento nell'attivazione di ulteriori Case della Salute (ad oggi ne sono operanti 19) nei territori che ne sono sprovvisti, sulla base di specifici finanziamenti programmati e secondo uno standard strutturale e funzionale modulare.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- MMG e PLS
- Specialisti
- OPI

Risultati attesi e tempistiche

- Attivazione delle 14 Case della Salute entro il 31/12/2021.

17.10 Le attività dei consultori

Consolidamento delle attività consultoriali e dei percorsi socioassistenziali previsti dal DCA 152/2014, con particolare riferimento alla procreazione responsabile e alla violenza di genere.

Linee di intervento

1. Monitoraggio annuale delle attività consultoriali riferite ai percorsi socioassistenziali, attraverso la scheda di raccolta dati;
2. Predisposizione di una scheda *ad hoc* finalizzata alla raccolta dei dati e al monitoraggio degli interventi rivolti alle donne e ai minori che hanno subito violenza.
3. Progetto sperimentale, della durata di 18 mesi, previo parere tecnico del Ministero della Salute e del Ministero Economia e Finanze già richiesto, per eseguire la IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori familiari, funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere. (n. 1 C.F. in collegamento funzionale con un Reparto di Ostetricia e Ginecologia di una struttura ospedaliera). Istituzione di un tavolo tecnico per il monitoraggio delle attività, verifica di fattibilità ed eventuale adeguamento dei requisiti minimi e di accreditamento;
4. Emanazione di disposizioni regionali per la disponibilità e gratuità, presso i Consultori familiari, del test urinario per la diagnosi di gravidanza per le minori e le fasce disagiate.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio annuale entro il 31 dicembre di ogni anno
   Istituzione di un tavolo tecnico per la sperimentazione della IVG farmacologica presso il Consultorio familiare previo parere positivo ministeriale: dicembre 2019.
2. Attivazione Progetto sperimentale per IVG farmacologica presso il Consultorio familiare previo parere positivo ministeriale: giugno 2020.
3. Verifica Progetto sperimentale: giugno 2021.
4. Emanazione provvedimento per la disponibilità e gratuità del test urinario: dicembre 2020.

17.11 L'offerta di cure palliative e rete per la terapia del dolore

Nel rispetto della Legge 38/2010, dell'Intesa Stato Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012 e dell'art. 23 del DPCM 12 gennaio 2017 risulta necessario implementare la rete locale di cure palliative ed in particolare: 1) riorganizzare le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) sia di base che specialistiche per pazienti oncologici e non dell'età adulta; 2) realizzare, come previsto dal DCA n. U00169/2014, l'Hospice pediatrico finalizzato a soddisfare la carenza relativa al fabbisogno assistenziale dei bambini con patologia inguaribile eleggibile alle CP e alle loro famiglie, nonché il relativo Centro di Riferimento per la terapia del dolore e le CP rivolte al minore.

Per quanto concerne la presa in carico delle persone nella fase del fine vita, Regione Lazio identificherà uno specifico percorso assistenziale (PDTA) che integri la componente di assistenza ospedaliera, quella di assistenza residenziale (Hospice) e le Cure palliative domiciliari di base e specialistiche, al fine di favorire i necessari a appropriati cambi di setting e dare maggiore unitarietà alla risposta assistenziale.

Per quanto riguarda la terapia del dolore, con DCA 568/2015 è stata istituita la specifica rete regionale, in attuazione della Legge n. 38/2010. Lo stesso provvedimento individua i Centri Hub e Spoke della rete, i criteri di eleggibilità dei pazienti, il fabbisogno territoriale, i requisiti minimi dei Centri. In particolare, al Policlinico Umberto I, a cui afferiscono 11 centri Spoke, e al Policlinico Tor Vergata, a cui afferiscono 10 centri Spoke, viene confermata la funzione di Centro Hub. Con Determinazione G17760/2018 viene inoltre costituito il Coordinamento regionale

della Rete per la terapia del dolore. Attraverso le attività del Coordinamento regionale, si prevede di monitorare e valutare le attività dei Centri Hub e Spoke, individuando eventuali problematiche organizzative e promuovendo azioni di miglioramento. E' prevista infine entro dicembre 2019 l'attivazione del codice 96 per le strutture che erogano prestazioni per la terapia del dolore.

Linee di intervento

1. Per quanto riguarda la riorganizzazione delle UCPD sono previste le seguenti azioni: a) predisposizione di un documento tecnico sui criteri di eleggibilità; b) predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei soggetti Erogatori delle cure palliative domiciliari; c) definizione del sistema tariffario delle prestazioni erogabili dalle UCPD in coerenza con i nuovi requisiti.
2. Per la realizzazione di un Hospice pediatrico con 10 p.r., per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di Riferimento risulta necessario: a) predisporre un documento tecnico per la definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento; b) ridefinire il sistema tariffario; c) attivare il Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni da erogare.
3. Per la definizione del percorso assistenziale risulta necessario attivare un tavolo di lavoro per la costruzione del percorso prevedendo specifici strumenti di integrazione informativa/informatica tra i diversi attori della filiera assistenziale.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Risultati attesi e tempistiche

LINEA DI INTERVENTO 1:

1. Adozione di provvedimento regionale relativo ai criteri di eleggibilità e ad interventi di Cure Palliative Domiciliari modulati per intensità assistenziale entro 30 giugno 2020
2. Adozione di provvedimenti regionali sulla definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei soggetti Erogatori delle UCPD entro 30 giugno 2020
3. Definizione del sistema tariffario entro 30 giugno 2020
4. Messa a regime del nuovo sistema entro il dicembre 2020

LINEA DI INTERVENTO 2:

1. Adozione di provvedimenti regionali per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per Hospice pediatrico entro dicembre 2019;
2. Definizione del sistema tariffario entro marzo 2020;
3. Avvio delle procedure per l'apertura dell'Hospice pediatrico con 10 p.r. entro 30/06/2020;
4. Attivazione del relativo Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico per pazienti oncologici e non, con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni da erogare entro dicembre 2021.

LINEA DI INTERVENTO 3:

1. Adozione del PDTA fine vita entro il 31/12/2020
2. Introduzione del codice 96 per le strutture che erogano prestazioni per la terapia del dolore a partire dal 1 gennaio 2020

18. Governance farmaci e dispositivi medici

Obiettivo primario della Regione Lazio è garantire la qualità dell'assistenza farmaceutica, assicurando ai cittadini farmaci con il migliore profilo beneficio-rischio, nel rispetto dei budget assegnati a livello nazionale. Nell'ambito della governance farmaceutica un ruolo significativo è rappresentato dall'incremento progressivo dei prezzi e dei costi di trattamento dei nuovi farmaci. Il sistema farmaceutico è in forte evoluzione sia per quanto riguarda l'immissione in commercio di farmaci altamente innovativi, sia per l'applicazione dei nuovi meccanismi di pay back, che dovranno essere semplificati al fine di dare certezza di applicazione a tutti i soggetti coinvolti, e superare il sistematico ricrearsi di contenzioso. In tale ambito la regione sarà chiamata ad operare scelte coerenti con quanto previsto dal documento nazionale di governance farmaceutica. In particolare, la promozione dell'uso appropriato dei farmaci equivalenti erogati in convenzione e in distribuzione per conto è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica nonché alla sostenibilità sociale a carico del cittadino, in considerazione del fatto che la quota di spesa differenziale fra prezzo di riferimento a carico del SSN e prezzo delle specialità di marca è posta per legge a carico del cittadino stesso. In merito ai farmaci biosimilari, considerato che le attuali conoscenze scientifiche sono tali da garantire la sovrapponibilità in termini di efficacia e sicurezza fra i farmaci originatori e i biosimilari, la promozione del loro utilizzo è strumento fondamentale per la sostenibilità del sistema. A tal fine la commissione regionale del Farmaco (CoReFa) sta avviando numerose iniziative per l'implementazione della prescrizione di farmaci biosimilari all'interno della classe con medesima indicazione terapeutica. Particolare attenzione deve essere rivolta al paziente cronico, polipatologico e con fragilità concomitanti, dove l'aderenza terapeutica e le interazioni farmacologiche rappresentano un nodo critico.

Nei provvedimenti adottati nel triennio, la Regione individuerà indicatori di monitoraggio per la valutazione dell'aderenza alle linee di indirizzo regionali su farmaci ad alto costo e ad alto rischio inappropriatezza.

Ai fini di una corretta programmazione delle risorse disponibili è indispensabile che la Regione avvii, con il supporto della CoReFa e del Dipartimento di Epidemiologia, le attività di Horizon Scanning al fine di programmare le risorse economiche necessarie, tenendo conto dell'aggiornamento dell'elenco dei farmaci innovativi e del delisting degli stessi.

Un settore di particolare rilevanza è rappresentato dalla prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo di trattamento nel finevita (3-6 mesi prima del decesso).

L' analisi delle prescrizioni e della spesa dei farmaci nel finevita, consente di verificare la essenzialità o meno dei trattamenti oncologici e un possibile deprescribing, non come atto di rinuncia o di abbandono, ma anzi come presa in carico complessiva del paziente nell'ambito delle terapie palliative, degli hospice e dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento alla qualità della vita.

In analogia alle azioni di governance in ambito farmacologico, la Regione dovrà avviare un adeguato sistema di monitoraggio dell'uso razionale dei dispositivi medici ad alto impatto tecnologico, correlandoli ai volumi di attività delle aziende sanitarie che operano in ambiti altamente specialistici.

18.1 Implementazione dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto

Promozione dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduti (biologico/biosimilari), con il miglior rapporto costo/indicazione autorizzata, all'interno della stessa classe terapeutica d'utilizzo, ai fini di un'efficienza allocativa delle risorse disponibili.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.
2. Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra che tenga conto dell'analisi prescrittiva regionale
3. Analisi prescrittiva regionale per struttura e reparto e valutazione d'uso di farmaci con diverso meccanismo d'azione ma medesima indicazione terapeutica.

4. Approvazione del documento in COREFA *per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici in oncologia* e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione.
5. Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti
6. Approvazione del documento COREFA sulle linee di *indirizzo per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici nelle malattie infiammatorie croniche* e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione.
7. Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- COREFA
- MMG e PLS
- Specialisti ospedalieri
- AIFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori di monitoraggio in rapporto ai consumi entro il 30.07.2019
2. Sviluppo di un modello di budget impact triennale entro il 30.07.2019
3. Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento dei prescrittori all'interno del singolo ente entro il 31/12/2019
4. Linee di indirizzo per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici in oncologia entro il 30.07.2019
5. Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti entro il 31/12/2019
6. Linee di indirizzo per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici nelle malattie infiammatorie croniche entro il 31.03.2020
7. Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti entro il 30/06/2020

18.2 Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità

La regione sta avviando una nuova governance dei dispositivi medici che applicando le metodiche HTA ne valuti il costo efficacia nonché l'impatto organizzativo di utilizzo nelle strutture sanitarie.

Il monitoraggio della spesa si avvarrà di indicatori per valutare l'incidenza del costo dei DM rispetto al valore della attività assistenziale erogata. Il rapporto tra la spesa per DM rilevata dai CE e la produzione (ospedaliera, specialistica, di pronto soccorso ecc.) identificherà la performance delle singole strutture monitorando l'appropriatezza clinica del DM.
In tale ottica si inserisce la realizzazione di uno studio comparativo di efficacia/sicurezza /costi e appropriatezza su dispositivi medici ad alto impatto tecnologico.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.
2. Analisi dati di utilizzazione delle tecnologie in esame e quelle di confronto.
3. Analisi comparativa d'uso dei DM impiantabili e dei costi diretti sanitari. Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.
4. Predisposizione di documento HTA.
5. Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio

- Aziende Sanitarie
- Specialisti ospedalieri
- Ministero Salute

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori di monitoraggio entro il 31.12.2019
2. Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento delle Aziende Sanitarie rispetto agli indicatori di monitoraggio entro il 31.03.2020
3. Adozione dei Registri Dispositivi impiantabili entro il 31.12.2020
4. Predisposizione di documento HTA entro il 30.06.2020
5. Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR entro il 30.06.2021

18.3 Individuazione del budget file F per le strutture private accreditate: criteri e applicazione

Linee di intervento

1. Valutazione analitica dei consumi dei farmaci erogati/somministrati in file F e appropriatezza di uso.
2. Criteri di individuazione dei farmaci acquistabili direttamente dalle strutture private accreditate.
3. Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget.
4. Monitoraggio dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio.
- Aziende Sanitarie e Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio e programmazione dei consumi farmaci file F. delle strutture private accreditate (monitoraggio semestrale a partire dal 1 luglio 2019, programmazione annuale a partire dal 2019)
2. Aggiornamento semestrale degli elenchi di Farmaci e delle strutture (private accreditate) partecipanti al progetto (monitoraggio semestrale a partire dal 1 luglio 2019);
3. Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget (programmazione annuale a partire dal 2019);
4. Monitoraggio semestrale dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi a partire dal 1 luglio 2019.

18.4 Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al riallineamento della spesa farmaceutica a quella delle Regioni con la migliore performance

Governance della spesa farmaceutica convenzionata e dei farmaci in PHT (prontuario ospedale-territorio).

Linee di intervento

1. Valutazione della spesa storica ed analitica dei farmaci erogati in ambito territoriale/ convenzionale e analisi delle classi farmaceutiche ad alto impatto di spesa
2. Predisposizione di atto normativo per l'individuazione di linee di indirizzo prescrittive in ambito territoriale con il supporto del Corefa

Soggetti coinvolti

- COREFA

- AIFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Riduzione della spesa territoriale entro il 01/06/2020
2. Linee di indirizzo su appropriatezza prescrittiva entro il 31.08 di ogni anno a partire dal 31.08.2019

18.5 Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza

Razionalizzazione e appropriatezza d'uso terapia antimicrobica

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e valutazione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
2. Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra, predisposto dal Corefa.
3. Approvazione del documento in COREFA e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione per la sua successiva diffusione e applicazione presso gli enti del SSR.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- COREFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Linee di indirizzo per l'uso appropriato di antibiotici ad alto livello di resistenza entro il 31.03.2020
2. Predisposizione di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale entro il 30.06.2020
3. Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento con il supporto del SERESMI entro il 31/12/2020

18.6 Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso dei farmaci oncologici, con specifico riferimento al fine vita dei pazienti con patologia tumorale

Verificare la essenzialità o meno dei trattamenti oncologici nel fine vita con un possibile deprescribing, non come atto di rinuncia o di abbandono, ma anzi come presa in carico complessiva del paziente nell'ambito delle terapie palliative, degli hospice e dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento alla qualità della vita.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci con focus sui trattamenti nel finevita.
2. Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra, con il supporto del COREFA r per l'individuazione dell'uso dei farmaci oncologici con il miglior rapporto costo/indicazione terapeutica e valutazione d'uso nel SSR.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Esperti Onco-Ematologi
- COREFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale entro il 31.03.2020
2. Razionalizzazione della spesa con focus su farmaci innovativi e potenzialmente innovativi entro il 30.06.2020

18.7 Linee di appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronicità e per il monitoraggio e l'implementazione dell'aderenza terapeutica

Implementazione dell'aderenza terapeutica nei farmaci per la cronicità; ciò richiede anche un ripensamento della prescrizione di alcuni farmaci per le patologie croniche con particolare riferimento al diabete, alle patologie respiratorie (BPCO - Asma) e ai nuovi farmaci per l'anticoagulazione orale (NAO).

Attualmente questi farmaci possono essere prescritti esclusivamente dagli specialisti ospedalieri, mentre nella presa in carico del paziente cronico dalle Comunità di pratica territoriale la prescrizione deve passare alla MMG, per non creare una discontinuità del percorso e la distribuzione a condizioni economiche vantaggiose deve avvenire per il tramite delle farmacie secondo un criterio di prossimità di cura.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci per le terapie cronica
2. Valutazione delle classi terapeutiche a minor aderenza e a maggior rischio ed elaborazione di un documento di sintesi con il supporto del Corefa.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- COREFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori per il monitoraggio dell'aderenza entro il 31/12/2019
2. Proposta da parte del Corefa di linee di indirizzo per il monitoraggio e la valutazione dell'aderenza terapeutica per le strutture del SSR entro il 31.12.2020

18.8 Sperimentazione attività farmacia dei servizi

Attualmente la attività della farmacia è prevalentemente orientata alla distribuzione dei farmaci con una retribuzione basata sul prezzo ancorché regressivo dei medicinali.

In una visione moderna di inserimento della farmacia nell'ambito della Comunità di pratica per la presa in carico dei pazienti cronici, la farmacia va riorientata a fornire servizi al paziente, con specifico riferimento al miglioramento della aderenza terapeutica, alle cure domiciliari e alla integrazione con il team della Comunità di Pratica, retribuendo la farmacia stessa mediante onorario e quindi sganciando la remunerazione dal prezzo dei farmaci. Implementazione di progettualità con le farmacie di comunità al fine di monitorare l'appropriatezza e l'aderenza nelle terapie per la cronicità.

In tale ottica si potranno prevedere sperimentazioni di nuovi modelli assistenziali che siano di supporto al miglioramento della capacità del cittadino di far fronte alla cura al fine di promuovere l'aderenza alla terapia e migliorare la sicurezza delle cure con particolare riferimento alla riconciliazione farmacologica e alla segnalazione di reazioni avverse ai farmaci anche conseguenti ad errori terapeutici.

Un ruolo fondamentale potranno avere le farmacie di comunità nell'apertura del fascicolo sanitario che faciliterà la completa presa in carico dell'assistito cronico e polipatologico nonché ulteriori progetti di dematerializzazione del promemoria farmaceutico grazie all'attivazione del fascicolo farmaceutico

Le farmacie di comunità possono, inoltre, svolgere un ruolo importante nella prevenzione sia attraverso attività di informazione e formazione sia collaborando alla attività di screening, in particolare del colon retto.

Linee di intervento

1. Individuazione di procedure operative per la sperimentazione dei servizi svolti dalle farmacie di comunità in linea con quanto previsto dal tavolo nazionale per la farmacia dei servizi
2. Elaborazione di un progetto condiviso con le associazioni di categoria delle farmacie di comunità per il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e per i servizi di screening del colon-retto
3. Valutazione dei dati di consumo/aderenza e analisi dell'impatto al termine della sperimentazione.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria delle farmacie.

Risultati attesi e tempistiche

1. Recepimento delle linee di indirizzo nazionale entro il 30.11.2019
2. Avvio della sperimentazione entro il 30.01.2020
3. Report sui risultati della sperimentazione entro il 30.01.2021

19. Investimenti in patrimonio e tecnologie

I fabbisogni

Gli investimenti in conto capitale hanno, per propria natura, un orizzonte temporale più ampio rispetto alle spese in conto corrente e, pertanto, in prosecuzione e nel solco dei Programmi Operativi 2016-2018, gli interventi sul patrimonio immobiliare e tecnologico sono finalizzati al completamento del percorso di messa a norma ed in sicurezza, di adeguamento tecnologico e di ristrutturazione degli spazi sanitari (per acuti finalizzato al riordino delle reti ed il rafforzamento dei nodi oltre al rafforzamento dell'offerta territoriale), in ottemperanza a quanto prescritto dal DM 70 del 2.4.2015.

Il quadro degli investimenti da programmare è da leggere nel contesto generale di riorganizzazione non solo della rete ospedaliera, ma dell'intero sistema sanitario regionale; pertanto gli interventi stessi possono intendersi obiettivo connesso al nuovo piano di riordino della rete ospedaliera e territoriale, di qualificazione dell'assistenza specialistica, di connessione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale e alla messa a norma degli spazi destinati alla salute.

La rilevazione dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (di seguito denominati Aziende) è attività propedeutica alla programmazione degli investimenti ed è stata sistematizzata con l'istituzione dell'archivio anagrafico del patrimonio delle ASL (Determinazione Direttore Regionale del 4.7.2017).

Il 49% del fabbisogno si riferisce a obiettivi di sicurezza, in particolare a interventi con finalità strettamente riguardanti l'adeguamento antincendio (essenziale per via della normativa vigente -DM 19 marzo 2015- che prevedere una serie di scadenze tra il 2016 e il 2025 per l'adeguamento alle nuove prescrizioni) e antisismico; il 37% dell'importo di richiesta di finanziamento riguarda interventi di potenziamento e riorganizzazione dell'attività sanitaria; il 14% si riferisce alla conservazione e mantenimento delle condizioni d'uso dei locali relativi all'attività sanitaria e delle tecnologie.

Le strutture sanitarie rivestono un ruolo strategico anche in caso di calamità, quando sono chiamate a svolgere un'importantissima funzione di soccorso alla popolazione, garantendo l'efficace prosecuzione delle prime operazioni di pronto intervento sanitario avviate sul campo.

Il programma di investimento per l'edilizia sanitaria è stato quindi definito in coerenza a:

- gli obiettivi di adeguamento a requisiti strutturali di sicurezza in relazione alle risorse disponibili;
- le esigenze aziendali (fattibilità degli interventi);
- le politiche di investimento e le strategie di sviluppo (priorità degli interventi).

La valutazione delle assegnazioni di finanziamento e la loro calibrazione quali-quantitativa è effettuata a partire dal quadro conoscitivo di monitoraggio e dall'estrazione di dati attraverso report.

Le macro attività di seguito indicate sono articolate in singole progettualità che vengono dettagliate e specificate nell'Allegato 1:

- gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati.
- strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento.
- strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale

Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati

I finanziamenti ed i progetti in corso di esecuzione si riferiscono a linee di nuovi investimenti attivati nel periodo 2013-2018. A ciò si aggiungono gli investimenti precedentemente attivati, sia statali che regionali.

Il monitoraggio procedurale e finanziario degli interventi finanziati viene effettuato con i dati relativi al piano finanziario dei singoli interventi, attraverso la verifica dello stato di attuazione della spesa sia in rapporto al quadro economico iniziale, sia alle eventuali variazioni in corso di realizzazione, confrontata con il cronoprogramma di progetto approvato dalla Regione Lazio.

Inoltre, si procederà al monitoraggio dell'aggiornamento del flusso informativo sulle grandi tecnologie da parte delle Aziende Sanitarie previste nel DM 22.4.2014.

In riferimento agli adempimenti LEA, si evidenziano e confermano per il triennio 2019-2021 le attività riguardanti la condivisione dello stato di avanzamento con i delegati aziendali, l'approfondimento e controllo dei dati pubblicati dalle strutture, la predisposizione dell'autocertificazione regionale, la condivisione con il Ministero della Salute delle modalità di formalizzazione dell'autocertificazione.

Linee di intervento

1. proseguimento del monitoraggio del percorso di adeguamento degli immobili - di proprietà delle Aziende del SSR - alla normativa vigente attraverso la manutenzione straordinaria, la riqualificazione e la ristrutturazione di presidi sanitari, compatibilmente con i finanziamenti assegnati e in coerenza agli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica predisposte dalle Aziende Sanitarie;
2. proseguimento del monitoraggio dell'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR (programmazione triennale ed aggiornamento annuale);
3. proseguimento del monitoraggio e della ricognizione dei finanziamenti regionali assegnati per le manutenzioni straordinarie edili/impiantistiche e per le tecnologie sanitarie, e di quelli assegnati per obiettivi specifici dei precedenti programmi operativi;
4. aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia;
5. monitoraggio del flusso informativo delle grandi apparecchiature NSIS (ai sensi del DM 22.04.2014) finalizzato anche all'aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Ministero della Salute
- Ministero dell'Economia e delle Finanze
- Cassa Depositi e Prestiti
- Laziocrea

Risultati attesi e tempistiche

1. (linee di intervento da 1 a 3) monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione: semestrale a partire da giugno 2020;
2. (linea di intervento 4 e 5) predisposizione dell'autocertificazione regionale, a partire dalla verifica e condivisione formale con i Direttori Generali degli elenchi forniti per l'anno 2019, 2020, 2021 (Adempimento LEA): entro il primo semestre successivo all'anno di riferimento

Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento

Con DM del 25.1.2018 (Ministero della Salute) e DPCM del 24.12.2018 è stato ratificato il riparto del fondo per il Lazio nell'ambito del piano triennale di investimenti con uno stanziamento a favore della Regione Lazio di € 173.166.814,00 (Fondi Strutturali ex comma 140) e € 286.776.348,00 (Fondi INAIL ex comma 602-603), da destinare prioritariamente alla realizzazione di nuovi presidi sanitari, attraverso la costruzione di nuovi edifici ubicati in punti strategici per il territorio regionale, con particolare riferimento agli interventi in zona sismica 1, oltre alla riconversione di un Presidio in attività di servizio al territorio. Il riparto stanzia anche fondi lo sviluppo tecnologico e l'ampliamento dell'IRCCS IFO, HUB della rete oncologica.

Al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di individuare le più efficaci soluzioni innovative in ambito sismico e tecnologico per gli interventi finanziati con la Legge 232/2016, la Regione Lazio intende attivare collaborazioni con le Università pubbliche, tramite la stipula di apposito Protocollo d'intesa.

Inoltre, nell'ottica di intervenire a superare la frammentazione e le disomogeneità aziendali e concentrare l'operatività verso la fissazione di standard regionali uniformi, velocizzando le procedure tipiche dell'attuazione degli investimenti, le Aziende Sanitarie si avvarranno del supporto operativo e tecnico dell'Azienda Lazio.0.

Finanziamenti in conto capitale	**a carico dello Stato**	**a carico della Regione**	**a carico di altri Enti**	**Totale**	
Piano decennale edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/88 III fase (Stralcio 1.A) - DGR 861/2017: 82 Schede	€ 251.219.035,23	€ 13.222.054,49	-	€ 264.441.089,72	Progettazione degli interventi in corso da parte delle Aziende
Piano Decennale Edilizia Sanitaria ex Art. 20 L 67/88 III Fase (Stralcio 1.B1) – DCA U00469/2018 – 18 Schede	€ 103.641.933,81	€ 4.174.838,62	€ 1.280.000,00	€ 109.096.772,43	In corso di revisione il DCA 469/2018
Fondi Statali - Piano Decennale Edilizia Sanitaria ex Art. 20 L 67/88 III Fase (Stralcio 1.B2)	€ 208.410.410,38	€ 10.968.968,97	-	€ 219.379.379,35	In programmazione
Adeguamento alla normativa antincendio – CIPE 16/2013 - DGR 180/2018 – 20 Schede	€ 8.478.304,51	€ 446.226,55	-	€ 8.924.531,06	Progettazione degli interventi in corso da parte delle Aziende
Art. 71 L. 448/98 – Policlinico Umberto 1	€ 103.495.798,78	€ 88.750.733,71	€ 602.760,44	€ 192.849.292,93	Progettazione degli interventi da parte delle Aziende
Art. 71 L. 448/98 – Ospedale Sant'Andrea	€ 104.995.687,58	-	-	€ 104.995.687,58	Progettazione degli interventi da parte delle Aziende
Piano decennale edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/88 I fase - Ospedale di Belcolle	€ 34.344.383,79	€ 1.807.599,15	-	€ 36.151.982,94	Lavori in corso
Legge 232/2016 art. 1, comma 140 – 4 Schede	€ 173.166.814,00	€ 0,00	-	€ 173.166.814,00	Convenzione stipulata con Ministero della Salute - Richiesta rimodulazione
Legge 232/2016 art. 1, comma 602-603 - Fondi INAIL	€ 286.776.348,00	€ 0,00	-	€ 286.776.348,00	Richiesta rimodulazione
TOTALE FINAZIAMENTI	**€ 1.274.528.716,08**	**€ 119.370.421,49**	**€ 1.882.760,44**	**€ 1.395.781.898,01**	

1. Innovare la rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali e la riconversione ad altre funzioni di parte del patrimonio ospedaliero non più disponibile all'adeguamento attraverso l'avvio dell'attuazione degli investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1 comma 140 (Riparto del fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese - € 173.166.814,00) e comma 602 (Fondi INAIL – € 286.776.348,00 – finalizzati anche alla realizzazione del "Nuovo Ospedale del Golfo"). Per i fondi relativi all'art.1 comma 140 e 602 è stata richiesta la rimodulazione al Ministero della Salute: secondo un criterio un criterio di priorità del comma 602 rispetto al 140.
2. Avviare l'assegnazione di finanziamento degli investimenti ex art 20 L. 67/88 relativi allo Stralcio 1.B1, dopo la ratifica dell'Accordo di Programma da parte dei Ministeri sovraordinati (€ 109.096.772,43).
3. Attivare le procedure propedeutiche alla programmazione degli interventi a completo utilizzo dell'importo stanziato nell'ambito dell'Art. 20 L. 67/88, denominato Stralcio 1.B2 per importo di € 219.379.379,35.
4. Attivare le procedure propedeutiche all'attivazione dei nuovi investimenti previsti nella Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 art. 1 comma 555 (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2021) per i fondi ad investimento finalizzati alla manutenzione straordinaria e all'ammodernamento tecnologico dei presidi delle Aziende Sanitarie. Per la realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri della rete (Il Nuovo Ospedale di Rieti sarà realizzato ai sensi della legge 232/2016 art, 1 comma 602 di cui alla rimodulazione richiesta al Ministero della Salute –Il Nuovo Ospedale della Tiburtina sarà realizzato con i fondi della legge 232/2016 art. 1 comma 140 di cui alla rimodulazione richiesta solo dopo l'avvenuta rimodulazione per gli interventi del comma 602 di cui sopra). Per il Nuovo Ospedale di Latina, il cui costo complessivo è stimato in circa 300 mln, si ipotizza la copertura per mezzo dei fondi del disegno di Legge di Bilancio 2020, Art. 7, per l'importo di 120 mln (costo per l'investimento dell'efficientamento energetico-NZEB); per i restanti 180 mln, verrà trovata copertura nei fondi dell'Art. 20 L. 67/88 IV fase, da assegnare alla regione Lazio.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Azienda Lazio.0
- Ministero della Salute
- Ministero dell'Economia e delle Finanze
- INAIL
- Università
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

1. (linea di intervento 1 e 2) Adozione di provvedimento regionale di recepimento dell'Accordo di Programma finalizzato all'assegnazione dei finanziamenti alle Aziende Sanitarie (per lo Stralcio 1.B1 ex art 20 L. 67/88: entro 31.12.2019); Definizione dell'accordo INAIL (31.12.2020)
2. (linea di intervento 3) Aggiornamento del fabbisogno delle Aziende sanitarie in termini di tecnologie, adeguamento e messa a norma, manutenzioni, ristrutturazioni e riqualificazione del sistema edilizio ed impiantistico delle strutture ad uso sanitario (31.12.2019)
3. (linea di intervento 3) Definizione degli interventi da inserire nello stralcio 1.B2 ex art 20 L 67/88 e successiva adozione del provvedimento regionale di programmazione degli investimenti (31.12.2020)
4. (linea di intervento 4) Definizione degli interventi da inserire nei finanziamenti di cui alle leggi di Bilancio 2019-2020 (31 dicembre 2020).

Strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale

Nell'ottica della razionalizzazione delle procedure per l'assegnazione delle risorse disponibili, al fine di perseguire gli obiettivi prefissati, sono programmate attività nel triennio finalizzate a:

- semplificazione delle procedure di trasmissione, di valutazione e di controllo dei progetti trasmessi dalle Aziende;
- standardizzazione dei processi;
- semplificazione delle politiche di finanziamento e di gestione dei fondi.

Nell'ottica di semplificazione delle procedure e standardizzazione dei processi delle politiche di finanziamento e di gestione e monitoraggio dei fondi assegnati, si intende avviare un progetto finalizzato alla realizzazione di un sistema informativo che interessi le fasi dalla programmazione all'assegnazione delle risorse in conto capitale, fino alla valutazione ed approvazione dei progetti, all'esecuzione e al monitoraggio degli interventi e iscrizione nel patrimonio aziendale.

Il nuovo sistema informativo di gestione dell'iter dei programmi di investimento sarà, pertanto, destinato ad integrare le attuali procedure, e contestualmente, fornire gli elementi di supporto alle scelte per la programmazione ed assegnazione dei finanziamenti, al fine di ottenere un'efficace gestione e monitoraggio degli interventi.

Tale strumento informatico dovrà avere le seguenti finalità, partendo dai presisi ospedalieri:

- acquisire, in un archivio centralizzato, una serie di informazioni relative agli interventi edilizi ed alle tecnologie sanitarie proposti dalle Aziende Sanitarie Regionali rispetto ai piani di investimento a cui fanno riferimento (es. patrimonio; modulistica ecc.), *user frendly* per le procedure che le aziende dovranno adottare;
- fornire una serie di elaborazioni statistiche per la Regione e le Aziende Sanitarie Regionali (es. costi sostenuti per gli interventi in relazione alla tipologia), anche georeferenziate;
- costituire la base dati che consentirà la migrazione degli stessi nel sistema informativo sanitario nazionale "Osservatorio degli Investimenti in Sanità (NSIS)".

Il monitoraggio puntuale dei finanziamenti assegnati, con trasparenza del procedimento e riduzione dei tempi di attuazione degli interventi.

Linee di intervento

1. monitoraggio del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie, con la duplice finalità di definirne sistematicamente la consistenza per l'ottimizzare e la programmazione degli investimenti (antincendio, antisismica, ecc.)
2. semplificazione delle procedure di trasmissione, di valutazione e di controllo dei progetti predisposti dalle Aziende sanitarie;
3. standardizzazione dei processi e semplificazione delle politiche di finanziamento e di gestione dei fondi.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Laziocrea

Risultati attesi e tempistiche

1. ((linea di interventi 1) Predisposizione di Report biennali a partire dal 31/12/2019
2. Predisposizione di linee guida (30.03.2020)

3. (linea di intervento 3) Predisposizione dello Studio di fattibilità Tecnico Economica del Sistema Informativo (30.06.2020)

20. Tendenziale, Programmatico e descrizione delle manovre

20.1 Tendenziali 19-21

Il risultato economico di gestione del SSR della regione Lazio era in disavanzo nel 2016 di 136,5 €/mln e nel 2017 di 45,7 €/mln; il Consuntivo 2018 registra, invece, un risultato economico positivo pari a 6,4 €/mln. Tali risultati sono stati raggiunti senza considerare le somme spettanti alla Regione dal *Pay-back* da ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera/acquisti diretti.

Per il triennio 2019-2021 si stima che, il risultato economico tenderà a migliorare per effetto di un incremento dei ricavi pari a 509,2 €/mln (CAGR '21-'18 pari a 1,6%) maggiore rispetto ai costi pari a 325,6 €/mln (CAGR '21-'18 pari a 1%), con un risultato economico tendenziale pari a 86,9 €/mln per il 2019, 38,3 €/mln nel 2020 e 72,2 €/mln nel 2021.

Nel triennio 2019-2021 si prevedono incrementi di costi complessivi per 325,6 €/mln, principalmente dovuti alle seguenti variazioni: aumento dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati per 152,7 €/mln, riduzione degli Altri beni e Servizi per 70,2 €/mln, aumento delle Prestazioni da Privato per 246,5 €/mln.

Tabella 1: Evoluzione tendenziale del Conto Economico

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A1	Contributi F.S.R.	10.450,6	10.622,6	10.717,3	10.866,2	11.059,6	11.204,7	487,4	1,5%
A2	Saldo Mobilità	(197,7)	(268,4)	(289,1)	(266,9)	(259,6)	(259,6)	29,4	-3,5%
A3	Entrate Proprie	390,9	378,7	370,4	444,1	345,8	345,8	(24,6)	-2,3%
A4	Saldo Intramoenia	19,9	15,5	20,1	20,1	20,1	20,1	-	0,0%
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(55,7)	(35,0)	(42,4)	(44,4)	(44,4)	(44,4)	(2,0)	1,5%
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	16,0	(4,3)	(18,9)	-	-	-	18,9	-100,0%
A	**Ricavi**	**10.624,0**	**10.709,1**	**10.757,4**	**11.019,1**	**11.121,5**	**11.266,6**	**509,2**	**1,6%**
B1	Personale	2.708,6	2.664,8	2.671,9	2.671,9	2.671,9	2.671,9	-	0,0%
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	1.014,5	1.063,2	1.160,2	1.208,3	1.259,1	1.312,8	152,7	4,2%
B3	Altri Beni e Servizi	1.924,5	1.923,0	1.939,3	1.849,4	1.848,3	1.869,1	(70,2)	-1,2%
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	20,5	22,6	14,6	14,6	14,6	14,6	-	0,0%
B5	Accantonamenti	328,0	316,3	342,2	304,4	328,1	338,2	(4,0)	-0,4%
B6	Variazione Rimanenze	(4,9)	(11,6)	(0,6)	-	-	-	0,6	-100,0%
B	**Costi Interni**	**5.991,2**	**5.978,3**	**6.127,6**	**6.048,6**	**6.122,1**	**6.206,7**	**79,1**	**0,4%**
C1	Medicina Di Base	607,1	607,9	608,5	608,5	608,5	608,5	-	0,0%
C2	Farmaceutica Convenzionata	903,8	893,4	854,4	854,4	854,4	854,4	-	0,0%
C3	Prestazioni da Privato	2.952,2	2.995,3	3.011,7	3.173,9	3.231,0	3.258,2	246,5	2,7%
C	**Costi Esterni**	**4.463,1**	**4.496,6**	**4.474,5**	**4.636,8**	**4.693,9**	**4.721,0**	**246,5**	**1,8%**
D	**Costi Operativi**	**10.454,3**	**10.474,9**	**10.602,2**	**10.685,4**	**10.816,0**	**10.927,7**	**325,6**	**1,0%**
E	**Margine operativo**	**169,7**	**234,1**	**155,2**	**333,7**	**305,5**	**338,8**	**183,7**	**29,7%**
F	Componenti Finanziarie e Straordinarie	306,2	279,8	148,8	246,8	267,2	266,6	117,8	21,5%
G	**Risultato Economico**	**(136,5)**	**(45,7)**	**6,4**	**86,9**	**38,3**	**72,2**	**65,9**	**124,5%**

Nota: A = *Actual*, Consuntivo; T = Tendenziale.

Ricavi

La voce Ricavi dal 2018 al 2021 incrementa di 509,1 €/mln, per effetto di un aumento delle voci Contributi FSR, Saldo Mobilità ed Entrate Proprie.

Tabella 2: Evoluzione tendenziale dei ricavi

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A1	Contributi FSR	10.450,6	10.622,6	10.717,3	10.866,2	11.059,6	11.204,7	487,4	1,5%
	Contributi F.S.R. indistinto	*10.250,9*	*10.344,6*	*10.462,2*	*10.596,6*	*10.790,0*	*10.935,0*	*472,8*	*1,5%*
	Contributi F.S.R. vincolato	*199,7*	*278,0*	*255,0*	*269,6*	*269,6*	*269,6*	*14,6*	*1,9%*
A2	Saldo Mobilità	(197,7)	(268,4)	(289,1)	(266,9)	(259,7)	(259,7)	29,4	-3,5%
	…di cui Saldo mobilità in compensazione extra	*(197,4)*	*(268,1)*	*(270,9)*	*(239,4)*	*(245,8)*	*(245,8)*	*25,0*	*-3,2%*
	…di cui Saldo mobilità internazionale	-	-	*(18,4)*	*(27,5)*	*(13,9)*	*(13,9)*	*4,5*	*-9,0%*
A3	Entrate Proprie	390,9	378,7	370,4	444,1	345,8	345,8	(24,6)	-2,3%
	Altri Ricavi	(19,8)	(23,8)	(41,2)	(24,3)	(24,3)	(24,3)	16,9	-16,2%
A	**Ricavi**	**10.624,0**	**10.709,1**	**10.757,4**	**11.019,1**	**11.121,5**	**11.266,5**	**509,1**	**1,6%**

La voce **Contributi FSR** dal 2018 al 2021 incrementa di 487,4 €/mln, con un tasso di crescita medio pari all'1,5% nel triennio. In particolare le ipotesi sottostanti a tali valori sono le seguenti:

- per l'anno 2019, il FSR Indistinto è stato posto pari a quanto assegnato alla regione Lazio dalle Intese CSR n. 88 e 90 del 6 giugno 2019, pari a 10.596,6 €/mln e 269,6 €/mln per il Vincolato; quest'ultimo è costituito da 118,3 €/mln per Obiettivi di Piano 2019 di cui all'intesa CSR n. 89 del 6 giugno 2019, per 1,2 €/mln per il Fondo sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate alle farmacie, come da Intesa CSR n. 33/2019; per le ulteriori quote vincolate è stato inserito il valore comunicato dal Coordinamento Tecnico Commissione Salute con riferimento allo stanziamento per l'anno 2019, a seguito di quanto trasmesso dal Ministero della Salute (dato comunicato il giorno 08.11.2019).
- per gli anni 2020 e 2021 è stata calcolata la quota di accesso della regione Lazio sull'incremento del FSN previsto dalla Legge n. 145 del 30 dicembre 2018. Il FSR Indistinto stimato è pari rispettivamente a 10.790,0 €/mln nel 2020 e 10.935,0 €/mln nel 2021, mentre il FSR vincolato rimane pari a quanto stimato per l'anno 2019 (269,6 €/mln).

Il valore del Saldo Mobilità sul triennio migliora di 29,4 €/mln, di cui 25 €/mln di riduzione del saldo di mobilità in compensazione extra, secondo quanto indicato nella Tabella C dell'Intesa CSR n. 88 del 6 giugno 2019, e 4,5 €/mln al saldo di mobilità internazionale. La mobilità internazionale deriva per il 2019 dalla Tabella C dell'Intesa CSR n. 88 del 6 giugno 2019; il valore per il 2020 e il 2021 è stato calcolato al netto del conguaglio anni 2013-2017. Il valore per gli anni 2020 e 2021 è stato posto pari a 13,9 €/mln derivante dalla quota relativa all'acconto anno 2019 pari a 7,5 €/mln incrementato prudenzialmente di 6,4 €/mln per eventuali conguagli; tale valore è relativo ad una annualità dei conguagli complessivi 2013-2017.

Il valore del Saldo di Mobilità per gli anni 2020 e 2021 ricomprende la quota di 6,4 €/mln per le Funzioni di Terapia Intensiva, Terapia Neonatale, Servizio Trasporto Emergenza riconosciute all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Tabella 3: Evoluzione tendenziale delle Entrate Proprie

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	95,6	98,2	91,9	109,8	109,2	109,2	17,3	5,9%
A3.2	Ticket	113,0	102,3	101,9	101,9	101,9	101,9	-	0,0%
A3.3	Altre Entrate Proprie	182,3	178,2	176,7	232,4	134,7	134,7	(41,9)	-8,6%
	…di cui Pay-back per farmaceutica ospedaliera	-	-	42,0	97,8	0,1	0,1	(41,9)	-86,7%
	…di cui Ulteriore Pay-back	43,7	70,0	42,8	42,8	42,8	42,8	-	0,0%
A3	**Entrate Proprie**	**390,9**	**378,7**	**370,4**	**444,1**	**345,8**	**345,8**	**(24,6)**	**-2,3%**

Il valore delle Entrate Proprie, per gli anni 2019-2021, è stato stimato pari al Consuntivo 2018 al netto delle seguenti fattispecie:

- Contributo per la sterilizzazione degli interessi passivi derivanti dall'operazione SANIM che è stato aggiornato secondo il piano di ammortamenti 2019-2021;
- *Pay-back*: nel tendenziale è stato considerato:
  - *Ulteriore Pay-back*: posto pari a 42,8 €/mln, corrispondente a quanto contabilizzato dalla Regione Lazio nell'esercizio 2018;
  - *Pay-back per il superamento della spesa farmaceutica ospedaliera*: nel 2019 è stato considerato il valore degli anni 2013-2017, pari a circa 97,8 €/mln, determinati a seguito delle verifiche di quanto incassato e rilevato a CE negli anni pregressi, rispetto all'ammontare definito dall'Intesa CSR 162 del 10 ottobre 2019, che ha approvato il decreto di assegnazione alle Regioni del *Pay-back* degli anni pregressi 2013-2017. Nello specifico, a fronte del valore di 151,5 €/mln previsto dall'Intesa, è stato rilevato il valore al netto dell'ammontare di 53,7 €/mln iscritto nell'anno 2015 e non ancora incassato. In considerazione dei meccanismi di recupero degli importi sulla base del monitoraggio AIFA per la spesa degli acquisti diretti, non essendo ad oggi possibile stimare puntualmente gli importi da recuperare, per gli anni 2020 e 2021 è stato iscritto un valore simbolico pari a 0,1 €/mln. I ricavi iscritti per gli anni 2020 e 2021 sono stati interamente sterilizzati con un equivalente accantonamento ad altri fondi nel programmatico di ciascun anno;
- *Contributi Legge 210/92:* nel CE Tendenziale 2019-2021 è stato iscritto il valore di 25 €/mln, tenendo conto dell'importo stanziato in bilancio dalla Regione per tale arco temporale.

La voce **Rettifica Contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti** sul triennio è stata stimata costante e pari alla media degli investimenti effettuati dal 2016 al 2018 (44,4 €/mln). A partire dal 2016, infatti, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 118/2011, il valore delle rettifiche deve essere pari al 100% degli investimenti.

La voce **Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati**, in continuità con i criteri adottati per la determinazione del valore Tendenziale dei Programmi Operativi 2013-2015 di cui al DCA n. 247 del 25/07/2014 e 2016-2018 di cui al DCA n. 412 del 14/09/2017, è stata stimata pari a zero, nell'ipotesi che dal 2019 i contributi non utilizzati in corso d'anno siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti. La stima considera anche quanto rilevato dalle aziende al II e III Trimestre 2019, che riporta un saldo positivo quindi un maggiore utilizzo rispetto alle somme accantonate. Pertanto, prudenzialmente si stima un impatto pari a zero.

Costi Operativi

L'evoluzione tendenziale dei Costi Operativi per il triennio 2019-2021 mostra un incremento complessivo dell'1%, di cui 0,4% per i Costi Interni e 1,8% per i Costi Esterni.

Tabella 4: Evoluzione dei Costi Operativi (al netto di Ammortamenti e Accantonamenti)

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
B	Totale Costi Interni	5.991,2	5.978,3	6.127,6	6.048,6	6.122,1	6.206,7	79,1	0,4%
C	Totale Costi Esterni	4.463,1	4.496,6	4.474,5	4.636,8	4.693,9	4.721,0	246,5	1,8%
D	**Totale Costi Operativi (B+C)**	**10.454,3**	**10.474,9**	**10.602,2**	**10.685,4**	**10.816,0**	**10.927,7**	**325,6**	**1,0%**

Costi Interni

Il **Personale** per il triennio 2019-2021 è stato stimato costante e pari al valore del Consuntivo 2018 di 2.671,9 €/mln. La Regione ha approvato i piani triennali di fabbisogno di personale con DCA 405/2018 per il triennio 2018-2020. Per accelerare le procedure concorsuali, la Regione ha svolto degli incontri tecnici al fine di dare indicazione alle Aziende relativamente alla revisione dei piani dei fabbisogni per il triennio 2019-2021. Le indicazioni riguardano anche la realizzazione di procedure aggregate per sopperire alla carenza di figure amministrative nelle aziende.

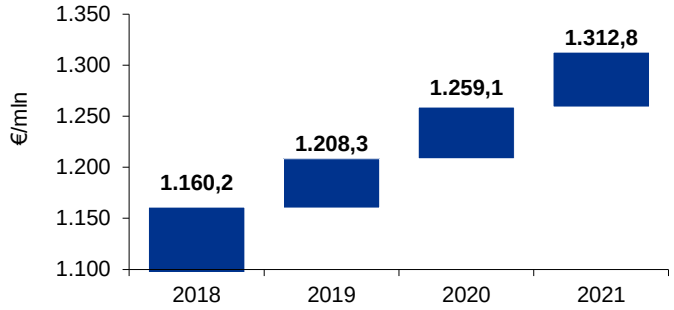
Nelle voci relative agli altri accantonamenti per rinnovi contrattuali (vedi paragrafo sugli accantonamenti), oltre a riportare le quote relative al periodo 2016-2018 fatta eccezione per il comparto, sono stati valorizzati i relativi importi da riconoscere per le diverse tipologie contrattuali (dirigenza, comparto, convenzionati) prevedendo un incremento del 1,3% per il 2019, 1,65% per il 2020, 1,95% per il 2021. Tali percentuali sono state applicate alla somma degli importi rilevati a CE Consuntivo 2018, del costo del personale e della quota degli accantonamenti dei rinnovi contrattuali per il periodo 2016-2018. All'importo dell'anno 2019 è stata scontata la quota di indennità di vacanza contrattuale stimata pari allo 0,42% dal 01.04 al 30.06 e allo 0,7% dal 01/07 al 31/12. La quota dell'IVC riferita all'anno 2019, stimata sul costo del personale del 2018, è pari a 11,9 €/mln.

Tabella 5: Stima IVC pagata per l'anno 2019

€/mln	2019
MMG/PLS/MCA	-
Medici Sumai	-
Dirigenza Medica	4.657
Dirigenza non Medica	486
Comparto	6.744
Totale	**11.888**

La voce **Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati** è stata stimata pari a 1.208,3 €/mln per l'anno 2019, 1.259,1 €/mln per il 2020 e 1.312,8 €/mln per il 2021.

Figura 1: Evoluzione dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati 2019-2021



Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato a Consuntivo 2018, gli incrementi percentuali di seguito riportati:

- File F: +6%;
- DPC: +1,5%;
- Farmaci Ospedalieri: costanti pari al valore del Consuntivo 2018;
- Farmaci HCV: costanti pari al valore del Consuntivo 2018.

Tabella 6: Evoluzione dei costi per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
	File F	564,0	612,8	734,0	778,1	824,7	874,2	140,2	6,0%
	DPC (RM 1)	244,1	277,6	273,1	277,2	281,4	285,6	12,5	1,5%
	Farmaci ospedalieri	157,2	144,3	125,2	125,2	125,2	125,2	-	0,0%
	Farmaci HCV	76,1	28,4	27,8	27,8	27,8	27,8	-	0,0%
B2	**Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati**	**1.014,5**	**1.063,2**	**1.160,2**	**1.208,3**	**1.259,1**	**1.312,8**	**152,7**	**4,2%**

Complessivamente la voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati incrementa nel triennio con un CAGR '21-'18 del 4,2%. Si segnala che l'incremento rilevato tra il 2017 e il 2018 è dovuto, per 48,5 €/mln, all'effetto del DCA n. 70/2017 avente ad oggetto: *"Centralizzazione degli acquisti e modalità di erogazione di farmaci in distribuzione diretta con possibilità di fruizione presso le strutture private accreditate convenzionate Policlinico A. Gemelli, Campus Bio-medico, IDI"*, e della determina G16536 del 30/11/2017 con cui sono state integrate nel processo di centralizzazione degli acquisti le Strutture Ospedale S. Pietro, Ospedale San Giovanni Calibita, Fatebenefratelli e Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

I valori indicati nel tendenziale tengono conto degli incrementi verificatisi nel 2018 per l'acquisto del file F da Privato da parte della ASL Roma 2, come sopra descritto, e dell'incremento fisiologico del File F per gli anni 2019-2021.

La voce **Altri Beni e Servizi** è stata stimata pari a 1.849,4 €/mln nel 2019, 1.848,3 €/mln nel 2020 e 1.869,1 €/mln nel 2021. La riduzione della voce B3.3 *Servizi* del 2019 rispetto al dato a Consuntivo 2018 è riconducibile alla riclassifica della voce BA1530 – *Altri servizi sanitari da privato*, per le prestazioni erogate dalle strutture "*extra ordinem*" (vedi sezione Costi Esterni - Prestazioni da privato).

Le stime sono state effettuate applicando al valore registrato al Consuntivo 2018 il tasso di inflazione programmata (TIP) per l'anno 2019, pari al +1,2%. Il TIP è stato considerato per tutte le voci relative a Altri Beni e Servizi ad eccezione delle voci Consulenze, Premi di Assicurazione, Rimborsi assegni e Contributi che non sono soggette ad inflazione.

Complessivamente la voce Altri Beni e Servizi decrementa nel triennio con un CAGR '21-'18 dell'1,2%.

Tabella 7: Evoluzione dei costi per Altri Beni e Servizi

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
B3.1	Altri Beni Sanitari	521,6	541,5	547,2	553,8	560,4	567,2	19,9	1,2%
B3.2	Beni Non Sanitari	15,7	15,4	14,1	14,2	14,4	14,6	0,5	1,2%
B3.3	Servizi	1.387,2	1.366,0	1.378,0	1.281,3	1.273,4	1.287,3	(90,7)	-2,2%
B3	**Altri Beni e Servizi**	**1.924,5**	**1.923,0**	**1.939,3**	**1.849,4**	**1.848,3**	**1.869,1**	**(70,2)**	**-1,2%**

La voce **Ammortamenti e Costi Capitalizzati** è stata stimata costante per gli anni 2019-2021, per un importo pari a 14,6 €/mln, uguale al valore registrato al Consuntivo 2018.

La voce **Accantonamenti** è stata posta pari a 304,4 €/mln per il 2019, 328,1 €/mln per il 2020 e 338,2 €/mln per il 2021. La variazione della voce dal 2018 al 2021 è stata effettuata considerando:

- Il valore del Consuntivo 2018 decrementato di un importo pari a 69,8 €/mln riconducibile principalmente a: 17,2 €/mln minori accantonamenti della GSA relativi al pay-back del 2016 e accantonato nell'anno 2018; 20 €/mln per ulteriori iscrizioni contabili effettuate dalle Aziende nel Consuntivo 2018; 18,1 €/mln per accantonamenti per i controlli esterni in contestazione effettuati dalla GSA nell'anno 2018, in nome e per conto delle Aziende;
- incremento degli accantonamenti per rinnovi contrattuali per 65,8 €/mln per effetto degli aumenti derivanti dalla stima del costo dei medesimi per il triennio 2019-2021.

Tabella 8: Accantonamenti

	€/mln	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
B5.1	Accantonamenti Rischi	249	179	179	179	(69,8)	-10,4%
B5.2	Accantonamenti Sumai (+TFR)	8	8	8	8	-	0,0%
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali	70	102	126	136	65,8	24,6%
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mora	8	8	8	8	-	0,0%
B5.5	Altri Accantonamenti	8	8	8	8	(0,0)	-0,1%
B5	**Accantonamenti**	**342,2**	**304,4**	**328,1**	**338,2**	**(4,0)**	**(0,0)**

Con riferimento ai rinnovi contrattuali per gli anni 2019-2021 si rappresenta quanto segue:

- per la dirigenza, in aggiunta al 3,48% del Costo Consuntivo 2015, è stato stimato un ulteriore accantonamento per l'anno 2019 pari all'1,3% del Costo Consuntivo 2018, a cui sono stati sottratti le stime del pagato dell'IVC annuale e del Fondo perequativo (0,42% dal 01.04 al 30.06 e 0,7% dal 01.07 al 31.12). Per gli anni 2020 e 2021 gli accantonamenti sono stati calcolati, in aggiunta, al 3,48% del 2018, rispettivamente nella misura dell'1,65% e dell'1,95% del costo dell'anno 2018;
- per il comparto, è stato stimato un accantonamento per l'anno 2019 pari all'1,3% del Costo Consuntivo 2018, a cui sono stati sottratti le stime del pagato dell'IVC annuale e del Fondo perequativo (0,42% dal 01.04 al 30.06 e 0,7% dal 01.07 al 31.12). Per gli anni 2020 e 2021 gli accantonamenti sono stati calcolati rispettivamente nella misura dell'1,65% e dell'1,95% del costo dell'anno 2018;
- per i convenzionati, in aggiunta al 3,48% del Costo Consuntivo 2015, è stato stimato un ulteriore accantonamento per l'anno 2019 pari all'1,3% del Costo Consuntivo 2018. Per gli anni 2020 e 2021 gli accantonamenti sono stati calcolati, in aggiunta, al 3,48% del 2018, rispettivamente nella misura dell'1,65% e dell'1,95% del costo dell'anno 2018.

Tabella 9: Stime accantonamenti per rinnovi contrattuali 2019-2021

€/mln	2019	2020	2021
Accantonamenti per rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	33.826	36.045	37.947
Accantonamenti per rinnovi convenzioni Medici Sumai	6.895	7.341	7.723
Accantonamenti per rinnovi contrattuali: dirigenza medica	43.358	51.597	54.668
Accantonamenti per rinnovi contrattuali: dirigenza non medica	5.846	6.707	7.028
Accantonamenti per rinnovi contrattuali: comparto	12.525	24.457	28.904
Totale	**102.450**	**126.146**	**136.269**

La voce **Variazione delle Rimanenze** non è stata valorizzata.

Costi Esterni

La voce **Medicina di Base** è stata considerata costante nel triennio 2019-2021, pari al Consuntivo 2018 per un valore di 608,5 €/mln.

La **Farmaceutica Convenzionata** è stata considerata, prudenzialmente, costante negli anni 2019, 2020, 2021, pari a 854,4 €/mln, secondo quanto contabilizzato a Consuntivo 2018.

La voce **Prestazioni da Privato** aumenta nel triennio con valori pari a 3.173,9 €/mln nel 2019, 3.231,0 €/mln nel 2020 e 3.258,2 €/mln nel 2021

Figura 2: Prestazioni da privato 2019-2021

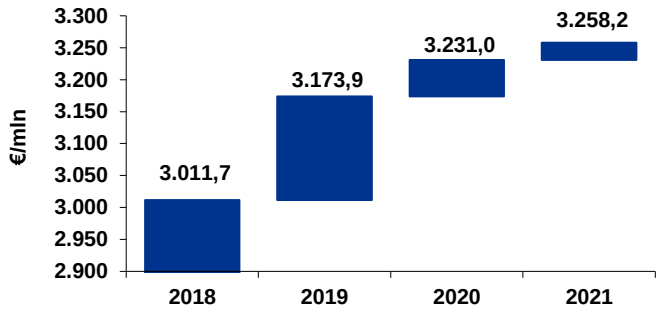


Tabella 10: Dettaglio delle componenti della voce Prestazioni da Privato

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	1.249,5	1.266,3	1.281,2	1.408,0	1.425,4	1.425,4	144,2	3,6%
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	484,6	492,6	511,7	502,4	506,6	506,6	(5,1)	-0,3%
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	201,5	216,4	217,9	217,9	217,9	217,9	-	0,0%
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	1.016,6	1.020,1	1.000,9	1.045,7	1.081,1	1.108,3	107,4	3,5%
C3	**Prestazioni da Privato**	**2.952,2**	**2.995,3**	**3.011,7**	**3.173,9**	**3.231,0**	**3.258,2**	**246,5**	**2,7%**

La voce Prestazioni da Privato relative all'ospedaliera è stata stimata considerando il costo rilevato a Consuntivo del 2018, incrementata del finanziamento riconosciuto alle strutture "*extraordinem*" per singola tipologia di assistenza, come riportato nella tabella che segue. Il valore tiene conto della riduzione dei costi per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato pari al 2% rispetto al Consuntivo 2011 (lordo controlli esterni), in applicazione dell'art. 15, comma 14, della L. 135/2012, pari a 1.281,5 €/mln. A tale valore è stato sommato il fondo Fuori Regione Alta Complessità (FRAC) pari a 30 €/mln e il valore delle strutture "*extraordinem*", pari rispettivamente a 83,1 €/mln per l'anno 2019 e 99,3 €/mln per gli anni 2020 e 2021.

Il valore complessivo del FRAC, riconosciuto alle strutture per 0,8 €/mln per l'anno 2019 e 0,9 €/mln per gli anni 2020 e 2021, è stato riportato a maggior costo nella voce *BA0870 – Servizi Sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private.*

La voce Prestazioni da privato ambulatoriale, è posta, pari a 502,4 €/mln per il 2019 ed a 506,6 €/mln per gli anni 2020 e 2021, di cui 122,1 €/mln per prestazioni da Sumaisti, 365,6 €/mln per le prestazioni ambulatoriali da privato, 14,6 €/mln per l'anno 2019, e 18,8 €/mln per il 2020 e 2021, per il finanziamento riconosciuto alle strutture "*extraordinem*" per singola tipologia di assistenza, come riportato nella tabella che segue. In merito al valore per le prestazioni ambulatoriali, si rappresenta che la stima della voce tiene conto della riduzione dei costi per l'acquisto di prestazioni di assistenza ambulatoriale da privato pari al 1% rispetto al Consuntivo 2014, in applicazione alla Legge n. 125 del 6 agosto 2015.

Le funzioni riconosciute per Emergenza-Urgenza e Terapia Intensiva complessivamente pari a 12,6 €/mln per il 2019 e 13,7 €/mln per gli anni 2020 e 2021, sono state riclassificate analogamente al budget riconosciuto per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica.

L'incremento del finanziamento delle strutture "*extraordinem*", nelle voci di C3.1 – *Prestazioni da Privato – Ospedaliera* e C3.2 *Prestazioni da Privato – Ambulatoriale*, è stato portato in riduzione dei medesimi valori nella voce *BA1530 - Altri servizi sanitari da privato*, che nel Tendenziale risulta pari a 167,4 €/mln per il 2019, 153,6 €/mln per il 2020 e 156,9 €/mln per il 2021.

Tabella 11: Dettaglio delle componenti della voce Prestazioni da Privato per le strutture "extraordinem"

Strutture "*extra ordinem*"	*€/mln*	2019T	2020T	2021T
Ospedaliera	**Struttura**	**83,1**	**99,3**	**99,3**
	Policlinico Casilino	65,0	71,0	71,0
	Policlinico Luigi di Liegro	7,3	17,6	17,6
	ICOT	10,7	10,7	10,7
F.R.A.C.		**0,8**	**0,9**	**0,9**
	Policlinico Casilino	0,8	0,8	0,8
	Policlinico Luigi di Liegro	0,0	0,1	0,1
Ambulatoriale		**14,6**	**18,8**	**18,8**
	Policlinico Casilino	12,4	13,5	13,5
	Policlinico Luigi di Liegro	2,2	5,3	5,3
Funzioni		**12,6**	**13,7**	**13,7**
	Policlinico Casilino	12,6	13,7	13,7
Totale		**111,0**	**132,7**	**132,7**

La voce Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera è posta costante e pari al valore del Consuntivo 2018 (217,9 €/mln).

La voce Altre Prestazioni da privato è stata stimata pari a 1.045,7 €/mln per l'anno 2019, a 1.081,1 €/mln per l'anno 2020 e a 1.108,3 €/mln per l'anno 2021.

Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato a Consuntivo 2018 gli incrementi percentuali secondo quanto di seguito riportato:

- Trasporti Sanitari da privato: +3%;
- Assistenza Integrativa e protesica da privato: +2%;
- Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato: costante pari al valore Consuntivo 2018;
- Distribuzione di Farmaci e File F da Privato: incremento del 1,5% della *fee* per remunerazione servizio DPC, mentre la spesa relativa al File F da privato è stata posta pari al valore assegnato alle strutture private accreditate dal DCA U00095 del 08/03/2019;
- Assistenza termale da privato: +1%;
- Prestazioni socio-sanitarie da privato:
  - Assistenza Geriatrica: valore del budget per l'anno 2019, ex DCA U00502/2018, incrementato del riproporzionamento all'intero anno del budget riconosciuto alla struttura IHG;
  - Assistenza Tossicodipendenti e alcolisti: +3%;
  - Hospice: valore del budget per l'anno 2019, ex DCA U00073/2018;
  - Assistenza Domiciliare Integrata: il valore del Consuntivo 2018 è stato incrementato dei valori stabiliti dal DCA U00258/2019, ovvero di 5 €/mln per l'anno 2019, 37,6 €/mln per l'anno 2020 e 17 €/mln per l'anno 2021.

Componenti Finanziarie e Straordinarie

La voce Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie non è stata valorizzata.

La voce **Saldo Gestione Finanziaria** è stata considerata costante e pari al valore del Consuntivo 2018, pari a 62,2 €/mln, al netto degli interessi passivi derivanti dall'operazione SANIM secondo il piano di ammortamenti 2019-2021. I valori risultanti sono 61,4 €/mln nel 2019, 60,8 €/mln nel 2020 e 60,2 €/mln nel 2021.

La voce **Oneri Fiscali** è stata considerata costante pari al valore rilevato in sede di Consuntivo 2018.

Per la voce **Saldo Gestione Straordinaria** è previsto, nella voce *Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati* un valore a tendenziale pari a 21 €/mln nell'anno 2019 derivante dalla stima dei controlli esterni concordati per acuti anno 2015 della struttura Policlinico Gemelli, acuti anno 2016 e Riabilitazione anno 2014 (controlli già valorizzati dalla Regione e comunicati alle Aziende Sanitarie).

Risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA

Le Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA sono pari a 91,1 €/mln in applicazione all'art.2 comma 6 del DL 120/2013, come da verbale del Tavolo di verifica del 26 luglio 2018.

20.2 Programmatici

Il triennio 2019-2021 rappresenta, per il Servizio Sanitario della regione Lazio, un momento di svolta dalla sottoscrizione del primo Piano di Rientro nel 2007. A partire dal 2019, il bilancio sanitario della Regione avrà la potenzialità di raggiungere l'equilibrio di esercizio, senza la necessità di dover ricorrere ad ulteriori risorse derivanti dal maggior gettito fiscale. Al fine di raggiungere questo risultato, la Regione intende agire con manovre di contenimento agli ambiti di maggior impatto, ed in particolare su Piani di Efficientamento delle Aziende Ospedaliere, gare effettuate tramite la Centrale Acquisti, risparmi legati all'istituzione dell'Azienda Lazio.0, recupero ticket e importi dei controlli esterni, incremento della mobilità attiva da alta complessità. Parallelamente, la Regione prevede di dare spazio a manovre di sviluppo quali incremento del costo del personale, investimenti in assistenza territoriale e altre manovre relative a telemedicina e innovazione tecnologica, case della salute, ospedali di comunità, formazione, *hospice* pediatrico.

A seguito delle manovre di contenimento e di sviluppo previste, la Regione presenta un risultato di esercizio programmatico pari a +3,0 €/mln nel 2019, +1,0 €/mln nel 2020 e +0,6 €/mln nel 2021.

Tabella 12: Conti Economici Programmatici 2019-2021

	€/mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019P	2020P	2021P	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A1	Contributi F.S.R.	10.303,7	10.450,6	10.622,6	10.717,3	10.866,2	11.059,6	11.204,7	487,4	1,5%
A2	Saldo Mobilità	(253,2)	(197,7)	(268,4)	(289,1)	(266,9)	(239,6)	(229,6)	59,4	-7,4%
A3	Entrate Proprie	474,9	390,9	378,7	370,4	444,1	345,8	345,8	(24,6)	-2,3%
A4	Saldo Intramoenia	21,9	19,9	15,5	20,1	20,1	20,1	20,1	-	0,0%
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(64,6)	(55,7)	(35,0)	(42,4)	(44,4)	(63,2)	(65,5)	(23,1)	15,6%
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(23,4)	16,0	(4,3)	(18,9)	-	-	-	18,9	-100,0%
A	**Ricavi**	**10.459,2**	**10.624,0**	**10.709,1**	**10.757,4**	**11.019,1**	**11.122,7**	**11.275,4**	**518,0**	**1,6%**
B1	Personale	2.752,6	2.708,6	2.664,8	2.671,9	2.698,3	2.713,2	2.749,7	77,8	1,0%
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	998,1	1.014,5	1.063,2	1.160,2	1.203,6	1.234,5	1.275,6	115,4	3,2%
B3	Altri Beni e Servizi	1.962,4	1.924,5	1.923,0	1.939,3	1.819,6	1.747,0	1.711,7	(227,6)	-4,1%
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	33,9	20,5	22,6	14,6	14,6	14,6	14,6	-	0,0%
B5	Accantonamenti	319,4	328,0	316,3	342,2	415,8	380,1	409,1	66,9	6,1%
B6	Variazione Rimanenze	0,7	(4,9)	(11,6)	(0,6)	-	-	-	0,6	-100,0%
B	**Costi Interni**	**6.067,1**	**5.991,2**	**5.978,3**	**6.127,6**	**6.151,9**	**6.089,4**	**6.160,7**	**33,1**	**0,2%**
C1	Medicina Di Base	606,5	607,1	607,9	608,5	608,5	608,5	608,5	-	0,0%
C2	Farmaceutica Convenzionata	931,2	903,8	893,4	854,4	847,5	828,0	829,8	(24,6)	-1,0%
C3	Prestazioni da Privato	2.898,1	2.952,2	2.995,3	3.011,7	3.185,7	3.338,3	3.415,9	404,2	4,3%
C	**Costi Esterni**	**4.435,7**	**4.463,1**	**4.496,6**	**4.474,5**	**4.641,6**	**4.774,8**	**4.854,1**	**379,6**	**2,8%**
D	**Costi Operativi**	**10.502,8**	**10.454,3**	**10.474,9**	**10.602,2**	**10.793,6**	**10.864,2**	**11.014,8**	**412,7**	**1,3%**
E	**Margine operativo**	**(43,7)**	**169,7**	**234,1**	**155,2**	**225,6**	**258,5**	**260,6**	**105,4**	**18,9%**
F	Componenti Finanziarie e Straordinarie	289,0	306,2	279,8	148,8	222,6	257,5	260,0	111,2	20,4%
G	**Risultato Economico**	**(332,6)**	**(136,5)**	**(45,7)**	**6,4**	**3,0**	**1,0**	**0,6**	**(5,8)**	**-54,4%**

Nota: A = *Actual*, Consuntivo; P = Programmatico

Il Conto Economico programmatico per il prossimo triennio presenta complessivamente un aumento dei Ricavi di 518,0 €/mln al 2021 rispetto al 2018, corrispondente ad un incremento del 1,6%. Tale aumento è compensato da Costi Operativi maggiori di 412,2 €/mln, che corrispondono ad un incremento del 1,3%. A tali contributi si aggiunge una variazione di 111,2 €/mln delle Componenti Finanziarie e Straordinarie.

L'incremento dei Ricavi tra il 2018 e il 2021 è in larga parte dovuto all'aumento del Fondo Sanitario Regionale di 487,4 €/mln (1,5%). Il miglioramento del Saldo di mobilità di 59,4 €/mln (-7,4%), inoltre, è legato ad interventi di potenziamento degli interventi di Alta Complessità ai residenti Fuori Regione (FRAC) e di contenimento della

mobilità passiva sulle prestazioni di ricovero di bassa, media e alta complessità, nonché sulle prestazioni diagnostiche ad alto costo (vedi PET).

Nel 2019 il programmatico registra un incremento della voce entrate proprie dovuto per 97,8 €/mln alla stima delle somme derivanti dal ripiano del *Pay-back* per lo sforamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera anni 2013-2017.

Le successive variazioni della voce rettifica contributi in conto esercizio dal 2020 in poi riflettono l'impatto delle manovre relative principalmente all'apertura di nuove case della salute (17,9 €/mln) ed alla costituzione dell'azienda Lazio.0 (1 €/mln), meglio descritte nel seguito del documento.

L'aumento dei Costi Operativi è dovuto in parte ai *trend* fisiologici di crescita previsti a Tendenziale, in particolare alle voci Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e Altri Beni e Servizi, a cui si aggiungono gli impatti delle manovre di contenimento e di sviluppo che la Regione ha in programma di mettere in atto nei prossimi anni. L'effetto complessivo di tali interventi è un incremento del costo del Personale di 77,8 €/mln (1%), un contenimento dell'aumento del costo dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati, che crescono di 115,4 €/mln (3,2%) rispetto ai 152,7 €/mln previsti a Tendenziale, una riduzione del costo di Altri Beni e Servizi di 227,4 €/mln (-4,1%), una riduzione di 24,6 €/mln della Farmaceutica Convenzionata (-1,0%) e un aumento di 404,2 €/mln (4,3%) delle Prestazioni da Privato. A tali effetti si aggiunge una crescita nel triennio di 66,9 €/mln degli Accantonamenti; il valore iscritto in questa voce è dovuto all'accantonamento prudenziale dell'importo totale o parziale di alcune delle manovre previste; in particolare è stato accantonato il 100% dei risparmi derivanti dai Piani di efficientamento, dalle attività connesse all'attivazione dell'azienda Lazio.0 e il valore del *Pay-back* per ripiano spesa farmaceutica ospedaliera.

Manovre

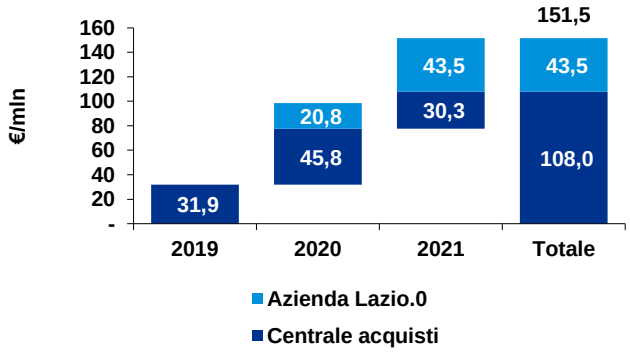
Tabella 13: Manovre di contenimento e sviluppo anni 2019-2021

€/000	2019	2020	2021	Totale
Risultato economico Tendenziale	**86.945**	**38.306**	**72.246**	**197.497**
Manovre di contenimento	**81.304**	**203.676**	**291.511**	**576.492**
Centrale acquisti	31.892	77.719	108.007	217.618
Azienda Lazio.0	-	20.750	43.500	64.250
Farmaceutica convenzionata	6.945	26.419	24.636	58.000
Risparmio brevetti scaduti	2.497	12.360	14.860	29.717
Piani di Efficientamento (PdE)	-	13.693	27.272	40.966
Incremento mobilità attiva da FRAC	-	20.000	30.000	50.000
Recupero Ticket	26.471	13.235	13.235	52.941
Riduzione Consulenze	13.500	19.500	30.000	63.000
Manovre di sviluppo	**53.852**	**188.948**	**292.280**	**535.080**
Personale	26.417	41.267	77.798	145.482
IRAP assunzione personale	2.245	3.508	6.613	12.366
Territorio	21.347	97.412	146.407	265.166
Prestazioni Ospedaliera e Specialistica da privato	-	23.600	32.300	55.900
Telemedicina e innovazione tecnologica, case della salute, ospedali di comunità	1.004	18.884	24.742	44.631
Formazione, comunicazione e prevenzione	2.839	4.277	4.419	11.535
Totale impatto manovre	**27.452**	**14.728**	**(769)**	**41.412**
Accantonamenti	111.397	52.033	70.872	234.303
Risultato economico	**3.000**	**1.000**	**605**	**4.605**

Azienda Lazio.0 e centralizzazione degli acquisti

La voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati presenta una crescita fisiologica legata all'aumento del costo medio dei farmaci a seguito dell'introduzione di nuove molecole e del termine dei periodi di innovatività. Anche il costo di Altri Beni e Servizi risulta in crescita nel 2018 rispetto all'anno precedente. Per contenere l'effetto dei costi crescenti, la Regione ha in programma l'istituzione dell'Azienda Lazio.0, che avrà il ruolo di centralizzare la programmazione e il monitoraggio degli acquisti, snellire e rendere più efficiente la gestione della rete logistica e distributiva e coordinare e sviluppare i sistemi informativi.

Figura 3: Risparmio stimato a seguito dell'attivazione dell'Azienda Lazio.0 e della centralizzazione degli acquisti



Per quanto riguarda i farmaci e i dispositivi medici, l'impatto sui costi deve essere imputato sia al miglioramento dei processi logistici, sia all'effetto della centralizzazione sui prezzi. La riduzione dei costi di Altri Beni e Servizi è invece legata alle gare già assegnate o in fase di assegnazione, che garantiranno prezzi standard, più contenuti e prevedibili per il periodo in oggetto. A questo si aggiunge l'impatto del coordinamento e sviluppo dei sistemi informativi a livello centrale.

L'attivazione dell'Azienda Lazio.0 è prevista a partire dal 2020 e ci si aspetta che le attività siano a regime entro il 2021. È, dunque, considerato solo un effetto parziale nel 2020, pari al 50% dell'impatto massimo, per 20,8 €/mln (4,7 €/mln di risparmio sui farmaci, 2,9 €/mln sui dispositivi medici, 14,3 €/mln sui costi legati ai sistemi informativi) e interamente nel 2021, pari al 100% dell'impatto massimo, per 43,5 €/mln (9,3 €/mln, 5,7 €/mln e 28,5 €/mln rispettivamente). Tali importi rappresentano l'impatto massimo stimato tenendo conto della normativa vigente, la Delibera n. 87 del 09/02/2019 e la conseguente proposta di legge 115 del 21/02/2019.

I risparmi stimati dall'attivazione dell'Azienda Lazio.0 per gli anni 2020 e 2021 sono stati prudenzialmente accantonati e, pertanto, non impattano sul risultato economico dei CE Programmatici 2020 e 2021.

Le gare per l'assegnazione delle forniture di farmaci, beni e servizi sono in parte già avviate o concluse e produrranno effetti sui costi già a partire dal 2019 e negli anni successivi (31,9 €/mln nel 2019, 77,7 €/mln nel 2020, 108 €/mln nel 2021, effetto cumulato).

La stima dell'impatto economico si è basata sulle seguenti ipotesi e fonti informative:

- Periodo previsto per l'aggiudicazione delle gare per singola iniziativa;
- Stima della percentuale di risparmio basata sulla rimodulazione dei prezzi a base d'asta per effetto dell'aggregazione della domanda e sulla razionalizzazione dei consumi derivanti dal monitoraggio e dal controllo degli stessi.

Di seguito si riporta la tabella sinottica contenente, per singola iniziativa di gara, l'impatto della manovra stimata, calcolata a partire dal mese previsto per l'aggiudicazione, e la relativa voce di CE.

Tabella 14: Elenco delle iniziative di acquisto previste

Iniziativa di Acquisto €/000	Data di attivazione	Durata contratto (mesi)	2019	2020	2021	Voce CE
Servizio ReCUP-Call Center	luglio-19	12	(1.839)	(1.839)	-	Altri servizi non sanitari da privato
Ossigenoterapia	maggio-18	48	(2.202)	(2.202)	(2.202)	Medicinali con AIC
Ausili per incontinenti - ed. 3	agosto-18	36	(9.468)	(9.468)	(5.523)	Altri servizi non sanitari da privato
Sistemi diagnostici per la rete laboratori e centri prelievo pubblici	maggio-19	48	(998)	(1.496)	(1.496)	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)
Servizio di trasporto e consegna sangue per le AA.SS	gennaio-19	36	(121)	(121)	(121)	da privato
Servizio di Smaltimento rifiuti sanitari	dicembre-18	48	(5.732)	(5.732)	(5.732)	Smaltimento rifiuti sanitari speciali
Medicazioni generali e specialistiche	marzo-19	36	(3.265)	(3.918)	(3.918)	Dispositivi medici
Lavanolo per gli Enti del SSN ed. 3	settembre-19	60	(5.778)	(17.333)	(17.333)	Lavanderia
Stent vascolari (Sogg. Aggr. Intercent-ER)	settembre-19	36	(763)	(2.290)	(2.290)	Dispositivi medici impiantabili attivi
Lavanolo ARES 118	settembre-19	24	501	1.503	1.002	Lavanderia
* Pacemaker (Sogg. Aggr. Intercent-ER)	febbraio-20	24	-	6.858	8.230	Dispositivi medici impiantabili attivi
* Defibrillatori (Sogg. Aggr. Intercent-ER)	febbraio-20	24	-	22.884	27.460	Dispositivi medici impiantabili attivi
Aghi e Siringhe	settembre-19	36	(2.245)	(6.735)	(6.735)	Dispositivi medici
* Fornitura Protesi ortopediche (Anca, Ginocchio, Spalla)	marzo-20	36	-	(2.471)	(3.294)	Dispositivi medici impiantabili attivi
Servizio di gestione tecnica delle Apparecchiature Elettromedicali	gennaio-20	60	-	(32.802)	(32.802)	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche
* Servizio di Vigilanza per le Aziende del SSR	dicembre-20	48	-	(477)	(5.726)	Altri servizi non sanitari da privato
* Servizio di Ristorazione per le Aziende del SSR	marzo-20	60	-	(4.629)	(5.554)	Mensa
* Servizio di Pulizia e Sanificazione per le AA.SS.	dicembre-20	60	-	(1.591)	(19.088)	Pulizia
* Guanti monouso	giugno-20	48	-	(973)	(1.668)	Dispositivi medici
* Stent coronarici	giugno-20	48	-	(1.263)	(2.165)	Dispositivi medici impiantabili attivi
* Aghi e provette	giugno-20	36	-	(490)	(980)	Dispositivi medici
* Presidi per controllo glicemia	giugno-20	48	-	(11.340)	(22.680)	Dispositivi medici
* Servizio vigilanza antincendio	settembre-20	36	-	(1.797)	(5.392)	Altri servizi non sanitari da privato
Totale			**(31.909)**	**(77.721)**	**(108.007)**	

* Procedimenti di acquisto ancora in corso

Sulle voci della tabella sopra riportata, la quantificazione del risparmio è stata calcolata individuando la differenza tra i nuovi prezzi posti a base d'asta "applicando una percentuale prudenziale di ribasso in linea con le ultime aggiudicazioni di prodotti analoghi", nei procedimenti di acquisto ancora in corso, ed il dato storico consuntivato dalle Aziende Sanitarie. I valori così quantificati rappresentano pertanto il risparmio minimo, in quanto ulteriori economie potranno essere quantificate all'atto dell'espletamento dei processi di acquisto.

Spesa Farmaceutica

Agli effetti di riduzione della spesa legati alla centralizzazione dell'acquisto, per la voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati si aggiunge un ulteriore calo dei prezzi legato alle scadenze brevettuali. Nel 2019 è prevista la scadenza dei brevetti per farmaci relativi a 18 ATC, per un totale di spesa complessiva nel 2018 pari a 47 €/mln; nel 2020 a 10 ATC, per un totale di spesa nel 2018 pari a 21,8 €/mln e nel 2021 ad altri 15 ATC, per una spesa nel 2018 pari a 31,5 €/mln. Il risparmio previsto si basa sull'ipotesi di una produzione costante e sulle ipotesi che l'immissione in commercio dei farmaci equivalenti avvenga 3 mesi dopo la scadenza del brevetto, che il costo del farmaco equivalente sia inferiore del 20% rispetto al costo del farmaco *branded* e che ci sia uno *switch* del 90% al farmaco equivalente. Il risparmio complessivo previsto a seguito di questa dinamica è di 14,9 €/mln nel triennio, di cui 2,5 €/mln nel 2019, ulteriori 9,9 €/mln nel 2020 e 2,5 €/mln nel 2021. Nel grafico sottostante viene rappresentata la riduzione di spesa degli ATC che hanno scadenza di brevetto negli anni 2019-2021

.

Figura 4: Riduzione stimata della spesa per i farmaci con scadenza di brevetto

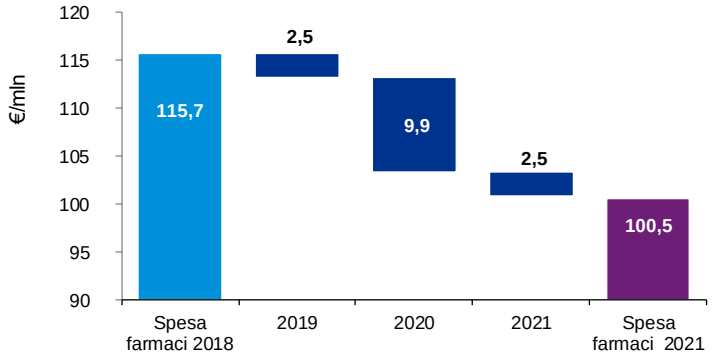
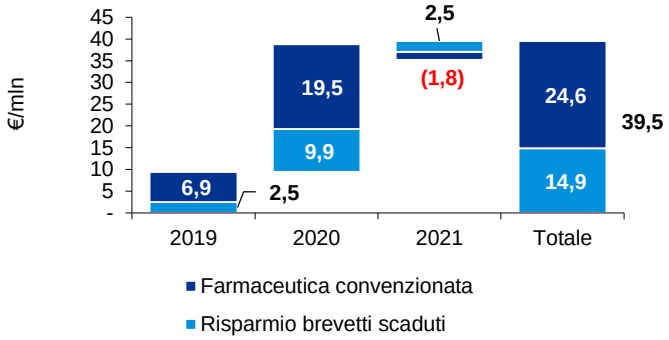
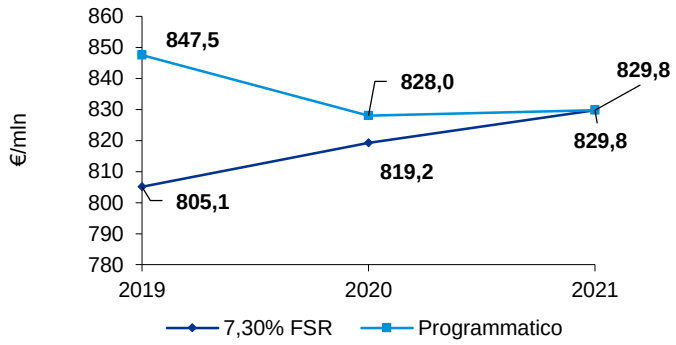


Figura 5: Riduzione dei prezzi stimata a seguito delle scadenze brevettuali sulla farmaceutica ospedaliera e per l'allineamento alla spesa media nazionale per la farmaceutica convenzionata



Per quanto riguarda invece la Farmaceutica Convenzionata, l'obiettivo per il triennio è l'allineamento alla spesa media nazionale, pari al 7,30% del totale del FSR e della quota di Entrate Proprie della Regione Lazio, pari a 162,2 €/mln, riportate nell'Intesa CSR n. 88 del 06.06.2019. Al fine di allineare il valore della spesa alla stima del tetto che la Regione si è prefissata nell'anno 2021, si è ipotizzato un valore della spesa di 847,5 €/mln nel 2019, di 828 €/mln nel 2020 e infine di 829,8 €/mln nel 2021. Tale obiettivo sarà perseguito attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e il ricorso a farmaci equivalenti.

Figura 6: Trend della spesa farmaceutica convenzionata a programmatico confrontato con il tetto ipotizzato del 7,30% del FSR



L'impatto economico complessivo delle due manovre è un contenimento dei costi di 39,5 €/mln nei tre anni, di cui 9,4 €/mln nel 2019, ulteriori 29,4 €/mln nel 2020 e 0,7 €/mln nel 2021. In riferimento al DCA n. 324 del 01/08/2019 (prot. 121/2019) che definisce gli indicatori di appropriatezza farmaceutica regionali 2019-2020, "*l'Indicatore Target IPP confezioni da 28 cp*", obiettivo 50% del totale, entrato in vigore ad agosto 2019 ha determinato una riduzione della spesa del 2,8% rispetto al 2018, "*l'Indicatore Target Febuxostat e Nota 91*" entrato in vigore ad agosto 2019 ha determinato una riduzione dei consumi del 10% rispetto al 2018 e una conseguente riduzione della spesa del 30% rispetto la spesa 2018 dovuta anche alla perdita di brevetto avvenuta a giugno 2019; per quanto riguarda i restanti indicatori gli effetti saranno distribuiti nell'anno 2020.

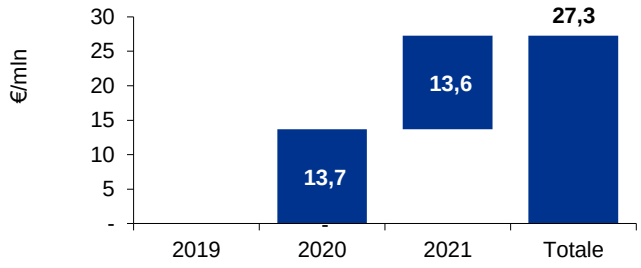
Piani di efficientamento

Il DM 21 giugno 2016 recante "*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici*" e i relativi allegati e linee guida definiscono i criteri per l'identificazione delle aziende che dovranno essere interessate dai Piani di efficientamento e la conseguente quota di riduzione dello scostamento assoluto. Coerentemente con quanto definito dal DM, le Aziende Ospedaliere della regione Lazio interessate dai Piani di efficientamento, secondo quanto calcolato con i dati del Consuntivo 2018, sono: Ospedale San Camillo, Ospedale San Giovanni, Policlinico Umberto I. Per tali Aziende si procederà con la redazione di un piano di efficientamento relativo agli anni 2020-2022. Sulla base degli scostamenti assoluti registrati da tali strutture, si rileva la necessità di rientrare complessivamente di 13,7 €/mln nel 2020 e 13,6 €/mln nel 2021, per un valore complessivo di 27,3 €/mln.

Per ottenere tale risparmio, si stima che le Aziende Ospedaliere possano agire sui processi organizzativi interni nonché sui Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e sugli Altri Beni e Servizi, portando ad un risparmio di 5,5 €/mln nel 2020 e 5,4 €/mln nel 2021 (10,9 €/mln complessivi) sui farmaci e di 8,2 €/mln nel 2020 e 8,1 €/mln nel 2021 (16,4 €/mln complessivi) sui beni e servizi.

Non è valorizzato alcun effetto derivante dagli interventi previsti sui presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali.

Figura 7: Risparmi legati ai Piani di efficientamento



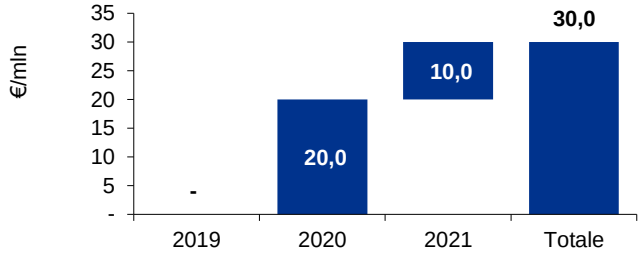
Si precisa che l'effetto di tale manovra, prudenzialmente, è stato interamente accantonato nella voce *BA2890 - Altri accantonamenti* dei CE Programmatici 2020-2021.

Mobilità sanitaria di alta complessità

La Regione sta mettendo in atto azioni volte ad attrarre mobilità attiva dalle altre Regioni (c.d. mobilità FRAC – Fuori Regione Alta Complessità) nonché a ridurre la mobilità passiva, in particolare verso le regioni limitrofe. L'impatto di tali azioni è previsto nel 2020 e nel 2021 per un valore rispettivamente di 20,0 €/mln nel 2020 e ulteriori 10,0 €/mln nel 2021.

Il corrispondente costo per l'acquisto di prestazioni da privato relative all'Alta Complessità per residenti Fuori Regione, rilevato nei CE Tendenziali 2019-2021, pari a 30 €/mln, sarà coperto dai risparmi derivanti dalla manovra della centralizzazione degli acquisti pari a 31,9 €/mln precedentemente descritta.

Figura 8: Aumento di ricavi legati all'aumento della Mobilità attiva per FRAC



Prestazioni ospedaliera e specialistica da privato

Il potenziamento dell'offerta assistenziale, relativamente all'emergenza-urgenza, con il riconoscimento al Campus Bio-Medico delle relative funzioni e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevede un incremento di costi rispettivamente: per la voce C3.1 Prestazioni da Privato – Ospedaliera per un importo pari a 17,4 €/mln per il 2020 e di 24,8 €/mln per il 2021; per la voce C3.2 Prestazioni da Privato - Ambulatoriale per un importo pari a 1,7 €/mln per il 2020 e di 3,0 €/mln per il 2021.

Un ulteriore incremento di costi sarà riconosciuto per il potenziamento della specialistica ambulatoriale, nell'ambito della branca di medicina nucleare (PET) per un valore pari a 4,5 €/mln rispettivamente per il 2020 e 2021.

Quest'ultimo intervento consentirà la riduzione della mobilità passiva per le prestazioni di medicina nucleare che nel 2018 ha riguardato il 29% dei cittadini laziali che hanno fatto ricorso a tale branca (costo complessivo di 10.043.139 €).

Stabilizzazione del personale e Fabbisogno

I piani triennali 2018-2020 presentati dalle aziende sanitarie hanno previsto un fabbisogno complessivo di personale, comprensivo anche del personale cessato stimato nel triennio, pari a:

- 2.354 unità per l'anno 2018;
- 3.532 unità per l'anno 2019;
- 2.491 unità per l'anno 2020.

Nel dettaglio le unità di personale riportate nei piani dei fabbisogni sono riconducibili ai seguenti profili:

Tabella 15: Profili per singolo ruolo da piano dei fabbisogni per il triennio 2018-2020

PROFILI	2018	2019	2020
Ruolo Sanitario	**1.872**	**2.534**	**1.414**
Dirigenti Sanitari Medici	576	1.041	470
Dirigenti Sanitari non Medici	67	217	99
Comparto del ruolo Sanitario	1.229	1.276	845
Ruolo Amministrativo	**204**	**306**	**214**
Dirigenti Amministrativo	26	22	13
Comparto del ruolo Amministrativo	178	284	201
Ruolo Tecnico	**262**	**681**	**863**
Dirigenti Tecnico	7	6	5
Comparto del ruolo Tecnico	255	675	858
Ruolo Professionale	**16**	**11**	**-**
Dirigenti Professionale	16	11	-
Comparto del ruolo Professionale	-	-	-
Totale	**2.354**	**3.532**	**2.491**

Relativamente alle cessazioni si riportano di seguito i dati riferiti agli anni 2018-2020.

- 2.640 unità per l'anno 2018;
- 2.209 unità per l'anno 2019;
- 2.425 unità per l'anno 2020.

In considerazione del fatto che l'approvazione dei suddetti piani dei fabbisogni, è avvenuta verso la fine del 2018, risulta evidente che gli effetti assunzionali dei piani presentati, si manifesteranno, anche tenuto conto delle tempistiche delle procedure di assunzione, nel corso del triennio 2019-2021.

Ai fini della valorizzazione del costo delle unità di personale riportate nei piani dei fabbisogni delle aziende è stato utilizzato il costo medio del personale a tempo indeterminato rilevato dal Conto Annuale per l'anno 2018 della Regione Lazio.

Tabella 16: Costo medio per qualifica da Conto Annuale 2018

Qualifica	Importo in €
Dirigente medico	103.539,60
Dirigente non medico	98.488,63
Comparto	39.185,63

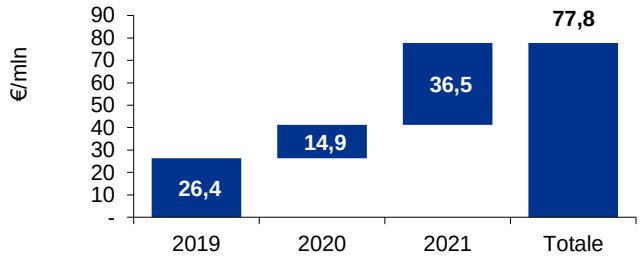
La valorizzazione delle unità di personale, previste dai piani dei fabbisogni triennali e del personale cessato, come precedentemente riportato, determinerà rispettivamente maggiori costi per circa 491,4 €/mln, e una riduzione di 413,6 €/mln, che comporteranno un incremento del costo del personale, nel triennio 2019-2021 pari a 77,8 €/mln.

Per l'anno 2018, la programmazione regionale ha assegnato un budget di 2.747,6 €/mln sul costo del personale, con lo scopo di finanziare le assunzioni entro il vincolo del tetto dell'1,4% del valore al 2004 al netto dei rinnovi contrattuali, secondo quanto definito dalla normativa nazionale. Il costo del personale al Consuntivo 2018 ammonta però a 2.671,9 €/mln, in aumento di soli 7,1 €/mln rispetto al 2017 e notevolmente inferiore rispetto al budget assegnato. Al fine di continuare ad incentivare le assunzioni, il Piano Operativo 2019-2021 conferma il budget di 2.747,6 €/mln anche per il triennio entrante, consentendo un aumento di spesa complessivo di 77,8 €/mln che si ipotizza possa essere raggiunto gradualmente nel triennio e in particolare per 26,4 €/mln (34%) nell'anno 2019, per ulteriori 14,9 €/mln (19%), per un valore cumulato di 41,3 €/mln nel 2020 e per la parte rimanente a partire dal 2021.

Tale budget di spesa è inteso a garantire un turn-over del 100%, a favorire la stabilizzazione del personale privilegiando l'utilizzo di contratti a tempo indeterminato e ad incentivare le nuove assunzioni al fine di garantire una dotazione di personale congrua a coprire le necessità sia cliniche sia amministrative.

Nell'incremento del costo del personale sono inclusi anche gli effetti di tutti gli interventi e azioni previsti dal Programma Operativo che prevedono da un lato l'assunzione di nuovo personale, di cui il 35% da destinare al potenziamento del territorio per le attività socio-sanitarie (ADI, RSA, Riabilitazione territoriale, Salute mentale, Dipendenze, Consultori, TSMREE e Cure Palliative), dall'altro compensi aggiuntivi per figure già presenti ma a cui si assegneranno compiti ulteriori. Rientra nella prima categoria di interventi l'istituzione dell'Azienda Lazio.0, mentre un esempio della seconda è la formazione di équipe multidisciplinari per l'accertamento dell'età dei MSNA.

Figura 9: Costi aggiuntivi legati alla stabilizzazione del personale e alle nuove assunzioni



È stato altresì valorizzato l'incremento dell'IRAP per un importo pari all'8,5% della manovra espansiva sul costo del personale. Gli importi stimati sono pari a 2,2 €/mln per l'anno 2019, ulteriori 1,3 €/mln nel 2020 e 3,1 €/mln nel 2021.

Consulenze

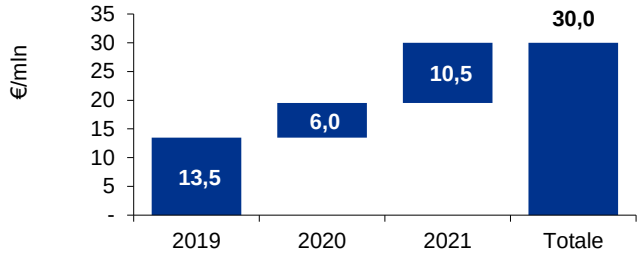
In considerazione del ricorso negli anni all'utilizzo delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive per far fronte alla carenza di dotazione per il prolungato blocco delle assunzioni degli ultimi anni, parallelamente all'aumento delle risorse disponibili per l'assunzione di nuovo personale, si stima una riduzione del ricorso a tali tipologie contrattuali e delle relative voci di costo.

Nel dettaglio, a fronte dei costi rilevati a Consuntivo 2018 per le voci di Conto Economico relative *a Consulenze Articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000, Medici Sumai, Altre consulenze sanitarie e socio-sanitarie da privato*, *Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro in area sanitaria e non sanitaria*, *Consulenze non sanitarie da privato*, pari a 175,8 €/mln, si stima una riduzione dei costi come di seguito riportata.

- 8% entro il 2019 (pari a circa 13,5 €/mln);

- 3% entro il 2020 (pari a circa 6 €/mln);
- 6% entro il 2021 (pari a circa 10,5 €/mln).

Figura 10: Risparmi stimati a seguito della riduzione delle Consulenze



Si rappresenta che i risparmi stimati per l'anno 2019 sono pari al 7,5% del costo complessivo rilevato al Consuntivo 2018 relativamente alla voce Consulenze e Sumaisti.

Potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale

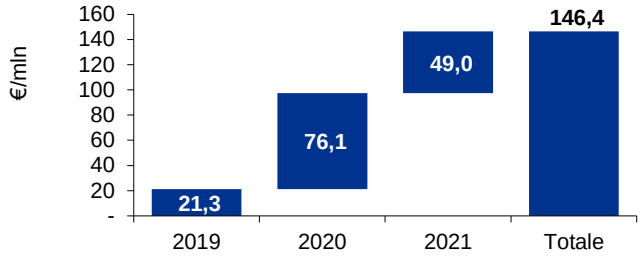
Nell'ottica di potenziare l'assistenza sanitaria sul territorio, la Regione sta investendo numerose risorse sulle prestazioni territoriali offerte da erogatori privati. Dalla programmazione risultante dal DCA U00258/2019, oltre a quanto precedentemente detto per l'ADI, si prevede di impegnare ulteriori risorse per finanziare le diverse tipologie di prestazioni come di seguito riportate.

- Assistenza Geriatrica: 8,9 €/mln nel 2019, 27,9 €/mln nel 2020 e 46,7 €/mln nel 2021;
- Riabilitazione territoriale: 10 €/mln nel 2019, 30 €/mln nel 2020 e 40 €/mln nel 2021;
- Tossicodipendenze: 3,5 €/mln nel 2020 in aggiunta ai 1,4 €/mln previsti a Tendenziale, per un aumento complessivo di 4,9 €/mln rispetto al 2018;
- Hospice: 2,4 €/mln nel 2019, e ulteriori 13,6 €/mln nel 2020 e 2021, in aggiunta ai 5,9 €/mln previsti a Tendenziale, per un aumento complessivo di 21,9 €/mln rispetto al 2018;
- Ulteriore potenziamento dell'attività territoriale di 20 €/mln nel 2020 e nel 2021, per un totale di 40 €/mln. Il potenziamento andrà posto in correlazione con l'impatto derivante dalla Sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n. 8608 del 19 dicembre 2019, inerente l'annullamento del DCA 562/2015 che ha introdotto la compartecipazione alla spesa sociale per le strutture psichiatriche socio-sanitarie di bassa intensità.

Complessivamente, le risorse assegnate al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale sono quindi 146,4 €/mln nel triennio 2019-2021, di cui 21,3 €/mln nel 2019, 76,1 €/mln nel 2020 e 49 €/mln nel 2021.

Si precisa che la Regione si riserva di definire la distribuzione delle risorse non ancora impegnate tra le diverse tipologie assistenziali sulla base dei fabbisogni emergenti e di ulteriori analisi successive alla stesura del presente documento.

Figura 11: Investimenti aggiuntivi per il potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale



Telemedicina, case della salute, ospedali di comunità

La regione Lazio in continuità con le numerose iniziative per l'implementazione dei servizi di Telemedicina in diversi livelli assistenziali, ha previsto di porre in essere ulteriori azioni quali:

- attivazione di Centri Servizi di Telesalute in collegamento con le Centrali 116117 (anche all'interno delle strutture sanitarie), per la gestione dei dati del telemonitoraggio, ed il supporto ai Centri ADI, Specialisti, MMG e PLS per la gestione della terapia, degli accessi infermieristici e per migliorare l'informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente;
- integrazione dei sistemi di telesalute con gli applicativi regionali disponibili (sistema Recup, ricetta dematerializzata, Sistema Informativo Assistenza Territoriale, Fascicolo Sanitario Elettronico);
- definizione di un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività di telemonitoraggio;
- definizione delle modalità di remunerazione dei servizi di Telesalute;
- integrazione della piattaforma di Teleconsulto ADVICE con gli strumenti di gestione ed eventuali sistemi applicativi attualmente in uso nelle differenti strutture ospedaliere di ricovero, riabilitazione, postacuzie e territoriali;
- definizione delle tariffe per il teleconsulto;
- evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE, ed integrazione con il nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera;
- evoluzione web del nuovo sistema dell'emergenza ospedaliera ed integrazione con i sistemi informativi regionali, certificazione INPS, sistema ricetta dematerializzata e Recup;
- implementazione del modello 116117.

Il costo totale nei tre anni per gli interventi sopra descritti ammonta complessivamente a 2,7 €/mln di cui 1,0 €/mln nel 2019, 1,0 €/mln nel 2020 e 0,7 €/mln nel 2021.

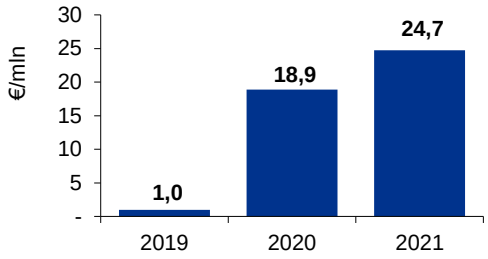
Il Programma Operativo 2019-2021 prevede l'implementazione dei Centri Servizi di Teleassistenza e l'estensione del Telemonitoraggio per i pazienti cronici nei diversi setting assistenziale in 280 centri, di cui 56 nel 2020 (pari al 20%) e i restanti centri nel 2021. I costi delle manovre tengono conto dei costi di mantenimento del servizio e del costo degli operatori addetti al monitoraggio attivi per 4 giorni al mese in ciascun centro. Il costo totale nei tre anni ammonta a 2,9 €/mln, di cui 0,1 €/mln nel 2020 e 2,8 €/mln nel 2021.

Agli interventi legati alla telemedicina si aggiungono altre azioni di potenziamento dei servizi alla comunità. Nella fattispecie, gli interventi previsti dal Programma Operativo sono l'attivazione di una équipe multidisciplinare per l'accertamento dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e l'attivazione delle case della salute. L'équipe è composta da 4 operatori, un pediatra (con competenze auxologiche), un assistente sociale, uno psicologo età evolutiva, un mediatore culturale e ne verranno attivate 2 all'anno fino al 2020. Per l'attivazione dell'équipe sono stati considerati i costi per lo sviluppo del programma di interventi per l'anno 2019, i costi per il reclutamento dell'équipe a mezzo mail per l'anno 2019 e quelli per la realizzazione di 2 eventi formativi all'anno. I costi per l'apertura delle case della salute, cinque nel 2020 e sei nel 2021, sono stati stimati complessivamente pari a 9 €/mln, di cui 2,8 €/mln nel 2020 e 6,2 €/mln nel 2021. I costi sono stati valutati considerando un costo

complessivo per ciascuna struttura di 700 € per metro quadro, rispetto ad un dimensionamento di 800 metri quadri.

L'impatto complessivo di tali interventi è di 1,0 €/mln nel 2019, ulteriori 3,9 €/mln nel 2020 e 9,7 €/mln nel 2021.

Figura 12: Costi legati al potenziamento della Telemedicina, alle case della salute e agli ospedali di comunità



Inoltre, in aggiunta a quanto sopra descritto, come rappresentato nella figura 12, sono stati previsti 30 €/mln (15 €/mln nel 2020 e 15 €/mln nel 2021) per ulteriori investimenti tecnologici a sostegno dall'innovazione organizzativa prevista dalla programmazione sanitaria integrata. Sarà prevista infatti una valutazione approfondita dell'applicazione delle tecnologie dell'informazione e comunicazione a supporto dei servizi del Sistema sanitario regionale, che permetterà un'innovazione dei modelli organizzativi nell'ambito dell'integrazione tra i diversi livelli essenziali di assistenza, anche mediante una implementazione di quanto già in dotazione nelle Aziende sanitarie.

Formazione, comunicazione e prevenzione

Il Programma Operativo 2019-2021 prevede, nell'ambito degli interventi descritti, investimenti nella formazione del personale di regione Lazio al fine di fornire ai propri professionisti le conoscenze e le competenze necessarie a garantire da una parte un elevato livello di assistenza sanitaria, dall'altro il corretto e rapido utilizzo degli strumenti a loro disposizione. Si stima che gli eventi di formazione avranno un costo complessivo di 5,3 €/mln nei tre anni, di cui 1,4 €/mln nel 2019, 1,9 €/mln nel 2020 e 2,0 €/mln nel 2021.

La componente più significativa di questi costi è la formazione specialistica e manageriale, per la quale si stima un costo di 4,0 €/mln complessivi nei tre anni. La stima dei costi tiene conto di 30 corsi nel triennio ognuno da 70 infermieri partecipanti dedicati all'approfondimento di tematiche in ambito infermieristico, 30 corsi nel triennio ognuno da 70 medici partecipanti dedicati all'approfondimento di tematiche in ambito medico, formazione manageriale in aula per medici responsabili che prevede 5 giornate annue e corso E-learning manageriale per medici responsabili di struttura.

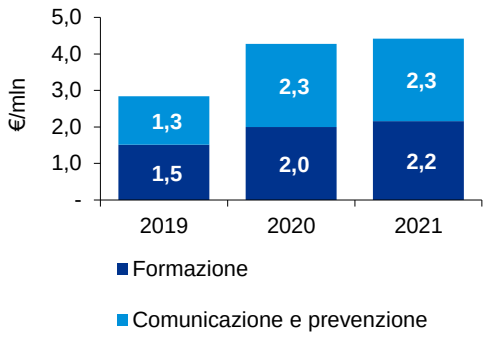
Il Programma Operativo prevede una serie di interventi di potenziamento e di ammodernamento dell'attuale offerta sanitaria e della sua gestione. Si tratta di azioni volte a migliorare la comunicazione con i cittadini sia in termini di informazione, sia in termini di prestazioni sanitarie e incrementare l'attuale capacità dei servizi di raggiungere tutti gli interessati, oltre che a monitorare e valutare lo stato di tali attività. In particolare, sono previsti i seguenti interventi:

- Comunicazione al cittadino tramite la realizzazione della Mappa delle "Opportunità di Salute" sul sito SaluteLazio, i costi prevedono lo sviluppo interamente nell'anno 2020 e la manutenzione nel 2021;
- Comunicazione al cittadino tramite la realizzazione nel triennio di 8 eventi, 14 inserzioni stampa, 17 annunci radio, 13 banner, 5 spot TV/Cinema, in collaborazione con le ASL, al fine di contrastare le disuguaglianze di salute, promuovere gli stili di vita salutari e l'accesso ai servizi di prevenzione;

- Promozione dell'educazione alla salute e dell'empowerment del cittadino/della famiglia migliorando l'health literacy (alfabetizzazione sanitaria) attraverso 2 eventi di comunicazione al cittadino (uno nel 2020, uno nel 2021) e 2 eventi formativi agli operatori;
- Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali attraverso 2 eventi formativi a infermieri, MMG e PLS (uno nel 2020 e uno nel 2021);
- Rafforzamento di programmi di screening attraverso 3 eventi formativi a MMG e PLS, 8 interventi di comunicazione ai cittadini, sviluppo e mantenimento del software dedicato al Progetto Monitoraggio Screening;
- Distribuzione alle ASL di almeno 300 opuscoli con indicazioni per l'accessibilità al SSR;
- Innovazione degli strumenti di comunicazione con i cittadini per favorire il corretto accesso alle cure e per promuovere stili di vita per i cittadini e l'adesione alle cure per i pazienti cronici attraverso 3 interventi di comunicazione ai cittadini, 6 spot TV, 36 campagne online, un invio l'anno di lettere alla popolazione;
- Implementazione di strumenti tecnologici integrati di gestione, monitoraggio e valutazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione.

L'impatto di tali interventi è legato ai singoli eventi e solo eccezionalmente genera costi che si protraggono negli anni. I costi stimati per il triennio sono di 2,8 €/mln nel 2019, 4,3 €/mln nel 2020 e 4,5 €/mln nel 2021.

Figura 13: Costi legati agli interventi relativi alla formazione, comunicazione e prevenzione



Recupero Ticket e controlli esterni

Il SSR, come richiesto anche dal Tavolo di Monitoraggio, ha il compito di procedere al recupero delle somme di compartecipazione alla spesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica (ticket), correlate ad esenzioni per reddito non riconoscibili dagli assistiti per le annualità successive al 2010. Il valore stimato per il recupero relativo ad 8 annualità (2011-2018) è pari a 100 €/mln.

La Regione Lazio ha già effettuato, in nome e per conto delle Aziende Sanitarie regionali, una procedura sistematica ed organica di recupero delle somme non corrisposte per le annualità 2009-2010.

I dati relativi a tale attività 2009-2010 sono di seguito riportati:

- avvisi bonari emessi: 235.000, per un valore complessivo pari a 25,5 €/mln;
- avvisi pagati immediatamente dagli assistiti: 130.000 ca per 13,5 €/mln;
- avvisi annullati in autotutela da parte della Regione: 40.000 ca;

- avvisi per i quali l'amministrazione sta provvedendo al recupero tramite riscossione coattiva: ca 65.000 per 12 €/mln.

Il valore previsto per il recupero dei ticket per le otto annualità considerate è stato stimato, sulla base di quanto avvenuto per gli anni 2009-2010, pari al 53% del totale (100 €/mln), imputando il 50% del recupero all'anno 2019 e il restante 25% del recupero agli anni 2020 e 2021. I valori considerati nella voce *Altre sopravvenienze attive v/terzi* sono pari, pertanto, a 26,5 €/mln nel 2019 e a 13,2 €/mln nel 2020 e nel 2021. I valori considerati nella voce Altre sopravvenienze attive v/terzi sono pertanto pari a:

2019: 26,5 €/mln. A tale importo si aggiungono le ulteriori sopravvenienze attive v/terzi pari a 21,0 €/mln, riportate nel paragrafo 20.1 – Tendenziali 19-21, Componenti finanziarie e straordinarie.

2020: 13,2 €/mln;

2021: 13,2 €/mln

Accantonamenti

La voce Accantonamenti per il triennio 2019-2021, oltre agli importi accantonati a tendenziale, prevede ulteriori accantonamenti prudenziali.

Nello specifico nella voce Altri Accantonamenti sono presenti:

- anno 2019: 111,4 €/mln riconducibili agli accantonamenti prudenziali per sterilizzare eventuali ritardi negli effetti delle manovre, di cui 97,8 €/mln per *pay-back* per recupero sfondamento tetto ospedaliera relativo agli anni 2013-2017;
- anno 2020: 52 €/mln riconducibili agli accantonamenti prudenziali per sterilizzare eventuali ritardi negli effetti delle manovre, la riduzione rispetto all'anno 2019 è dovuta principalmente al minor accantonamento per il *pay-back* per recupero sfondamento tetto ospedaliera per l'anno 2018, che per il 2020 è posto pari a 0,1 €/mln;
- anno 2021: 70,9 €/mln riconducibili agli accantonamenti prudenziali per sterilizzare eventuali ritardi negli effetti delle manovre, la riduzione rispetto all'anno 2019 è dovuta principalmente al minor accantonamento per il *pay-back* per recupero sfondamento tetto ospedaliera per l'anno 2018, che per il 2021 è posto pari a 0,1 €/mln;

21. Allegati

21.1 Allegato 1. Investimenti in patrimonio e tecnologie

Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati

I finanziamenti attivi ed i progetti in corso di esecuzione si riferiscono alle linee di investimento e ai programmi di seguito indicati:

Rete dell'emergenza - Giubileo € 35.276.145,26 (Stralcio 0)

Lo Stralcio zero della terza fase del Piano decennale in materia di edilizia sanitaria ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67 è già stato avviato nel 2015 con l'adeguamento della Rete dell'Emergenza della Città di Roma per il Giubileo Straordinario.

La Regione Lazio proseguirà nel monitoraggio della rendicontazione da parte delle Aziende sanitarie dei finanziamenti assegnati.

Legge 67/88 art. 20 III Fase- DGR 861/2017 (Stralcio 1.A - € 264.441.089,72)

La Regione Lazio ha sottoscritto l'Accordo di programma relativo alla terza fase dei finanziamenti in materia di Edilizia Sanitaria ex art. 20, Legge 11/03/1988, N. 67 per un importo pari ad € 264.441.089,72 e con DGR 861/2017 è stato attivato il piano decennale (Stralcio 1.A).

Il Ministero della Salute ha comunicato ai sensi dell'art. 1, comma 346 della L. 27/12/2017, n. 205, la proroga del termine oltre il quale si intende risolto l'Accordo di Programma limitatamente agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione a finanziamento non risulti presentata al Ministero della Salute. Tale termine è individuato in trenta mesi dalla data di sottoscrizione dell'Accordo di Programma (ovvero entro 08/04/2020)

I progetti predisposti dalle Aziende Sanitarie dovranno pertanto essere approvati dalla Regione Lazio con Determinazione del Direttore Regionale entro tale data; inoltre le Aziende dovranno comunicare alla Regione Lazio l'avvenuta aggiudicazione dei lavori o delle forniture entro ulteriori diciotto mesi a decorrere dal 08/04/2020. In caso contrario, i Ministeri sovraordinati daranno avvio alla procedura di definanziamento per gli interventi previsti nell'Accordo di Programma.

Al fine di garantire l'esito dell'Accordo di Programma la Regione Lazio intende monitorare lo stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento, con periodicità trimestrale e successiva comunicazione degli esiti all'Azienda, attraverso l'utilizzo del Sistema di Interscambio Documentale "Alfresco".

Delibera CIPE 16/2013 - DGR 180/2018 — Adeguamento normativa antincendio € 8.924.531,06

In analogia a quanto suindicato per i finanziamenti ex art. 20 L. 67/88, è attivato il monitoraggio dello stato di attuazione dell'utilizzo dei finanziamenti assegnati con DGR 180/2018. La Regione Lazio intende monitorare lo stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento con periodicità trimestrale e successiva comunicazion e degli esiti all'Azienda, con l'utilizzo del Sistema di Interscambio Documentale "Alfresco".

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS – DGR 404/2015) € 22.031.230,29

Si intende proseguire il monitoraggio dello stato di attuazione dell'utilizzo dei finanziamenti assegnati per gli interventi di completamento dell'attivazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) – sedi definitive – ovvero le REMS nella ASL FR (Ceccano, 40 p.l.), nella ASL RM5 (Ospedale Angelucci di Subiaco – 40 p.l.) e nella ASL Rieti (11 p.l.).

Ospedale Sant'Andrea ed il Policlinico Umberto I

L'art. 71 della legge 448/98: "Riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani" ha indicato come prioritario per il rafforzamento delle Aree Metropolitane principali del Paese, provvedere ad interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria, da realizzare, specificamente, allo scopo di favorire il passaggio ad "Area Metropolitana", così come definita dalla L. 142/90 e s.m.i

Nello specifico:

- Sant'Andrea: € 104.995.687,58 finalizzati alla realizzazione di lavori edili di completamento del Presidio, ristrutturazione ed adeguamento normativo, acquisto attrezzature e arredi ed implementazione del sistema informatico, di cui € 100.539.784,37 sono già stati utilizzati ed erogati dal Ministero della Salute, e l'importo residuo a carico dello Stato, pari a € 4.455.903,21, è in corso di utilizzazione;
- Policlinico Umberto I: si prevede un arco temporale per il completamento di nove anni, a partire dalla data di aggiudicazione definitiva degli appalti ricompresi nel Lotto 1. (€ 192.246.532,49 di cui € 103.495.798,78 a carico dello Stato)

Ospedale di Belcolle (Completamento del Corpo A3)

Con la I fase del finanziamento ex art. 20 L. 67/88, per il quale la Regione Lazio ha attivato un mutuo con la Cassa Depositi e Prestiti, è stato dato corso alla realizzazione del complesso ospedaliero di Belcolle a Viterbo, finanziato progressivamente con diversi atti. Nell'ambito dei fondi di I fase sono stati realizzati il Corpo B dell'Ospedale, completati alcuni interventi complementari e posto in opera il Corpo A3 dell'Ospedale di Belcolle. L'analisi dettagliata delle economie derivanti dai diversi interventi ha portato al consolidamento minimo certo di un importo residuo pari ad € 9.624.904,46 che è stato destinato al completamento del Corpo A3 ai fini della completa attivazione dell'Ospedale. Con determinazione Regionale G10180/2018 è stato approvato il progetto esecutivo delle opere di completamento del Corpo A3, dando l'avvio all'utilizzo dei fondi.

Fondi regionali per manutenzione straordinarie ed ammodernamento tecnologico

Proseguirà il monitoraggio degli investimenti finalizzati alla manutenzione straordinaria edile ed impiantistica, alle Case della Salute e all'ammodernamento tecnologico (importo assegnato alle Aziende Sanitarie nel periodo 2012-2018 € 340 MLN circa di cui il 58% circa in corso di rendicontazione o attivazione da parte delle Aziende Sanitarie).

Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento

Legge 67/88 art. 20 –Stralcio 1.B.1 - € 109.096.772,43 (DCA U00469 del 27/11/2018)

Fermi restando gli obiettivi strategici di cui allo stralcio 1.A (Ammodernamento tecnologico, Adeguamento e messa norma tecnica e funzionale dei presidi ospedalieri, Adeguamento e messa norma tecnica e funzionale dei presidi territoriali), lo stralcio I.B.1 individua gli interventi da realizzare in ordine successivo alle priorità degli interventi ammessi a finanziamento nello stralcio 1.A. Le priorità individuate per lo stralcio 1.B.1 si riferiscono a:

- Potenziamento del parco tecnologico delle Aziende sanitarie con particolare riferimento, tra l'altro, alle alte e altissime tecnologie con l'introduzione all'interno dell'HUB della rete oncologica del Lazio (IRCCS IFO – Protonterapia).
- Rafforzamento e potenziamento della rete HUB&spoke del Lazio
- Attivazione del sviluppo a migliore ottimizzazione dell'offerta di salute, è perseguito attraverso la definitiva messa a punto del quinto DEA di II livello presso l'Ospedale S. Maria Goretti di Latina;
- Ottemperare a quanto disposto nel DCA U00378 del 12/11/2014 avente ad oggetto: Presa d'atto del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università Campus Bio-Medico di Roma per il triennio 2014-2016 stipulato in data 28 ottobre 2014 ed in particolare dell'art. 10, comma 4 del Protocollo di Intesa oggetto della ratifica con il DCA stesso.

Legge 67/88 art. 20 - III Fase – Stralcio 1.B.2 - € 219.379.379,36

In coerenza con le finalità dei Programmi Operativi 2019-2021 ed in prosecuzione degli Stralci già avviati, la Regione intende completare la programmazione dell'intero stanziamento assegnato dalle Delibere CIPE n. 52/1998 e n. 65/2002; Legge n. 296/2006 e Legge n. 244/2007.

La programmazione generale delle scelte strategiche, prevedrà anche la costruzione di nuovi ospedali ovvero l'ampliamento e riconversione di quelli esistenti, compatibilmente con la disponibilità finanziaria.

Legge 232/2016 art 1. Comma 140 - € 173.166.814,00

Sono stati proposti al Ministero Sovraordinato i seguenti interventi, aventi assoluta priorità ed emergenza rispetto alle finalità sopra indicate:

RUOLO	TIPOLOGIA STRUTTURA	DESCRIZIONE INTERVENTO	TOTALE FINANZIAMENTO
PS	ASL FR - P.O. loc. San Marciano - Sora	Interventi di riqualificazione, adeguamento e messa a norma edile, impiantistica e strutturale	**€ 17.010.367,00**
DEA I	ASL RM6 - Ospedale dei Castelli	Interventi di completamento, sistemazioni esterna ed acquisizione attrezzature sanitarie	**€ 24.500.942,00**
DEA I	ASL RIETI - P.O. San Camillo de Lellis via J. F. Kennedy - Rieti	Interventi di riqualificazione, adeguamento e messa a norma edile, impiantistica, strutturale, efficienza energetica e implementazione delle attrezzature sanitarie	**€ 76.521.531,00**
DEA I	ASL RM3 - P.O. G.B. Grassi via Passeroni, n.21 - Roma	Interventi di ampliamento, riqualificazione, adeguamento e messa a norma edile, impiantistico, strutturale, efficienza energetica e implementazione delle attrezzature sanitarie	**€ 55.133.974,00**
Importo totale			**€ 173.166.814,00**

Le risorse destinate alla parziale realizzazione delle opere negli Ospedali suindicati e afferenti alle schede dell'Accordo di Programma di cui alla DGR 861/2017, a seguito del perfezionamento dell'assegnazione della somma di cui alla L.232/2016, saranno rimodulate per portare avanti la programmazione decennale approntata e riferita alla L. 67/88. Gli importi così liberati, saranno destinati alle Aziende in pieno sviluppo dei contenuti del presente documento.

Legge 232/2016 art 1. Comma 602-603 - € 286.776.348,00 - Fondi INAIL e fondi per la ricerca

TIPOLOGIA STRUTTURA	DESCRIZIONE INTERVENTO	TOTALE FINANZIAMENTO
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale nel sud Pontino- ASL Latina - Nuovo ospedale del Golfo	€ 75.000.000,00
ASL Frosinone	Costruzione nuovo ospedale in territorio ad alto rischio sismico (zona 1)- ASL Frosinone - Nuovo ospedale di Sora	€ 99.000.000,00
ASL Frosinone	Interventi di riqualificazione, ristrutturazione e adeguamento in territorio sismico (zona 1)-ASL Frosinone - Distretto C -Sora via Piemonte	€ 12.776.348,00
IRCCS IFO - Regina Elena e San Gallicano	Realizzazione reparto Hospice - Due nuove palazzine	€ 10.000.000,00
IRCCS IFO - Regina Elena e San Gallicano	Nuovo edificio	€ 90.000.000,00
Importo totale		**€ 286.776.348,00**

Sicurezza Sismica

Con Determinazione G00360 del 15/01/2018 è stato approvato il documento di sintesi "Monitoraggio del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie pubbliche – Verifica dello stato di attuazione da parte delle Aziende Sanitarie della classificazione del rischio sismico e della vulnerabilità sismica degli immobili di proprietà" ai sensi dell'Ordinanza P.C.M. n. 3274/2003 e s.m.i. e del DM 14.1.2008 e s.m.i.. La Regione intende aggiornare la rilevazione dei dati rispetto a quanto fino ad oggi acquisito.

Dalla rilevazione dei dati fino ad oggi effettuata emerge che il fabbisogno stimato per la messa a norma antisismica, per il livello massimo ottenibile in termini di costi - ammonta a € 868.313.658,29. Sono ricompresi i

Presidi classificati ai sensi del DL 70/2015 e, in particolare, gli Ospedali sede di DEA di II livello, DEA di I livello, PS, Ospedali di zona disagiata e nelle zone ad elevato rischio sismico.

Poiché gli importi risultano già da ora rilevanti, gli interventi relativi alla messa a norma antisismica saranno attivati secondo le indicazioni dei Ministeri sovraordinati, sulla base di disponibilità finanziaria specificamente finalizzata e sulla base degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica predisposte dalle Aziende Sanitarie.

21.2 Allegato 2. Cronoprogramma

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
3	Gli strumenti di analisi epidemiologica e di stratificazione della popolazione assistita	Realizzazione e consolidamento (tramite aggiornamento periodico) di un portale in grado di documentare il contesto sociodemografico, la frequenza di patologie, di fattori di rischio e la domanda di prestazioni in aggregati sub-regionali (popolazione residente nei Comuni, nei Distretti e nelle ASL regionali).	Portale in grado di documentare il contesto sociodemografico, la frequenza di patologie, di fattori di rischio e la domanda di prestazioni in aggregati sub-regionali entro il e aggiornamento periodico.	giu-19	Direzione Salute e DEP	
3	Gli strumenti di analisi epidemiologica e di stratificazione della popolazione assistita	2. Sperimentare nella regione Lazio gli strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia.	Stratificazione della popolazione assistita regionale attraverso gli algoritmi in uso presso la Regione Lombardia	set-19	Direzione Salute e DEP	
3	Gli strumenti di analisi epidemiologica e di stratificazione della popolazione assistita	3. Sviluppo e validazione di un modello di stratificazione della popolazione cronica in base al rischio di evoluzione sfavorevole.	Differenziazione della popolazione assistita regionale attraverso un modello predittivo del rischio di outcomes sfavorevoli	set-19	Direzione Salute e DEP	
3	Gli strumenti di analisi epidemiologica e di stratificazione della popolazione assistita	4. Individuazione di sottogruppi di assistiti, disponibili alle Aziende e ai distretti del SSR, caratterizzati attraverso profili di rischio di outcome sfavorevoli e differenziati in base ad indicatori di utilizzo di servizi di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica e fattori di esposizione.	Individuazione di sottogruppi di assistiti, disponibili alle Aziende e ai distretti del SSR, caratterizzati attraverso profili di rischio di outcome sfavorevoli e differenziati in base ad indicatori di utilizzo di servizi di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica e fattori di esposizione	dic-19	Direzione Salute e DEP	
4	La comunicazione al cittadino	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.	Realizzazione, in collaborazione con le ASL, di interventi di comunicazione efficaci, in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, sui temi della promozione degli stili di vita salutari, dell'accesso ai servizi di prevenzione (Entro dicembre 2021).	dic-21	Direzione Salute	
4	La comunicazione al cittadino	Creazione e il consolidamento di una rete regionale per la comunicazione sui temi della promozione della salute e della prevenzione in grado di diffondere messaggi coerenti ed omogenei anche in raccordo con altri enti/organizzazioni sanitarie e non sanitarie (Ministero della Salute, ISS, IZS, INAIL, etc).	- Realizzazione della Mappa delle “Opportunità di Salute" sul sito SaluteLazio (Entro dicembre 2020)	dic-20	Direzione Salute	
4	La comunicazione al cittadino	Promozione e sostegno delle attività di comunicazione realizzate all’interno delle reti collaborative (la Rete delle Città e delle Comunità Sane, le reti Scuole che Promuovono Salute, Health Promoting Hospitals, ecc.).	- Realizzazione della pagina web “Scuole che Promuovono salute nel Lazio” e “Aziende che Promuovono Salute” (Entro dicembre 2020).	dic-20	Direzione Salute	
5.1	Umanizzazione del sistema di cure	Pubblicizzazione dei risultati delle valutazioni condotte nell’ambito del progetto di ricerca interregionale sull’umanizzazione coordinato da Agenas.	Iniziativa di disseminazione dei risultati regionali delle valutazioni condotte nell’ambito del progetto di ricerca interregionale coordinato da Agenas.	-31/12/2020	Direzione Salute	
5.2	Umanizzazione del sistema di cure	Individuazione di eventuali ulteriori ambiti di valutazione legati all’accessibilità fisica, agli strumenti per l’accoglienza e per l’orientamento dei pazienti. nei servizi, nonché alla qualità dei servizi alberghieri, per identificare specifiche azioni migliorative.	Documento con proposte di azioni migliorative sulla rete dei servizi	dic-21	Direzione Salute	

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
5.3	Umanizzazione del sistema di cure	Definizione di una modalità di consultazione strutturata di associazioni dei cittadini e di pazienti nei processi di elaborazione degli indirizzi strategici regionali, a partire dalle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.	Identificazione di un percorso di consultazione strutturata nell'elaborazione delle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.	dic-19	Direzione Salute	
5.4	Umanizzazione del sistema di cure	Definizione di procedure per l'adesione delle Associazioni di tutela dei pazienti nell'ambito dei Gruppi di Partecipazione Attiva e per l'attivazione della Cabina di regia per la loro consultazione	Attivazione dei Gruppi di partecipazione attiva e della Cabina di regia per la consultazione delle Associazioni di tutela dei pazienti	giu-20	AREA RICERCA, INNOVAZIONE, TRASFERIMENTO DELLE CONOSCENZE E UMANIZZAZIONE	
I	La Programmazione Integrata	Elaborazione di un documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA.	Documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
I	La Programmazione Integrata	Identificazione di sistemi di rilevazione dell'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti.	Sistemi di rilevazione dell'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti identificati.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
6	Promozione della salute e prevenzione attiva	Coordinamento regionale dei sistemi di sorveglianza di popolazione.	Predisposizione atto regionale per la definizione dell'organizzazione dei sistemi di sorveglianza	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.1	Promozione della salute e prevenzione attiva	Definizione di accordi e/o condivisione di indirizzi per la realizzazione di interventi intersettoriali di promozione di stili di vita salutari nei diversi *setting* (scuola, luoghi di lavoro, servizi sanitari e comunità).	Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.1	Promozione della salute e prevenzione attiva	Definizione di accordi e/o condivisione di indirizzi per la realizzazione di interventi intersettoriali per garantire un elevato livello di salute umana, nonché di benessere degli animali nella filiera agroalimentare.	Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.1	Promozione della salute e prevenzione attiva	Definizione di politiche e interventi intersettoriali finalizzati a ridurre le esposizioni ambientali nocive per la salute e a creare ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.	Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.2	6.2 Formazione degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione	Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari, finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento delle competenze di base del *counselling* per interventi di promozione della salute rivolti a: futuri genitori e neogenitori, popolazione adulta, anziani, fragili, persone con disabilità e loro caregiver.	Definizione di un piano formativo regionale per la promozione della salute	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.2	6.2 Formazione degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione	Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel *setting* scolastico, finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento delle competenze di base per la pro-mozione delle *life skills* e la realizzazione di interventi di *peer education* .	Definizione di un piano formativo regionale per la promozione della salute	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
6.2	6.3 Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia	Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel settore della Sicurezza Alimentare finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento della normativa inerente la filiera agroalimentare.	Realizzazione di percorsi formativi collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione (almeno 2 percorsi).	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.3	6.3 Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia	Realizzare interventi di comunicazione (basati su vecchi e nuovi media) volti ad aumentare l'empowerment del cittadino, al fine di consentire una sua partecipazione equa, consapevole e non passiva al processo di promozione e cura della salute e di soddisfare al contempo la sempre crescente domanda di informazione qualificata.	Realizzazione di interventi di comunicazione su fattori di rischio individuali, i comportamenti a rischio, gli interventi di prevenzione e l'utilizzo dei servizi sanitari con il coinvolgimento di cittadini/caregiver e operatori sanitari (almeno 2 interventi)	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
6.3	6.3 Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia	Realizzare interventi di formazione per operatori sanitari per il "supportoall'auto-cura" e il coinvolgimento attivo del paziente.	Realizzazione di percorsi formativi per operatori sanitari collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione (almeno 2 percorsi).	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Proseguire e potenziare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP).	Consolidamento/incremento del numero di aziende coinvolte nei percorsi WHP (>3 aziende/ASL) (monitoraggio annuale).	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Produrre e diffondere linee di indirizzo e di buona pratica.	Adozione di Linee di indirizzo e di buone pratiche (almeno 1/anno).	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Produrre e applicare procedure standardizzate a livello regionale per le attività di controllo.	Adozione e applicazione procedure standardizzate regionali (applicazione in tutte le 10 ASL) (monitoraggio annuale).	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Formare gli operatori SPreSAL sulle metodologie e strumenti per la valutazione dei MOG.	Realizzazione di un corso di formazione regionale per Dirigenti e Tecnici SPreSAL sui MOG (1 operatore per ASL), per poi avviare nelle singole ASL la formazione a cascata.	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.5	Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali	Migliorare l'accessibilità ai servizi vaccinali da parte dei soggetti target.	Atto di indirizzo per la riorganizzazione della rete dei servizi vaccinali.	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.5	Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali	Migliorare la formazione del personale sanitario specificamente impegnato nel settore delle vaccinazioni nonché del personale sanitario in genere sul tema.	Implementazione Anagrafe Vaccinale Regionale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.5	Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali	Definire indicazioni regionali per promuovere la qualità delle vaccinazioni, per garantire maggior omogeneità nell'erogazione del servizio e massima copertura	Raggiungimento/mantenimento delle copereture di vaccinazioen obbligatorie e raccomandate come richiesto dal Piano Nazionale Vaccini.	maggio 2020; maggio 2021	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.6	Programmi di screening	Coinvolgimento attivo dei MMG/PLS per la sensibilizzazione della popolazione target.	Consolidamento/incremento del numero di soggetti coinvolti nei percorsi (>90%) (monitoraggio annuale)	maggio 2020; maggio 2021	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
6.6	Programmi di screening	Collegamento dei centri di screening alle reti oncologiche.	Miglioramento degli indicatori di processo rispetto agli standard di riferimento (DCA 191/2015), monitorabili tramite l'utilizzo dei Sistemi informativi Regionali presso tutti i nodi dei percorsi organizzati.	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RETE OSPEDALIERA
6.6	Programmi di screening	Coinvolgimento dei distretti/municipi/comuni per la promozione dei percorsi organizzati.	Adozione di Linee di indirizzo per lo screening oftalmologico	mar-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.6	Programmi di screening	Implementazione dello screening neonatale oftalmologico e messa a disposizione dello screening neonatale metabolico esteso ed audiolgico.	Copertura screening neonatali >90% (monitoraggio annuale)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023	a) pianificazione ed esecuzione nel 2019 del follow up degli audit di sistema condotti presso le Asl nel periodo 2015-2018 ai sensi dell'articolo 4 (6) del Regolamento Ce n. 882/2004 (monitoraggio scadenza dicembre 2019)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023	b) valutazione dell'efficacia dei piani d'azione posti in essere dalle Asl a seguito delle raccomandazioni formulate dalla Regione nel corso degli audit di sistema condotti presso le Asl nel periodo 2015-2018 (monitoraggio scadenza dicembre 2019)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023	c) individuazione di ulteriori specifiche aree di criticità, oltre a quelle già evidenziate sopra, che richiedono interventi mirati e non prorogabili entro il 2020 ed elaborazione delle relative linee guida che assicurino l'adeguatezza degli interventi sul territorio, tenendo conto del dettato normativo del regolamento UE 2017/625 (monitoraggio scadenza dicembre 2020).	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023	d) elaborazione nel 2020 del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRIC) 2020 – 2023 e della programmazione strategica del nuovo ciclo di audit 2020-2024 (monitoraggio scadenza entro dicembre 2020)	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	2. Definizione di accordi "Sanità-Ambiente-Agricoltura" per la condivisione di indirizzi in ambito regionale con l'obiettivo di riqualificare le produzioni primarie locali	a) Costituzione di un tavolo permanente "Sanità-Agricoltura-Ambiente" per la condivisione di strategie integrate in produzione primaria entro il 2020. (monitoraggio scadenza giugno 2020)	giu-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	2. Definizione di accordi "Sanità-Ambiente-Agricoltura" per la condivisione di indirizzi in ambito regionale con l'obiettivo di riqualificare le produzioni primarie locali	b) Elaborazione di linee di indirizzo individuate nel corso delle riunioni di cui al punto a) entro il 2021.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	3. Predisposizione di piani straordinari per l'eradicazione di tubercolosi e leucosi bovina enzootica attraverso il controllo, nei cluster di infezione, del 100% dei capi presenti e controllabili	a) adozione di piani di controllo straordinari (monitoraggio scadenza marzo 2020)	mar-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	3. Predisposizione di piani straordinari per l'eradicazione di tubercolosi e leucosi bovina enzootica attraverso il controllo, nei cluster di infezione, del 100% dei capi presenti e controllabili	b) attuazione e monitoraggio presso le ASL del piano di controllo (monitoraggio annuale, dic 2020; dic 2021)	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	4. Elaborazione/aggiornamento delle check list per la verifica delle caratteristiche strutturali dei canili sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in anagrafe canina	a) istituzione di un gruppo di lavoro con i servizi veterinari delle ASL per la elaborazione/aggiornamento delle check list (monitoraggio scadenza giugno 2020)	giu-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	4. Elaborazione/aggiornamento delle check list per la verifica delle caratteristiche strutturali dei canili sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in anagrafe canina	b) costituzione di un tavolo di lavoro con rappresentanti di enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore per individuare le criticità e promuovere le iscrizioni all'anagrafe canina (monitoraggio annuale, dic 2020; dic 2021)	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	4. Elaborazione/aggiornamento delle check list per la verifica delle caratteristiche strutturali dei canili sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in anagrafe canina	c) elaborazione di una campagna di formazione/informazione per la sensibilizzazione dei cittadini, sviluppata in base alle linee di indirizzo individuate nel corso delle riunioni di cui al punto b) entro il 2021.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
7.1.2a	7.1.2 Le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	Gestione tempestiva dei trasferimenti prioritari e secondari;	Monitoraggio semestrale costante tempi intervento da parte della Direzione Salute per il tramite del Coordinamento della Rete dell'Emergenza Urgenza ed adozione di eventuali azioni correttive	30/06/2020	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.2b	7.1.2 Le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	potenziamento della trasmissione di immagini e dati;	potenziamento in h24 del sistema di trasmissione degli ECG (Telemed)	30/06/2020	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7,1,2,B	7.1.2 Le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	potenziamento della trasmissione di immagini e dati;	utilizzo del sistema di teletrasmissione ECG (Telemed) anche per il dolore toracico non tipico entro il triennio di vigenza del Programma Operativo	31/12/2021	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7,1,2,C	7.1.2 Le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	Aggiornamento dei requisiti di autorizzazione dei trasporti secondari	adozione del provvedimento di aggiornamento dei requisiti di autorizzazione per i trasporti secondari	31/03/2020	AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	
7.1.2D	7.1.2 Le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	riduzione del ricorso alle esternalizzazioni.	riduzione del ricorso alle esternalizzazioni in misura proporzionale alla riduzione del sovraffollamento in pronto soccorso nell'ambito del triennio di vigenza del Programma Operativo	31/12/2021	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
7.1.3	Trasformazione dei Punti di Primo Intervento	- Trasformazione dei PPI in Punti di erogazione di assistenza primaria	Avvenuta trasformazione dei PPI di Roma 4 , Roma 5, Latina, Viterbo e Rieti	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
7.1.4a	La Rete Ospedaliera	1. Puntuale definizione della *governance* delle reti tempo dipendenti con definizione dei compiti e delle funzioni dei coordinamenti regionali, di area e di struttura, sviluppando indicatori di struttura, processo ed esito per il monitoraggio delle attività.	1. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinamenti delle reti tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4b	La Rete Ospedaliera	2. Definizione di un modello di *governance* delle reti non tempo dipendenti, con particolare riferimento alle reti oncologiche.	Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4c	La Rete Ospedaliera	3. Emanazione di linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita.	Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinamenti delle reti non tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4d	La Rete Ospedaliera	Realizzazione di strategie volte a rilanciare l'attività ostetrica e neonatologica dei punti nascita con volumi insufficienti (< 500 nati/anno) quali ad esempio la realizzazione di processi assistenziali unificati ospedale-territorio, la diffusione di strumenti di comunicazione come l'agenda della gravidanza, l'attivazione di percorsi di umanizzazione del parto e di rafforzamento dell'autonomia ostetrica nella gestione di gravidanze e parti fisiologici. Tale attività verrà realizzata in maniera continua durante il triennio;	Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti non tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.1.4e	La Rete Ospedaliera	Monitoraggio dell'implementazione delle indicazioni previste dall'accordo stato regioni del 16/12/2010 inerenti la sicurezza e appropriatezza del percorso nascita.	Realizzazione linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4f	La Rete Ospedaliera	Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza, accessibile da parte del personale ostetrico-neonatale del punto nascita.	Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza entro dicembre 2021	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4g		Definizione progetti di miglioramento sui PN <1000 parti attraverso la definizione di azioni con indicatori misurabili (rif: AGENAS standard per valutazione PN	Definizione di una strategia di miglioramento delle performance dei PN con meno di 1000 nati/anno	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.2	L'integrazione ospedale-territorio				RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
7.2.1	L'integrazione ospedale-territorio	Revisione ed aggiornamento delle funzioni del Bed Manager, con il supporto del "Coordinamento Regionale dei Bed Manager", istituito con Determina Dirigenziale n. G16182 del 12 dicembre 2018, per le attività legate al contrasto del sovraffollamento nei Pronto Soccorso ed al miglioramento dei percorsi ospedalieri di accettazione e dimissione dei pazienti.	Aggiornamento della Delibera di Giunta Regionale n. 821 del 3 novembre 2009 "Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione".	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.2.2	L'integrazione ospedale-territorio	Definizione di un modello di "care management", che favorisca l'integrazione, i cambi di setting ed il governo delle cure e dell'assistenza con al centro il Distretto.	Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di un modello di care management, con referenti a livello ospedaliero e territoriale, volto a favorire l'integrazione ed i cambi di setting	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.2.3	L'integrazione ospedale-territorio	Realizzazione di un "percorso assistenziale integrato" tra ospedale e territorio, mediante la realizzazione di un sistema informatico collegamento fra i diversi ambiti assistenziali (degenza per acuti, strutture riabilitative ospedaliere e territoriali, postacuzie, strutture residenziali, e ADI), utilizzabile da tutte le strutture di ricovero e territoriali, MMG e PLS, per la gestione condivisa delle modalità di passaggio di setting, al fine di garantire una efficacia continuità del percorso di cura del paziente, una condivisione di strumenti di valutazione, maggiore tempestività del trattamento riabilitativo, nonché una maggiore appropriatezza d'uso delle risorse debitamente valorizzate.	Adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere e territoriali di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare) entro dicembre 2019.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.2.4	L'integrazione ospedale-territorio	Realizzazione di un "percorso assistenziale integrato" tra ospedale e territorio, mediante la realizzazione di un sistema informatico collegamento fra i diversi ambiti assistenziali (degenza per acuti, strutture riabilitative ospedaliere e territoriali, postacuzie, strutture residenziali, e ADI), utilizzabile da tutte le strutture di ricovero e territoriali, MMG e PLS, per la gestione condivisa delle modalità di passaggio di setting, al fine di garantire una efficacia continuità del percorso di cura del paziente, una condivisione di strumenti di valutazione, maggiore tempestività del trattamento riabilitativo, nonché una maggiore appropriatezza d'uso delle risorse debitamente valorizzate.	Realizzazione di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza e le strutture di riabilitazione (codici 56,28,75) e post-acuzie (codice 60), collegato con i sistemi informativi di monitoraggio e programmazione dell'offerta riabilitativa entro marzo 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.3.1	Implementazione del numero unico europeo 116117.	Definizione del modello regionale per il 116117;	Costituzione del gruppo di lavoro per la definizione del progetto.	31/03/2020	DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
7.3.1	Implementazione del numero unico europeo 116117.	Definizione del modello regionale per il 116117;	Presentazione del progetto regionale di 116117 ai Ministeri.	30/09/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO E SISTEMI INFORMATIVI/ICT	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
7.3.2	Implementazione del numero unico europeo 116117.	Implementazione del modello;	Coinvolgimento delle UCCP nella gestione.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO E SISTEMI INFORMATIVI/ICT E RISORSE UMANE	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
7.3.3	Implementazione del numero unico europeo 116117.	3. Avvio delle attività.	Avvio delle attività.	gen-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO E SISTEMI INFORMATIVI/ICT	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi				RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Il potenziamento del Distretto*				
8.1.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Definizione del fabbisogno quantitativo e qualitativo di personale per i distretti aziendali.	Piano del fabbisogno triennale dei distretti per il triennio 2020-2022.	giu-20	RISORSE UMANE	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.1.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Definizione del fabbisogno formativo del personale dei distretti aziendali.	Piano formativo del personale.	31/07/2020	RISORSE UMANE	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.1.3	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Implementazione di un sistema informativo integrato che copra tutte le attività del distretto (anche in termini di valutazione e monitoraggio).	Approvazione del progetto e avvio di attività sviluppo del sistema informativo integrato territoriale entro il 31 dicembre 2019	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
8.1.4	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Definizione del ruolo/responsabilità del distretto nella gestione dei percorsi di cura del paziente cronico.	Definizione del ruolo/responsabilità del distretto nella gestione dei percorsi di cura del paziente cronico	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Il percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio*				

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
8.2.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Implementazione di sistemi per la dimissione concordata, attraverso uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza e il Distretto	Adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere e territoriali di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare) entro ottobre 2019	ott-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO e SISTEMI INFORMATIVI/ICT
8.2.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque inserito all'interno di un PDTA, secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo".	Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque inserito all'interno di un PDTA, secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.3	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Sviluppo di linee d'indirizzo regionali sulla cronicità*				
8.3.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Ricognizione delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità.	Analisi delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità completata.	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.3.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Elaborazione di linee di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.	Linee di indirizzo regionali per l'attuazione del Piano nazionale della cronicità.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.3.3	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Identificazione di primi obiettivi per le Asl e Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione.	Identificazione di primi obiettivi per le Asl e Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione .	30/04/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.4.	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Bisogni assistenziali riabilitativi derivanti da disabilità complesse*				
8.4.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale che contempli la riorganizzazione del sistema, la ridefinizione del fabbisogno e percorsi specifici per pazienti ad alta complessità e minori	Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale entro il 31 luglio 2019	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.4.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Recepimento a livello regionale dei provvedimenti di riordino dell'assistenza riabilitativa secondo i reali bisogni espressi dalla popolazione	Aggiornamento dell'offerta di servizi di riabilitazione territoriale a partire dal 1 gennaio 2020	gen-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI E REMUNERAZIONE
8.4.3.	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	La Regione si impegna a verificare lo stato di attuazione delle diverse reti territoriali, comprese le cure primarie e la specialistica ambulatoriale, anche ai fini dell'eventuale aggiornamento delle linee programmatorie specifiche	Recepimento documento programmatico sulle reti territoriali, comprese le cure primarie e la specialistica ambulatoriale, anche ai fini dell'eventuale aggiornamento delle linee programmatorie specifiche	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI E REMUNERAZIONE

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
8.5	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Il percorso per la gestione del trattamento per la Salute mentale*				
8.5.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Ridefinire i possibili percorsi assistenziali in una logica di sistema e di offerta integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, (che prevenga e riduca il ricorso frequente alla residenzialità e favorisca le dimissioni di quei pazienti che hanno riacquistato le capacità relazionali e di autonomia personale necessarie a vivere nella comunità locale).	Piano per la salute mentale.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.5.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Migliorare la presa in carico degli utenti specialmente dei dimessi dal SPDC sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione socio sanitaria (distretti, PUA, Comuni, ruolo MMG) e delle buone pratiche presenti sul territorio e rilevate con l'indagine sui progetti avviati dai DSM nel 2018 (supporto abitare).			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.5.3	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
8.5.4	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Completamento della riforma avviata con il DCA 468/2017 (residenzialità leggera) attraverso la definizione delle tariffe del gruppo appartamento, regolamentazione di strutture residenziali a carattere comunitario (comunità alloggio), disciplina inerente i modelli e i percorsi del supporto all'abitare, ai sensi del paragrafo 7 del DCA 8/2011.	Razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta residenziale per la salute mentale favorendo l'adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di percorsi di cura alternativi alla residenzialità psichiatrica.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
8.6	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Il percorso assistenziale per la tutela della salute mentale dei soggetti in età evolutiva*				
8.6.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	analisi dei dati relativi al volume di attività (diagnosi e/o presa in carico) dei Servizi TSMREE e dei servizi ospedalieri di neuropsichiatria infantile e definizione di specifiche linee di indirizzo regionali	Definizione del modello regionale per la tutela della salute dei minori abusati.	giu-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.6.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Sottoscrizione, da parte di ogni Azienda Sanitaria, di un protocollo di intesa e di un protocollo operativo con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi).	sottoscrizione di protocolli operativi da parte delle ASL con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi)	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
8.6.3	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo	Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico dei minori con una delle problematiche evidenziate	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.7	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	*Dipendenze patologiche*				
8.7.1	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Conclusione iter accreditamento enti che erogano servizi per le dipendenze patologiche avviato con DCA 295/2015.	Adozione provvedimento regionale di accreditamento delle strutture.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	FAMIGLIA MINORI E PERSONE FRAGILI ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
8.7.2	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Definizione del fabbisogno e delle tariffe.	Adozione provvedimenti regionali riguardanti il fabbisogno ed il sistema tariffario.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	FAMIGLIA MINORI E PERSONE FRAGILI REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
8.7.3	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Contrattualizzazione enti.	Contrattualizzazione enti.	giu-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.7.4	I Modelli di intervento proattivi per l'individuo con bisogni cronici/complessi	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.	Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico dei pazienti con una delle problematiche evidenziate	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili				RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
9.1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	*La presa in carico delle fasce vulnerabili di stranieri/migranti*				
9.1.1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Definizione e attivazione equipe multidisciplinari funzionali per accertamento dell'età MSNA.	N. equipe multidisciplinari funzionali per accertamento età MSNA (almeno 6 su 10)	giu-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.1.2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	aggiornamento mappatura e monitoraggio degli ambulatori STP/ENI;	Mappatura ambulatori STP/Eni, entro il 30 giugno 2019 e successivi aggiornamenti entro il 31 dicembre di ogni anno e acquisizione delle relazioni di attività predisposte da tutte le ASL entro il 31 dicembre di ogni anno	giu-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
9.1.3	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Realizzazione e diffusione di un opuscolo con indicazioni per l'accessibilità al SSR e orientamento ai servizi.	Distribuzione alle ASL di almeno 300 opuscoli con indicazioni per l'accessibilità al SSR	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.1.4	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Definizione criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/ENI, attraverso la collaborazione del "Gruppo di Lavoro regionale per la promozione e la tutela della salute degli immigrati", istituito presso la Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria.	Definizione criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/ENI entro il 31 dicembre 2020	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	*Salute Penitenziaria*				
9.2.1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Mappare l'attuale offerta di servizi;	Mappatura dell'offerta dei servizi.	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Identificare la dotazione minima di discipline/specialità da garantire all'interno degli Istituti Penitenziari;	Definizione della dotazione minima di discipline/specialità per gli ambulatori interni agli Istituti Penitenziari entro il 31 dicembre 2019	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3a	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Valutazione del fabbisogno di p.r. Rems,	Definizione del fabbisogno di p.r. Rems e determinazione dell'offerta definitiva entro il 30 settembre 2019	31/12/2019	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3b1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Apertura Rem di Rieti	Rieti: entro il 31 dicembre 2019;	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3b2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Apertura Rem di Subiaco	Subiaco: entro il 31 maggio 2021;	mag-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3b3	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Apertura Rem di Ceccano	Ceccano: entro il 30 aprile 2022;	apr-22	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3c	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Eventuale riconversione di una delle Rems provvisorie in Rems attenuata	Identificazione delle soluzioni per la continuità assistenziale successiva alla Rems	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.3	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Residenzialità sanitaria protetta per la tutela dei bambini (Legge n. 62/2011)				
9.3.1a	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	costituzione di un gruppo di lavoro tecnico integrato finalizzato alla definizione dell'offerta di servizi per la tutela dei bambini figli di donne del circuito penale (in considerazione di quanto previsto dalla Legge n. 62 del 21 aprile 2011	adozione provvedimento regionale di costituzione del gruppo tecnico di lavoro sul percorso assistenziale	mar-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
9.3.1b	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	costituzione di un gruppo di lavoro tecnico integrato finalizzato alla definizione dell'offerta di servizi per la tutela dei bambini figli di donne del circuito penale (in considerazione di quanto previsto dalla Legge n. 62 del 21 aprile 2011	Predisposizione del documento tecnico	giu-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
10	Azioni di sistema e sviluppo delle capacità gestionali					
10.1	Governance Istituzionale					
10.1.1	Governance Istituzionale	Istituzione di una nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio.0", finalizzata a supportare l'accentramento e la standardizzazione di funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo e gestionale.	Avvio della nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio.0",	giu-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE UMANE SISTEMI INFORMATIVI/ICT
10.1.2	Governance Istituzionale	Elaborazione di indirizzi regionali volti allo sviluppo, in particolare nelle ASL e nei distretti, di funzioni di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità…) nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio.	Documento regionale di indirizzo entro il 31 dicembre 2020 (in tema di analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza), volto a promuovere, in particolare nelle ASL e nei distretti, l'esercizio di funzioni di committenza nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE UMANE SISTEMI INFORMATIVI/ICT
10.1.3	Governance Istituzionale	Definizione di un atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze.	Atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE UMANE SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria					
11.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Ambito informativo				
11.1.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*: qualità e completezza del patrimonio informativo, centralizzazione della data governance e monitoraggio dell'erogazione dei LEA*				

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
11.1.1a	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Definizione e implementazione di Audit sulla qualità del patrimonio informativo regionale e Stesura e distribuzione di un report annuale contenente le strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit anche in collaborazione con altri enti/dipartimenti regionali.	Report contenente le strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di auditpredisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2019, sui dati della precedente annualità.	giu-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1b	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Pubblicazione annuale dell'output delle verifiche di qualità dei dati, con evidenziazione delle principali criticità riscontrante	documento annuale delle verifiche di qualità dei dati predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2020	giu-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1c	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Miglioramento della completezza e della qualità dei dati dei sistemi informativi funzionale al monitoraggio degli adempimenti LEA, misurato attraverso un Coefficiente di variazione negli indicatori di qualità e completezza	Documento annuale delle verifiche di qualità dei dati predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2020	giu-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1c	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Obblighi informativi LEA, miglioramento negli indicatori di completezza e qualità dei flussi informativi	Obblighi informativi LEA, nessuna inadempienza certificata con riferimento all'annualità 2021	giu-22	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1d	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Pubblicazione dei risultati del monitoraggio degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA a cadenza semestrale, con evidenziazione delle principali criticità riscontrate	Miglioramento degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA tra il 2019 e il 2021	lug-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1e	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Potenziamento del sistema P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari favorendo l'Implementazione e il monitoraggio, nell'ambito del PreValE, di nuovi indicatori di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, elaborati anche attraverso l'integrazione del contenuto informativo della SDO introdotto ai sensi del D.M. 261/2016;	Almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PreValE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, elaborati anche attraverso l'integrazione del contenuto informativo della SDO introdotto ai sensi del D.M. 261/2016	dic-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1f	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Potenziamento del sistema P.Re.Val.E favorendo l'Implementazione e il monitoraggio, nell'ambito del PreValE, di nuovi indicatori di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in regime post-acuzie.	Almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PreValE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito post-acuzie	dic-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.2	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*Ambito Informativo: Evoluzione del modello organizzativo di data Security e Privacy in ambito Socio Sanitario*				

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
11.1.2a	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Definizione e implementazione di un nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle informazioni in ambito Socio Sanitario.	Omogeneità nella applicazione del nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle informazioni a partire dal 2020.	gen-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.2	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*Fascicolo Sanitario Elettronico e Infrastruttura di Rete ad alta velocità*			SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.2.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Riportare tutte le interfacce delle strutture nel territorio ad un equivalente stato di integrazione (a livello informativo e tecnologico) con una forte cooperazione applicativa tra i sistemi informativi sanitari.	Messa a completa a regime del FSE.	dic-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.2.2a	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Avvio progressivo dei sistemi già pronti con una programmazione concordata con le strutture.	Bando ed espletazione gara RAN SANITà.	nov-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.2.2b	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Avvio progressivo dei sistemi già pronti con una programmazione concordata con le strutture.	Messa a completa a regime dell'80% Rete RAN SANITà.	dic-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.3	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*Sistema contabile unico e di contabilità analitica*				
11.3.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	l'integrazione dei sistemi di contabilità generale esistenti, sia verso l'implementazione di un sistema unico di contabilità analitica	Proposta di un modello di armonizzazione dei conti e di un modello di governo/controllo.	feb-20	RISORSE FINANZIARIE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.3.2	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	l'integrazione dei sistemi di contabilità generale esistenti, sia verso l'implementazione di un sistema unico di contabilità analitica	Termine delle attività di revisione anagrafica di base	apr-20	RISORSE FINANZIARIE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
11.3.3	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	l'integrazione dei sistemi di contabilità generale esistenti, sia verso l'implementazione di un sistema unico di contabilità analitica	Messa a completa a regime del sistema.	dic-21	RISORSE FINANZIARIE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.4	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*La Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente*			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
11.4.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Telesalute: al fine di garantire l'implementazione dei servizi di telesalute e teleassistenza ad una più ampia platea di pazienti affetti da patologie croniche è necessario: 1) completare l'attivazione dei Centri Servizi Telesalute/teleassistenza all'interno delle strutture sanitarie, per la gestione dei dati del telemonitoraggio, ed il supporto ai Centri ADI, Specialistici, MMG e PLS per la gestione della terapia; degli accessi infermieristicie e per migliorare la informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente 2) integrare i sistemi di telesalute con gli applicativi regionali disponibili (sistema Recup, ricetta dematerializzata, Sistema Informativo Assistenziale Territoriale, Fascicolo Sanitario Elettronico);3) definire un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività di telemonitoraggio;4) definire le modalità di remunerazione dei servizi di Telesalute.	Adozione dei documenti tecnici	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.4.2	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Telesalute: al fine di garantire l'implementazione dei servizi di telesalute e teleassistenza ad una più ampia platea di pazienti affetti da patologie croniche è necessario: 1) completare l'attivazione dei Centri Servizi Telesalute/teleassistenza all'interno delle strutture sanitarie, per la gestione dei dati del telemonitoraggio, ed il supporto ai Centri ADI, Specialistici, MMG e PLS per la gestione della terapia; degli accessi infermieristicie e per migliorare la informazione e formazione (knowledge and behaviour) del paziente 2) integrare i sistemi di telesalute con gli applicativi regionali disponibili (sistema Recup, ricetta dematerializzata, Sistema Informativo Assistenziale Territoriale, Fascicolo Sanitario Elettronico);3) definire un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività di telemonitoraggio;4) definire le modalità di remunerazione dei servizi di Telesalute.	Assesment del numero di pazienti trattati al 01/01/2020 e attivazione del monitoraggio annuale	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
11.4.3	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Teleconsulto: nel percorso assistenziale dei pazienti, si rende talvolta necessario il consulto tra medici di specialità non presenti all'interno della stessa struttura e la discussione dei casi clinici più complessi in un contesto multidisciplinare. Il Teleconsulto, in questo ambito, si rivela di particolare utilità perché permette l'accesso alle opinioni di esperti di diverse discipline presenti nelle varie strutture. Per l'estensione dell'utilizzo del teleconsulto nelle reti cliniche è prevista 1) la definizione di un documento tecnico per l'integrazione della piattaforma di Teleconsulto ADVICE con gli strumenti di gestione ed eventuali sistemi applicativi attualmente in uso nelle differenti strutture ospedaliere di ricovero, riabilitazione, postacuzie e territoriali 2) definizione delle tariffe per il teleconsulto.	Definizione di un piano regionale/locale dei Centri Servizi di telesalute, con l'obiettivo di estendere il telemonitoraggio per i pazienti cronici nei diversi setting assistenziali, anche mediante la codivisione tecnologica dei sistemi	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.4.4	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Telemedicina per il sistema dell'emergenza: 1) evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE, ed integrazione con il nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera; 2) evoluzione web del nuovo sistema dell'emergenza ospedaliera ed integrazione con i sistemi informativi regionali, certificazione INPS, sistema ricetta dematerializzata e Recup.	Definizione di un sistema informativo di monitaraggio e valutazione modalità di valorizzazione dei servizi.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.4.5	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Telemedicina per il sistema dell'emergenza: 1) evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE, ed integrazione con il nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera; 2) evoluzione web del nuovo sistema dell'emergenza ospedaliera ed integrazione con i sistemi informativi regionali, certificazione INPS, sistema ricetta dematerializzata e Recup.	Evoluzione dei sistemi Telemed, Advice e nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.4.6	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Telemedicina per il sistema dell'emergenza: 1) evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE, ed integrazione con il nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera; 2) evoluzione web del nuovo sistema dell'emergenza ospedaliera ed integrazione con i sistemi informativi regionali, certificazione INPS, sistema ricetta dematerializzata e Recup.	Evoluzione del sistema di teleconsulto Advice ed estensione agli altri setting assistenziali oltre l'emergenza, con monitoraggio delle attività e definizione delle tariffe.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.4.7	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinici	Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinci.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO RISORSE UMANE

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
11.4.8	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Formazione dei pazienti all'autocura della propria patologia attraverso strumenti di Telesalute	Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinci.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.5	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*Ambito Pianificazione Acquisti*				
11.5.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Creazione e/o consolidamento di anagrafiche/codifiche comuni valide per tutte le aziende e per la Regione	Repository centralizzato delle anagrafiche ed automatizzazione/integrazione dello stesso con le strutture sanitarie.	feb-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO CONSUMI
11.5.2	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	2. Realizzazione di un benchmark tra le varie Aziende della Regione in relazione al ruolo di capofila per determinate aree territoriali o segmenti merceologici, in termini di competenze, performance bandi gara, serie storiche volumi, relazioni industriali, ed altro e proposta progettuale di revisione del modello di governance e organizzativo/tecnologico della programmazione degli acquisti	Documento finale di revisione del modello organizzativo di governance e determine di scopo.	dic-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO CONSUMI
11.5.3	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	3. Predisposizione del modello di controllo (flussi dati ed attori) e degli indicatori di performance (KPI, livelli di servizio) della Programmazione acquisti regionale rispetto i fabbisogni/appropriatezza/efficacia, economie di scala e livelli di servizio..	Reportistica su modello di controllo ed elenco indicatori fabbisogno e di risparmio e documentazione a corredo.	nov-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO CONSUMI
11.6	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	*Ambito Logistica sanitaria*				
11.6.1	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Mappatura dell'assetto logistico regionale per una riorganizzazione del modello logistico (posizione magazzini, volumi stoccaggio, natura depositi, personale impiegato, natura esercizio, serie storiche).	Documento di rilevazione degli Asset Logistici Regionali.	mag-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PATRIMONIO E TECNOLOGIE

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
11.6.2	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Realizzazione di una anagrafica unica regionale integrata degli articoli, dei dispositivi e delle tassonomie di classificazione: identificazione repository regionale integrato con strutture, sviluppo di controlli di sicurezza rispetto tracciabilità e codifica puntuale dei beni (GS1, Unique Device Identification UDI).	Documento di rilevazione entro maggio 2020.	dic-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	FARMACI E DISPOSITIVI
11.6.3	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Rilevazione e monitoraggio dei flussi dati logistici delle aziende sul territorio (anagrafiche articoli, indici di rotazione, giacenze, conto deposito) provenienti dalle aziende sul territorio). Gestione del rilevamento delle informazioni di lotto e scadenza.	Sistema informativo/statistico, e reportistica regionale dicembre 2020	dic-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	FARMACI E DISPOSITIVI
11.6.4	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Ottimizzazione delle scorte ed un abbattimento delle quantità dei beni scaduti mediante tecniche di forecast (trend-ciclo, stagionalità, valori fuori linea).	Sistema di reportistica centralizzato per verifica dello stato dei magazzini, delle scorte e dei consumi stimati su periodo.	mar-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.6.5	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Progettazione di KPI legati a eventi rilevanti nel processo logistico: ricezione e controllo merci, allestimento ordini dei Centri di Costo (CdC), spedizione e trasporto, distribuzione dai transit point ai CdC, consegne e customer satisfaction.	Elenco di indicatori di servizio	mar-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.6.6	Sistemi informativi, Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sanitaria	Proposta di efficientamento organizzativo e di governance dell'assetto logistico centralizzato tramite sistemi automatizzati di governo e controllo logistico centralizzato: valutazione e comparazione con il mercato rispetto le soluzioni applicative e le infrastrutture.	Studio di fattibilità, documento di progettazione esecutiva per l'efficientamento organizzativo e di governance dell'assetto logistico centralizzato.	nov-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
12	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment					
12.1.1	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Avvio di un sito internet delle Ricerca sanitaria regionale, volto a dare visibilità ai progetti promossi dalla Regione Lazio e informazioni utili per una gestione amministrativa efficiente degli stessi.	Sito internet della Ricerca sanitaria regionale.	dic-19	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.2a	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Promuovere iniziative volte a favorire maggiore partecipazione degli enti del SSR a bandi di ricerca nazionali e internazionali	Costituzione di una rete di referenti per le attività di ricerca nell'ambito degli enti del SSR	31/12/2019	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.2b	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Promuovere iniziative volte a favorire maggiore partecipazione degli enti del SSR a bandi di ricerca nazionali e internazionali	Ricognizione dei progetti di ricerca per il settore Salute suddivisa per tipologia di bandi.	giu-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.2c	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Promuovere iniziative volte a favorire maggiore partecipazione degli enti del SSR a bandi di ricerca nazionali e internazionali	Documento di analisi delle criticità e proposte per favorire la partecipazione degli enti del SSR ai principali bandi nazionali e internazionali	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
12.1.3	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Promozione di Best practices di ricerca per lo studio dei fenomeni collegati alla cronicità, favorendo la costruzione di un network a livello nazionale ed europeo. Si prevede, a riguardo, il sostegno alle collaborazioni e le creazioni di gruppi multidisciplinari per progetti di ricerca sulla cronicità all'interno delle rete dei references sites della European Innovation Partnership - Active Healthe Ageing.	Almeno due iniziative volte a promuovere attività di ricerca nell'ambito della cronicità.	dic-21	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.4	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Supportare la definizione di linee di indirizzo regionali per l'implementazione del PNC, contribuendo al lavoro di redazione partecipata e all'accompagnamento dei processi di innovazione organizzativa.	Almeno un profilo per azienda per accompagnare processi di innovazioen organizzativa con riferimento agli interventi introdotti per l'implementazione del piano Nazionale Cronicità.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.5	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Promuovere l'accesso di tutte le aziende del SSR ad una banca dati (UptoDate) documentate a livello regionale.	Rapporto sul patrimonio documentale attualmente posseduto dalle Aziende del SSR con identificazione di aree di conoscenza meritevoli di particolare approfondimento	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.6	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Implementazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio con accessi open quale strumento per la ricerca di letteratura aggiornata e implementazione di percorsi di formazione su temi della medicina, del nursing e della sanità basate sulle evidenze scientifiche	Pubblicazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.7	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Facilitare l'accesso alle migliori conoscenze scientifiche disponibili, implementando e promuovendo l'accesso del personale delle Aziende del SSR del Lazio a strumenti on line di supporto alle decisioni cliniche (UpToDate, Dynamed Plus o simili).	Disponibilità dell'accesso a strumenti di supporto alle decisioni cliniche per almeno il 70% delle Aziende Sanitarie del Lazio	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.8	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Definizione di un piano di governo regionale per l'HTA.	Documento con Piano di governo regionale per l'HTA	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.9	Ricerca, innovazione e Health Tecnology Assessment	Promuovere la collaborazione con altri settori delle politiche pubbliche regionali sugli investimenti, in primis con l'Assessorato allo Sviluppo Economico, al fine di indirizzare finanziamenti su obiettivi prioritari di innovazione in sanità	Partecipazione al gruppo Interdirezionale per la programmazione di interventi a valere sui Fondi Comunitari del ciclo 2021-2027	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
13	Le regole del SSR					
13.1	Le regole del SSR	*Autorizzazione*				
13.1	Le regole del SSR	*Revisione e aggiornamento dei requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*				
13.1.1	Le regole del SSR	Effettuare una ricognizione della normativa, Linee Guida e documenti anche di altre Regioni con particolare riguardo ai requisiti tecnologici ed organizzativi in ambito ospedaliero e territoriale e aggiornare le linea guida che le Aziende sanitarie (ASL) sono tenute a seguire nello svolgimento delle attività di verifica ai fini autorizzativi e nella redazione dei pareri di conformità, ad integrazione della check list di cui al DCA 13/2011	Diffusione presso le Asl di Linee guida tese ad uniformare le attività di verifica ai fini autorizzativi delle ASL ed omogeneità dei livelli di sicurezza nell' erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie	dic-19	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.1.2	Le regole del SSR	Proseguimento del percorso di valutazione delle strutture pubbliche tramite incontri periodici con le Asl (Dipartimenti di Prevenzione, Sisp, altri servizi aziendali coinvolti);	Completamento del percorso di valutazione delle strutture pubbliche entro il 2021	dic-21	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.1.3	Le regole del SSR	Aggiornamento requisiti organizzativi in modo che sia evidenziato per ciascun setting assistenziale il nucleo minimo di personale funzionale all'attivazione dell'esercizio, in rapporto alle diverse figure professionali coinvolte, e la previsione di progressiva e proporzionale implementazione del personale medesimo in rapporto ai volumi di attività anche in regime privatistico	Adozione provvedimento di aggiornamento del sistema di autorizzazione all'esercizio regionale e in particolare dei requisiti organizzativi	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.2	Le regole del SSR	*Accreditamento istituzionale*				
13.2	Le regole del SSR	*Requisiti organizzativi, implementazione e semplificazione delle procedure*				
13.2.1	Le regole del SSR	Attualizzare e rendere operativo l'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) procedendo in prima istanza all'aggiornamento della formazione dei valutatori	Avvio dei lavori dell'O.T.A.	dic-19	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.2.2	Le regole del SSR	Incontri istituzionalizzati con i professionisti delle UO Accreditamento delle Aziende USL, al fine di rendere omogenee le attività di verifica con le vigenti disposizioni nazionali e razionalizzare i requisiti ulteriori di accreditamento.	Stesura di un documento condiviso con le Aziende USL, circa le modalità operative delle attività di verifica in accreditamento	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.2.3a	Le regole del SSR	Istituzione di un Gruppo di lavoro finalizzato all'individuazione dei requisiti "core" per specifici setting assistenziali e per la formalizzazione dei "Piani di Miglioramento" ed alla formalizzazione di specifici standard assistenziali e applicazione l'istituto dell'accreditamento istituzionale a tutti gli ambiti assistenziali previsti dai LEA anche al fine di adottare un criterio di proporzionalità dei requisiti organizzativi con i volumi, a tipologia e la complessità assistenziale delle attività socio sanitarie	Definizione ed implementazione di specifici standard assistenziali nel sistema accreditamento regionale.	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.2.3b	Le regole del SSR	Istituzione di un Gruppo di lavoro finalizzato all'individuazione dei requisiti "core" per specifici setting assistenziali e per la formalizzazione dei "Piani di Miglioramento" ed alla formalizzazione di specifici standard assistenziali e applicazione l'istituto dell'accreditamento istituzionale a tutti gli ambiti assistenziali previsti dai LEA anche al fine di adottare un criterio di proporzionalità dei requisiti organizzativi con i volumi, a tipologia e la complessità assistenziale delle attività socio sanitarie	Proporzionalità, per tutte le attività sanitarie e sociosanitarie, dei requisiti organizzativi ai volumi, alla tipologia e alla complessità assistenziale delle attività	dic-21	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.2.4	Le regole del SSR	Completamento delle procedure in itinere per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e superamento della gestione extra-ordinem	Conclusione delle procedure per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8-bis del decreto legislativo n. 502/1992	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.3	Le regole del SSR	*Accordi Contrattuali e contratti*				
13.3.1	Le regole del SSR	Definire un atto di programmazione finanziaria complessiva del SSR, ivi ricompresa la quota complessiva destinata agli erogatori privati sulla base della quale, acquisiti i valori finali della produzione dell'anno precedente, verranno poi fissati, con atti successivi, i budget per singolo erogatore	a. Recepimento atto relativo alla cornice finanziaria erogatori privati 2020	31/12/2019	RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	
13.3.1	Le regole del SSR		b. Recepimento atto relativo alla cornice finanziaria complessiva per il 2020	28/02/2020	RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	
13.3.1	Le regole del SSR		c. Recepimento atto relativo alla cornice finanziaria complessiva per il 2021	31/12/2020	RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	
13.3.2	Le regole del SSR	Redazione dei criteri di remunerazione e dei criteri di assegnazione del budget per acuzie, riabilitazione, lungodenza e per la specialistica ambulatoriale ad integrazione dei diversi setting assistenziali.	Avvio del procedimento.	dic-19	RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	
13.3.3	Le regole del SSR	Redazione di un nuovo schema di accordo contrattuale.	Provvedimento amministrativo di revisione dello schema di accordo.	dic-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.3.4	Le regole del SSR	Ridefinzione della parte economica per il 2020 e per il 2021.	Decreto di budget per il 2020 e per il 2021 entro il 31/7 di ogni annualità	lug-20	RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	
13.4	Le regole del SSR	*Armonizzazione delle procedure di controllo esterno con le attività di ispezione e vigilanza in tema di autorizzazione e accreditamento*				
13.4.1	Le regole del SSR	Effettuare una ricognizione delle norme e regolamenti regionali vigenti in tema di vigilanza, verifica e controlli in ambito sanitario e definire di concerto con le Aziende Sanitarie le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PAICS	Maggiore efficacia delle attività di ispezione, verifica e controllo evitando parcellizzazioni e duplicazioni di tali attività.	dic-19	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.2	Le regole del SSR	Stesura di protocolli operativi con le ASL per l'integrazione del peronale regionale addetto ai controlli esterni con il personale delle ASL	Potenziamento e accelerazione delle attività di controllo	mar-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.3a	Le regole del SSR	Verifica delle cartelle cliniche dei dimessi dell'anno 2019	Potenziamento e accelerazione delle attività di controllo	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.3b	Le regole del SSR	Verifica delle cartelle cliniche dei dimessi del I semetre 2020	Potenziamento e accelerazione delle attività di controllo	giu-21	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.3c	Le regole del SSR	Verifica delle cartelle cliniche dei dimessi del II semetre 2020	Potenziamento e accelerazione delle attività di controllo	dic-21	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.4.4	Le regole del SSR	Apartire dal 1 gennaio 2022, effettuazione delle attività di controllo con cadenza trimestrale con conclusione entro il trimestre successivo a quello di riferimento	Effettuazione dei controlli su cartella clinica con cadenza trimestrale	giu-22	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.5	Le regole del SSR	Definizione di una procedura semplificata per il recupero dei controlli esterni delle attività pregresse (2018 e ante)	Adozione atto di indirizzo	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.6	Le regole del SSR	Definire di concerto con le Aziende Sanitarie le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PAICS	Adozione e diffusione di Linee Guida sulle modalità operative per la realizzazione dei PAICS	giu-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.7	Le regole del SSR	Definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali e relativi sistemi sanzionatori	Definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali e relativi sistemi sanzionatori	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.1	Le regole del SSR	Effettuare una ricognizione delle norme e regolamenti regionali vigenti in tema di vigilanza, verifica e controlli in ambito sanitario e definire di concerto con le Aziende Sanitarie le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PAICS	Maggiore efficacia delle attività di ispezione, verifica e controllo evitando parcellizzazioni e duplicazioni di tali attività.	dic-19	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.2	Le regole del SSR	Definire un atto di indirizzo che ridisegni ruoli e organizzazione del sistema regionale dei controlli esterni al fine di chiudere il pregresso e allineare i controlli riferiti all'attività del semestre precedente entro il triennio di vigenza del Piano di Riqualificazione 2019-2021	Adozione atto di indirizzo	mar-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.3	Le regole del SSR	Definire di concerto con le Aziende Sanitarie le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PAICS	Adozione e diffusione di Linee Guida sulle modalità operative per la realizzazione dei PAICS	giu-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.4.4	Le regole del SSR	Definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali e relativi sistemi sanzionatori	Definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali e relativi sistemi sanzionatori	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5	Le regole del SSR	*Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie*				
13.5.1	Le regole del SSR	Ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili, nei limiti di quanto previsto dalla spending review.	Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori- regione.	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.1	Le regole del SSR	Ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili, nei limiti di quanto previsto dalla spending review.	Estensione del criterio di riallocazione ed efficientamento delle risorse per le prestazioni ospedaliere per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza.	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderena a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Adozione di criteri di disincentivazione, sia chirurgiche ell'inappropriatezza delle prestazioni ospedaliere, sia mediche.	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderena a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Estensione degli abbattimenti tariffari ad ulteriori prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e ridefinizione dei valori soglia.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderena a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Individuazione di ulteriori criteri di valorizzazione dei budget delle prestazioni ospedaliere, basato sull'analisi dei volumi di produzione di almeno un triennio per ogni struttura e sulla valutazione degli stessi alla luce di quanto disposto dal DM 70/2015, punto 4.6.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderena a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Remunerazione degli interventi chirurgici della frattura del femore e dei parti cesarei primari orientati al miglioramento rispetto ai valori soglia.	giu-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA SISTEMI INFORMATIVI/ICT
13.5.3a	Le regole del SSR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	A partire dal 2020, incremento delle risorse destinate alle strutture private accreditate dotate di posti letto di medicina generale utilizzati ai fini di ridurre i sovraffolamenti di PS, con contensstuale riduzione delle risorse destinate alle strutture che non rispettino tali condizioni.	gen-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.3b	Le regole del SSR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Riduzione del budget per le strutture private accreditate con basso tasso di occupazione dei posti letto di medicina generale.	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.3c	Le regole del SSR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Monitoraggio dei risultati del DCA 151/2019 ed eventuali azioni correttive volte ad ottimizzare l'utilizzo dei posti letto di medicina generale finalizzata al decongestionamento del pronto soccorso	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.3d	Le regole del SSR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Redistribuzione delle economie di budget sopra elencate a favore delle strutture che hanno registrato performance adeguate.	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.3e	Le regole del SSR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Definizione di criteri di remunerazione incentivanti per le prestazioni ospedaliere erogate a pazienti provenienti da pronto soccorso .	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4a	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori- regione.	mag-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4b	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Ridestribuzione del budget aggiuntivo sulla base dell'effettiva produzione erogata	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4c	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Finanziamento aggiuntivo delle PET.	mar-20	RISORSE FINANZIARIE	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.5.4d	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Eventuale finanziamento aggiuntivo di altre branche della specialistica.	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.4e	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Analisi dell'offerta pubblica con l'obiettivo di potenziare le prestazioni erogate a pazienti laziali da altre Regioni con particolare riferimento all'alta complessità	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
13.5.4f	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Verifica dei DRG che presentano una casistica di mobilità passiva nonostante un'offerta pubblica regionale adeguata	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4g	Le regole del SSR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Proposta di accordi di confine	giu-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI
13.5.5	Le regole del SSR	Governance efficacemente l'offerta ospedaliera chirurgica e medica.	Assegnazione del budget per assistenza ospedaliera per acuti, tenendo conto della composizione per area chirurgica e area medica.	mar-21	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.6	Le regole del SSR	Individuare criteri omogenei di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie ed orientare efficacemente l'offerta.	Adozione di un budget con applicazione di un valore medio omogeneo per posto letto.	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.6	Le regole del SSR	Individuare criteri omogenei di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie ed orientare efficacemente l'offerta.	Messa a regime di un sistema di stadiazione tariffaria per MDC (cod. 56).	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.7	Le regole del SSR	Definire un quadro regolatorio trasparente e tempestivo.	Miglioramento della tempistica nella adozione dei provvedimenti di budget e remunerazione	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
13.5.8	Le regole del SSR	Rafforzare il ruolo della committenza delle ASL.	Attribuzione alle ASL dei livelli massimi di finanziamento della specialistica ambulatoriale, con facoltà delle rispettive direzioni generali di allocare parte delle risorse secondo le esigenze locali.	mag-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
13.5.8	Le regole del SSR	Rafforzare il ruolo della committenza delle ASL.	Graduale incremento della discrezionalità delle direzioni generali nell'allocazione delle risorse alle strutture insistenti sul proprio territorio nell'ambito dei livelli complessivi asseganti dalla Regione.	lug-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.5.9	Le regole del SSR	Finanziare le strutture cd. "extra-ordinem", tenuto conto della produzione erogata negli anni precedenti.	Attribuzione del budget entro 60 gg. alle strutture che hanno operativamente concluso il procedimento di riconduzione, basandosi sui dati di produzione dell'esercizio precedente, previa valutazione regionale del fabbisogno assistenziale confermato dalla ASL territorialmente competente		REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
13.5.10	Le regole del SSR	Potenziare l'offerta assistenziale sul territorio.	Approvazione del Piano per il potenziamento dell'assistenza territoriale	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
13.5.10	Le regole del SSR	Prestazioni di assistenza domiciliare integrata per persone non autosufficienti	Definizione del livello massimo di finanziamento per il il 2020 per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.10	Le regole del SSR	Prestazioni di assistenza termale	Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per l'assistenza termale.	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.10	Le regole del SSR	Prestazioni di assistenza per persone in stato di dipendenza o addiction	Definzione del livello massimo di finanziamentoper l'anno 2020 delle prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o addiction.	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.10	Le regole del SSR	Potenziare l'offerta assistenziale sul territorio.	Definizione degli indicatori quantitativi e qualitativi per la valutazione dell'efficacia della programmazione sanitaria e degli esiti delle cure	dic-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA).	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per le prestazioni residenziali a persone con misure restrittive della libertà (REMS).	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per le prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenz o addiction.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza domiciliare per le cure palliative.	giu-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza residenziale e domiciliare per cure palliative pediatriche.	giu-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per prestazioni psichiatriche in gruppi appartamento.	giu-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per prestazioni psichiatriche semiresidenziali per adolescenti.	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Definizione dei criteri di remunerazione e delle tariffe unitarie per altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie.	dic-21	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.12	Le regole del SSR	Ottimizzazione delle funzioni assistenziali non tariffabili	Adozione di un provvedimento di rettifica/integrazione dei criteri di finanziamento delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies.	set-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
13.5.13a	Le regole del SSR	Rafforzamento della Rete dell'Emergenza/Urgenza e dell'offerta di specialistica ambulatoriale	Adozione di provvedimenti di budget che incrementano l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
13.5.13b	Le regole del SSR	Rafforzamento della Rete dell'Emergenza/Urgenza e dell'offerta di specialistica ambulatoriale	Adozione di un provvedimento di rafforzamento di servizi della rete di emergenza/urgenza finanziati dalla sterilizzazione degli incrementi relativi alle prestazioni di radioterapia e dialisi nel periodo 2011-2018	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
14	Contenzioso					
14.a1	Contenzioso	Coordinamento del contenzioso al fine di garantire un adeguato controllo: 1, del rispetto dei termini processuali; 2. della completezza della documentazione prodotta in giudizio; 3 dell'integrazione del fascicolo informatizzato con gli atti amministrativi intervenuti nel corso del giudizio; 4. della stima da parte delle Aziende dell'impatto economico di eventuali sentenze di condanna e del relativo accantonamento in bilancio in fondo rischi (collegamento col bilancio e fondo di dotazione)	Mappatura e Monitoraggio del contenzioso promosso verso le Aziende e verso la Regione: costante a partire dal primo settembre 2019 (a)	set-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
14.a2	Contenzioso		Implementazione di un database contenente i contenziosi rilevati in essere: costante a partire dal mese settembre 2019; (a)	set-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
14.a3	Contenzioso		Supporto specialistico alla gestione dei rapporti economico-giuridici con il privato accreditato e realizzazione coordinamento del contenzioso: bimestrale da settembre 2019. (a)	set-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE FINANZIARIE
14.b	Contenzioso	Raccordo con pignoramenti e coordinamento tra Avvocatura, Direzione Salute e Direzione Bilancio	Realizzazione coordinamento tra Direzione Salute, Bilancio e Avvocatura entro il 31 marzo 2020	mar-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	DIREZIONE BILANCIO E AVVOCATURA
14.c	Contenzioso	Raccordo con la gestione del rischio clinico e tra questo ed il programma assicurativo delle Aziende del SSR	Raccordo con la gestione del rischio clinico e programma assicurativo delle Aziende: entro il 2021	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RETE OSPEDALIERA
14.d1	Contenzioso	Realizzazione di un programma informatico che consenta la mappatura del contenzioso esistente e futuro e l'interfaccia tra Direzione Salute/Avvocatura regionale/Avvocatura Aziende e Enti del SSR;	Sviluppo sistema contenzioso: inclusione e sviluppo delle funzionalità sopra individuate dalle linee di intervento: entro il 2021	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
14.d2	Contenzioso		Supporto specialistico per la definizione di un sistema informatico per la gestione del contenzioso: entro il 2021 (d)	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
15	Risorse economico-finanziare					
15.1	Risorse economico-finanziare	*Certificabilità dei Bilanci e sviluppo della funzioen di controllo interno*				

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
15.1.1	Risorse economico-finanziare	Rafforzamento dei sistemi di controlli interno	Il controllo interno regionale - a cui è demandato il compito di coordinare la pianificazione delle attività di internal audit dell'intero SSR – dovrà procedere a definire entro la fine di ciascun anno la pianificazione delle attività di audit per l'esercizio successivo aggiornando la pianificazione di massima contenuta nel piano triennale di audit del DCA 69/2018.	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.1	Risorse economico-finanziare	Implementazione delle funzioni di controllo interno aziendali coordinate dalla funzione regionale	La metà degli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedidta al controllo interno; (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concertandolo con la pianificazione regionale.	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.1	Risorse economico-finanziare	Implementazione delle funzioni di controllo interno aziendali coordinate dalla funzione regionale	Tutti gli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttua dedita al controllo interno; (ii) adottare il manuale di internal audit e uin aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concertandolo con la pianificazione reginoale.	dic-21	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.2	Risorse economico-finanziare	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2019	(i) Esecuzione di monitoraggi trimestrali alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle seguenti attività da parte delle Aziende: (a) continuare l'attività sulle partite debitorie e creditorie secondo la metodologia indicata dal DCA 521/18, ricomprendendo tutti i conti di credito e debito anche non dettagliati nel partitario aziendale; (b) effettuare una revisione dei fondi rischi aziendali, con l'adozione di una reportistica uniforme per l'analisi della loro composizione; (c) allineare il libro cespiti con il bilancio di verifica supportato dalla verifica fisica degli stessi, nonché valutare la congruità/correttezza dei contributi iscritti a Patrimonio netto.	ago-19	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.2	Risorse economico-finanziare	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2019	(d) Approvazione della norma sulla ricapitalizzazione del fondo di dotazione entro il 31/12/2019	dic-19	Direzione Bilancio	
15.1.2	Risorse economico-finanziare	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2020	(i) Completamento delle attività di valutazione straordinaria delle partite contabili (debiti/crediti/fondi comprensivi delle note di credito da ricevere e ricevute) finalizzata alla sistemazione contabile del fondo di dotazione, entro le tempistiche stabilite dal DCA 297/2019;	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	MONITORAGGIO E RACCORDO DEL BILANCIO CON LE RISORSE SS

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
15.1.2	Risorse economico-finanziare	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2020	(ii) esecuzione di monitoraggi trimestrali alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle attività precedentemente definite. (Ciascun monitoraggio dovrà mostrare degli effettivi avanzamenti in merito all'attività svolta sulla base di appositi indicatori).	feb-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.2	Risorse economico-finanziare	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2021	(i) Completamento delle azioni di cui al DCA x/2019 sui cespiti nell'ambito dell'area D) immobilizzazioni e patrimonio netto	giu-21	RISORSE FINANZIARIE	
15.2	Risorse economico-finanziare	*Piano di efficientamento AO/PUI e Presidi Ospedalieri delle ASL*				
15.2.1	Risorse economico-finanziare	Prosecuzione dei piani di efficientamento già predisposti per il triennio 2017-2019, anche per l'anno 2019. e Redazione di nuovi piani di efficientamento per il triennio 2020-2022	Redazione di nuovi piani di efficientamento per il triennio 2020-2022 sulla base delle risultanze contabili al IV trimestre 2019	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.2.2a	Risorse economico-finanziare	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festionali, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidei ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Avvio del percorso di affiancamento alle Aziende Sanitarie propedeutico alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali dei presidi ospedalieri. Sarà predisposto un provvedimento regionale	mar-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.2.2b	Risorse economico-finanziare	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festionali, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidei ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Redazione di Piani di Rientro da parte delle Aziende Sanitarie per i presidi a gestione diretta	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.2.2c	Risorse economico-finanziare	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festionali, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidei ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Trasmissione alla Regione per eventuali osservazioni ed approvazione dei medesimi con provvedimento regionale	set-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.2.2d	Risorse economico-finanziare	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festionali, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidei ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale per la verifica dell'attuazione delle misure previste dai piani di rientro aziendali. Saranno sviluppati e monitorati indicatori per la misurazione dell'equilibrio economico. Il Sistema sarà adottato con atto amministrativo	set-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.3	Risorse economico-finanziare	*I tempi di pagamento*				
15.3.1a	Risorse economico-finanziare	Rafforzamento delle misure di valutazione delle performance dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.	Azzeramento dello stock di debito corrente scaduto ancora aperto	mar-20	RISORSE FINANZIARIE	

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
15.3.1b	Risorse economico-finanziare	Rafforzamento delle misure di valutazione delle performance dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.	Azzeramento dello stock di debito pregresso scaduto (non oggetto di contenzioso in atto)	mar-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.3.2	Risorse economico-finanziare	Incremento della frequenza dei pagamenti centralizzati.	Introduzione di due scadenze di pagamento al mese.	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.3.3	Risorse economico-finanziare	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Monitoraggio trimestrale della % di copertura dell'acquistato tramite NSO.	dic-19	RISORSE FINANZIARIE	
15.3.3	Risorse economico-finanziare	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Introduzione della creazione diretta dell'ordine elettronico in fase di validazione del flusso dati per presentazione di assistenza ospedaliera e specialistica (SIO e SIAS).	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
15.3.3	Risorse economico-finanziare	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Introduzione della creazione diretta dell'ordine elettronico in fase di validazione del flusso dati per prestazioni di assistenza ospedaliera post-acuzie (RAD-R).	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
15.3.3	Risorse economico-finanziare	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Collegamento tra Accordo/Contratto ex art. 8 - quinquies D. Lgs. N. 502/1992 e ss.mm.ii., flusso dati, ordine e fattura.	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.3.3	Risorse economico-finanziare	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Digitalizzazione del flusso di rendicontazione delle prestazioni di assistenza territoriale.	dic-21	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
15.3.3	Risorse economico-finanziare	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Introduzione del DDT Elettronico	dic-21	RISORSE FINANZIARIE	
15.4	Risorse economico-finanziare	*Gestione informatizzata controli esterni sull'attività sanitaria*				
15.4.1	Risorse economico-finanziare	Progettazione e implementazione di una piattaforma per la gestione delle informazioni relative ai controlli esterni sull'attività sanitaria con onore a carico del SSR.	Messa a regime della piattaforma informatica.	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
15.5	Risorse economico-finanziare	*Recupero somme da esenzione da reddito per gli anni 2011 e successivi*				
15.5.1	Risorse economico-finanziare	Definizione dell'operatività del modello di recupero e della relativa piattaforma Retic2.	Approvazione del progetto Retic2.	mar-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
15.5.2	Risorse economico-finanziare	Implementazione del modello.	Approvazione del progetto Retic2.	mar-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
15.5.3	Risorse economico-finanziare	Avvio delle attività di recupero.	Avvio delle attività di postallizzazione dei recuperi bonari.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	TRIBUTI FINANZA (BILANCIO)
16	Risorse umane e professionali					
16.1	Governance del personale					
16.1.1a	Obiettivi dei Direttori Ge	Verifica del raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali	• Verifica del raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali 2019	28/02/2020	RISORSE UMANE	
16.1.1b	Obiettivi dei Direttori Ge	Definizione degli obiettivi per gli anni 2020 e 2021	Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali 2020	28/02/2020	RISORSE UMANE	
16.1.1.c	Obiettivi dei Direttori Ge	Verifica del raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali	• Verifica del raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali 2020	28/02/2021	RISORSE UMANE	
16.1.1.d	Obiettivi dei Direttori Ge	Definizione degli obiettivi per gli anni 2020 e 2021	Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali 2021	28/02/2021	RISORSE UMANE	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
16.1.1.e	Obiettivi dei Direttori Ge	Verifica del raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali	• Verifica obiettivi 2021 - Entro febbraio 2022	28/02/2022	RISORSE UMANE	
16.1.2a	Fondi della contrattazion	Verifica gestione dei fondi 2016-2018	Costituzione del comitato - Entro gennaio 2020	31/01/2020	RISORSE UMANE	
16.1.2b	Fondi della contrattazion	Definizione dei fondi contrattuali 2018-2020 da parte delle Aziende	Rendicontazione dei fondi per 2016-2018 – Entro luglio 2020	31/07/2020	RISORSE UMANE	
16.1.2c	Fondi della contrattazion	Predisposizione di linee guida sui fondi 2018-2020	Linee guida sui fondi 2018 e 2020 – Entro ottobre 2020	31/10/2020	RISORSE UMANE	
16.1.4	Risorse umane e professionali	Formazione				
16.1.4.a	Risorse umane e professionali	*La formazione specialistica e manageriale*				
16.1.4.a1	Risorse umane e professionali	Analisi del livello di competenze, conoscenze, attitudini del personale.	Fase di preparazione: analisi del quadro esistente, dell'offerta formativa attuale, predisposizione del report finale.	mar-20	RISORSE UMANE	
16.1.4.a2	Risorse umane e professionali	Incontri e gruppi di lavoro con i referenziati aziendali.	Fase di sviluppo: analisi dei risultati dell'anno precedente, incontri e gruppi di lavoro, predisposizione modello di offerta formativa a livello regionale.	dic-20	RISORSE UMANE	
16.1.4.a3	Risorse umane e professionali	Predisposizione di un modello di offerta formatia a livello regionale, da differenziare per azienda e per profilo.	Fase di implementazione: applicazione del modello, feedback degli utenti, interventi correttivi.	dic-21	RISORSE UMANE	
16.1.4.b	Risorse umane e professionali	*L'alta Formazione*				
16.1.4.b1	Risorse umane e professionali	Formazione Management	Sviluppare un sistema completo di offerta e di riconoscimento di corsi di formazione manageriale per Direttori Generali, Direttori Sanitari e Amministrativi, Direttori UOC (entro dicembre 2020) in grado di rispondere all'intero fabbisogno formativo del SSR	dic-20	RISORSE UMANE	
16.1.4.b2	Risorse umane e professionali	Formazione per profili carenti e figure chiave	Sviluppare un sistema di offerta formativa di alto livello per le figure chiave del personale del SSR	dic-20	RISORSE UMANE	
16.1.5	Risorse umane e professionali	*Regolamentazione regionale dell'ALPI*			RISORSE UMANE	
16.1.5a	Risorse umane e professionali	Aggiornamento dell'attività di monitaggio e di controllo effettuata dalla Regione su tutta l'attività libero professionale, con particolare attenzione alla gestione degli spazi aziendali.	Sviluppo di modelli di monitoraggio dell'ALPI tali da garantire che il suo svolgimento non sia pregiudizievole dell'attività istituzionale e del rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.1.5b	Risorse umane e professionali	Ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo applicative della normativa e delle disposizioni relative a tale punto e successiva attività di verifica e controllo, anche tramite la costituzione di apposite strutture amministrative temporanee dedicate	Ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo.	dic-19	RISORSE UMANE	
	Risorse umane e professionali		Attività di verifica e controllo del rispetto e dell'attuazione delle linee di indirizzo sugli spazi (entro il 30 settembre 2020)	set-20	RISORSE UMANE	
	Risorse umane e professionali		Attività successiva agli esiti della verifica e controllo relativamente agli spazi (entro il 31 dicembre 2020)	dic-20	RISORSE UMANE	
16.1.5c	Risorse umane e professionali	Monitoraggio specifico finalizzato a garantire l'uniformità dell'ALPI nel SSR, da parte di tutti i soggetti coinvolti.	Analisi dell'impatto dei modelli di monitoraggio (entro il 31 dicembre 2020)	dic-20	RISORSE UMANE	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
16.1.5d	Risorse umane e professionali	Predisposizione, da parte della struttura competente, delle linee programmatiche e dei conseguenti provvedimenti attautivi per il governo delle liste di attesa	Analisi dell'impatto delle linee di indirizzo in tema di spazi disponibili.	dic-21	RISORSE UMANE	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
16.1.5e	Risorse umane e professionali	Predisposizione, da parte della struttura competente, delle linee programmatiche e dei conseguenti provvedimenti attautivi per il governo delle liste di attesa	Coordinamento dei flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'Alpi in termini di verifica dei volumi erogati e confronto con i volumi istituzionali.	dic-21	RISORSE UMANE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
16.2	Risorse umane e professionali	*Definizione dei fabbisogni e individuazazione di standard e criteri per una efficiente ed efficacie distiribuzione delle risore sui Lea*		28/02/2020	RISORSE UMANE	
16.2.1	Risorse umane e professionali	Analisi delle funzioni e delle attività di ciascuna Azienda.	Nel corso del Triennio 19-21 utilizzo del fabbisogno per finalità programmatorie regionali e aziendali per valutare specialità, discipline e profili carenti o in esubero.	dic-21	RISORSE UMANE	
16.2.2	Risorse umane e professionali	Analisi dell'effettivo fabbisogno aziendale e di quello complessivo regionale.			RISORSE UMANE	
16.2.3	Risorse umane e professionali	Sviluppo di un sistema di analisi del fabbisogno, che rilevi anche i dati non "formali" come età e prescrizioni.			RISORSE UMANE	
16.2.4	Risorse umane e professionali	Implementazione di un sistema di benessere e miglioramento organizzativo.			RISORSE UMANE	
16.2.5	Risorse umane e professionali	e) Applicazione di un modello di valutazione del fabbisogno condiviso a livello regionale di supporto alla programmazione aziendale			RISORSE UMANE	
16.2.6	Risorse umane e professionali	f) Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Ospedaliera e Specialistica, in linea con le proposte metodologiche, condivise nel sottogruppo delle Regioni del Tavolo del DM 70 ed approvate formalmente in data 17/12/2018			RISORSE UMANE	
16.2.7	Risorse umane e professionali	g) Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Territoriale, in tutti i setting assistenziali ad essa afferenti, integrando modelli di fabbisogno regionali vigenti (es. DCA 152/2014 Consultori familiari) in coerenza con le indicazioni approvate in sede di Patto per la salute 2019 – 2021			RISORSE UMANE	
16.2.8	Risorse umane e professionali	Avvio delle attività finalizzate all'individuazione dei criteri per la definizione di un fabbisogno per l'attività di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla prevenzione, alla salute mentale, ai consultori.			RISORSE UMANE	
16.2.9	Risorse umane e professionali	Gestione del rapporto con le università attraverso l'istituzione di tavoli di confronto su definizione della rete formativa e del fabbisogno.			RISORSE UMANE	
16.2.1.	Risorse umane e professionali	*Il reclutamento e le procedure concorsuali*				

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
16.2.1.a	Risorse umane e professionali	Realizzazione di un sistema di analisi di tutte le differenti esigenze assunzionali e di tutte le diverse modalità d'accesso al pubblico impiego.	Aggiornamento del piano triennale di fabbisogno delle Aziende e istituzione di un gruppo di lavoro congiunto per la regolmentazione di tutte le procedure assunzionali; approvazione del nuovo piano triennale di fabbisogno del personale.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.2.1.b	Risorse umane e professionali	Realizzazione di un sistema di analisi di tutte le differenti esigenze assunzionali e di tutte le diverse modalità d'accesso al pubblico impiego.	Verifica degli effetti della regolamentazione e attuazione dei necessari correttivi; verifica del costo del personale riferito ai contratti e/o rapporti non a tempo indeterminato.	dic-20	RISORSE UMANE	
16.2.2	Risorse umane e professionali	*Una reale gestione del personale: politiche di valutazione e valorizzazione , sistemi premiali*			RISORSE UMANE	
16,2,2a	Risorse umane e professionali	Sviluppo di criteri di individuazione, definizione, applicazione e controllo dei piani delle performance aziendali coerenti con la ratio e lea finalità della normativa nazionale e con le disposizioni contrattuali.	Analisi dello stato dell'arte, tramite i regolamenti aziendali di attribuzioni degli incarichi, dei piani di valutazione e di altro documento ritenuto rilevante.	dic-19	RISORSE UMANE	
16,2,2b	Risorse umane e professionali	Sviluppo di criteri di individuazione, definizione, applicazione e controllo dei piani delle performance aziendali coerenti con la ratio e lea finalità della normativa nazionale e con le disposizioni contrattuali.	Sviluppo, condivisione e approvazione di linee guida e/o di indirizzo e loro diffusione presse le Aziende	dic-20	RISORSE UMANE	
16.3	Risorse umane e professionali	Atti Aziendali				
16.3.1	Atti Aziendali	Definizione dell'assetto organizzativo aziendale in coerenza con i principi, gli obiettivi e gli interventi previsti nel presente Piano di riqualificazione 2019-2021 e alla riorganizzazione dell'offerta assistenziale secondo il modello delle reti cliniche integrate "hub & spoke", al potenziamento delle cure primarie per la	Istituzione gruppo interdisciplinare	set-19	AFFARI GENERALI	
16.3.2	Atti Aziendali		Documento regionale di indirizzo che tenga conto della riorganizzazione della rete ospedaliera (già presa in considerazione sebbene in corso di riedizione) e di quella territoriale	apr-20	AFFARI GENERALI	
16.4	Risorse umane e professionali	Rapporti con le Università				
16.4.1	Risorse umane e professionali	Università Tor Vergata				
16.4.1a	Risorse umane e professionali	Definitiva riconduzione della Fondazione Tor Vergata in assetto concordato ed integrato in coerenza con il quadro normativo vigente.	Ridefinizione del modello di governance a gestione integrata.	giu-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.1b	Risorse umane e professionali	Definizione dei rapporti di debito/credito anche attraverso la revisione del Protocollo e, segnatamente, dell'art.25.	Ricognizione dei rapporti di debito/credito.	mar-20	RISORSE FINANZIARIE	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.4.1b	Risorse umane e professionali	Definizione dei rapporti di debito/credito anche attraverso la revisione del Protocollo e, segnatamente, dell'art.25.	Attuazione del modello delineato.	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.4.1c	Risorse umane e professionali	Definizione delle convenzioni e autorizzazione alla sottoscrizione /rinnovo delle stesse.	Definizione del percorso di convenzioni.	dic-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
16.4.2	Risorse umane e professionali	Università La Sapienza				
16.4.2a	Risorse umane e professionali	Individuazione dei criteri e dei parametri per la misurazione dell'apporto economico dell'Università.	Ridefinizione dei criteri e parametri.	dic-19	RISORSE FINANZIARIE	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.4.2b	Risorse umane e professionali	Definizione dei rapporti di debito/credito art.19 comma 10 Protocollo d'Intesa.	Ricognizione dei rapporti di debito/credito e riallineamento delle partite.	giu-20	RISORSE FINANZIARIE	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.4.3	Risorse umane e professionali	*Università Campus Biomedico*			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.4.3a	Risorse umane e professionali	Aggiornamento rete ospedaliera.	Aggiornamento del Protocollo.	mar-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.3b	Risorse umane e professionali	Definizione della configurazione del Campus Biomedico.			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.3c	Risorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'Intesa.			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.4	Risorse umane e professionali	*Università Cattolica del Sacro Cuore*			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.4.a	Risorse umane e professionali	Aggiornamento rete ospedaliera.	Aggiornamento del Protocollo.	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.4.b	Risorse umane e professionali	Aggiornamento configurazione del Policlinico A. Gemelli in rapporto all'accreditamento.				
16.4.4.c	Risorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'Intesa.				
16.4.5	Risorse umane e professionali	*Università Unicamillius*			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.5.a	Risorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'Intesa nel 2020 e nel 2021 tenendo conto della revisione della rete ospedaliera programmata per il 2019	Aggiornamento del Protocollo.	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4.5.b	Risorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'Intesa nel 2020 e nel 2021 tenendo conto della revisione della rete ospedaliera programmata per il 2019	Revisione e valutazione finale.	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
17	Revisione della rete di offerta					

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.1	Revisione della rete di offerta					
17.1.1	Revisione della rete di offerta	a) Rimodulazione dei posti letto, in particolare con riferimento al riequilibrio della distribuzione territoriale e alle discipline maggiormente oggetto di ricovero da PS, e dunque utili per il contrasto al sovraffollamento	Emanazione del provvedimento di riordino delle Rete ospedaliera	feb-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	b) Revisione delle Reti tempo dipendenti e dell'emergenza sulla base delle modifiche dell'assetto ospedaliero post DCA 257/2017 e dell'attività dei centri Hub e Spoke;			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	c) Interventi "locali" come la riorganizzazione dei presidi della ASL Roma 6 alla luce dell'apertura dell'Ospedale dei Castelli, la riorganizzazione dell'assetto del Policlinico Campus Biomedico con l'apertura del DEA I, l'attivazione del DEA II presso l'Ospedale S.M. Goretti di Latina, e l'attivazione del DEA II presso il Policlinico Tor Vergata.			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	d) Riallineamento del numero di UOC/PE per disciplina in coerenza con gli standard del DM 70/2015;			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	e) Interventi di riconversione/aggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate polispecialistiche, le cui discipline non possono essere considerate affini o complementari, con un numero di posti letto inferiore a 60	Revoca, a partire dal 1/1/2020, della contrattualizzazione delle CdC polispecialistiche con posti letto inferiori a 60 e monospecialistiche con meno di 30 p.l., con mantenimento dell'accreditamento, nel caso non sia avvenuta entro il suddetto termine la riconversione o aggregazione in un unico soggetto giuridico di dimensione adeguata	gen-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	f) Interventi di riconversione/aggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate monospecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 30			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS	a. Verifica semestrale degli indicatori di monitoraggio dell'accordo con le CdC di cui alla Determina Regionale n. G00094 del 08/01/2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS	b. Assegnazione ai direttori generali delle Aziende Sanitarie di obiettivi volti all'efficientamento dei reparti di degenza e di riduzione dei ricoveri impropri entro giugno 2019	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS	c. Definizione di un sistema incentivante per gli operatori di PS volto a ridurre i ricoveri impropri entro dicembre 2020	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS	d. Definizione di requisiti autorizzativi e di accreditamento delle terapie sub intensive entro marzo 2020	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.1.3	Revisione della rete di offerta	Ristrutturazione/riconversione e messa a norma dei principali Ospedali Regionali e azioni finalizzate alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere (Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo "Ospedale della Tiburtina", "Nuovo Ospedale di Rieti").	Definizione della programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere: Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo "Ospedale della Tiburtina", "Nuovo Ospedale di Rieti" entro giugno 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.4	Revisione della rete di offerta	Aggiornamento del DCA n. 226/2018 "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale", mediante la semplificazione della normativa esistente, il recepimento delle indicazioni in merito all'appropriatezza dell'accesso dei ricoveri ed ai percorsi riabilitativi del Ministero della Salute, e la semplificazione delle attività passaggio di setting e prescrizione di ausili/protesi mediante gli strumenti informatici disponibili	Aggiornamento del "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale" entro 60 giorni dall'emanazione del provvedimento nazionale	Dipende da provv naz.le		
17.2	Revisione della rete di offerta	*Le strutture per acuti: miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta*				
17.2.1	Revisione della rete di offerta	Per le Aziende già individuate, prosecuzione dei piani di efficentamento e riqualificazione per il miglioramento della qualità delle cure, fino alla risoluzione delle criticità.	Monitoraggio trimestrale dei paramentri relativi a volumi, qualità ed esiti per le strutture (AO,AOU e IRCCS) che presentano scostamenti dei paramentri di riferimento.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.2.2	Revisione della rete di offerta	Monitoraggio dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti e individuazione delle AO, delle AOU, e degli IRCCS che presentano mancato rispetto dei parametri di riferimento.	Metodologia volta a definire la sussistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabile ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano scostamenti critici.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.2.3	Revisione della rete di offerta	Revisione della metodologia volta a definire la sussistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabile ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano scostamenti critici.	Linee guida per la predisposizione di piani d'intervneto sulla qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari e per la conduzione di audit clinici e organizzativi applicabili ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL che presentano criticità.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
17.2.4	Revisione della rete di offerta	Monitoraggio delle azioni poste in essere attraverso i sistemi correnti di indicatori regionali.	Revisione del sistema degli obiettivi epr i direttori generali in coerenza con il monitoraggio dei criteri di volumi, qualità ed esito.	mar-20	RISORSE UMANE	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.3	Revisione della rete di offerta	*Gli ospedali di comunità*				
17.3.1	Revisione della rete di offerta	Alla luce dell'esperienza sviluppata in ambito regionale, si rende necessario definire il fabbisogno regionale di tali strutture, il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni, i requisiti autorizzativi e di accreditamento, e il sistema di remunerazione necessari alla messa a regime di tali attività, in sintonia con le indicazioni ministeriali in materia.	Definizione del fabbisogno regionale di Ospedali di Comunità.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.3.1	Revisione della rete di offerta		Definizione del fabbisogno regionale di Ospedali di Comunità.	31/07/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
17.3.1	Revisione della rete di offerta		Almeno un ospedale di Comunità per Azienda Sanitaria Locale.	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.4	Revisione della rete di offerta					

ALLEGATO 2 - CRONOPROGRAMMA

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.4.1	Revisione della rete di offerta	1. La Regione Lazio provvederà ad un aggiornamento delle specifiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale mediante la definizione di documento per l'applicazione della disciplina dell'assistenza specialistica ambulatoriale, in linea con le indicazioni ministeriali in merito all'applicazione omogenea dell'Allegato 4 DPCM 12.01.17 - Specialistica Ambulatoriale	Decreto di recepimento del nuovo nomenclatore tariffario nazionale entro 60gg dalla emanazione e adozione delle misure organizzative per adeguare i processi e i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle nuove prestazioni	DIPENDE DA NUOVO NOMENCLATORE	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.4.2	Revisione della rete di offerta	2.potenziare la funzione aziendale di programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili. Sarà dato mandato alle Aziende Sanitarie di negoziare una parte del budget con i soggetti erogatori.	Adozione di provvedimenti che attribuiscano alle ASL di un ruolo di committenza ed il mandato di predisporre i fabbisogni della popolazione di riferimento, incluse le Aziende Ospedaliere/Policlinico/IRCCS che insistono sul territorio di competenza. Adozione del provvedimento in step progressivi nell'ambito del triennio al momento di definizione di budget per gli erogtaori privati (annuale entro il 31 luglio di ogni anno)	lug-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RISORSE FINANZIARIE
17.4.3	Revisione della rete di offerta	3. Sarà operato il trasferimento di prestazioni dal ricovero ordinario a quello diurno e da quest'ultimo al setting ambulatoriale. I provvedimenti con tale finalità saranno affiancati da atti volti a favorire un coerente transito di risorse (budget) dal comparto acuti a quello ambulatoriale. Saranno adottati strumenti e procedure volti a favorire l'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici, in coerenza con le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza indicati dal nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale	a. Adozione di provvedimenti che promuovono la transizione del setting di erogazione delle prestazioni verso l'ambito ambulatoriale per step progressivi nell'ambito del triennio nell'ambito del triennio al momento di definizione di budget per gli erogtaori privati (annuale entro il 31 luglio di ogni anno)	lug-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RISORSE FINANZIARIE
17.4.3	Revisione della rete di offerta	3. Sarà operato il trasferimento di prestazioni dal ricovero ordinario a quello diurno e da quest'ultimo al setting ambulatoriale. I provvedimenti con tale finalità saranno affiancati da atti volti a favorire un coerente transito di risorse (budget) dal comparto acuti a quello ambulatoriale. Saranno adottati strumenti e procedure volti a favorire l'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici, in coerenza con le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza indicati dal nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale	b. Decreto per definizione interventi di promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa a partire da alcuni ambiti di patologia anche alla luce dei nuovi LEA	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.4.4	Revisione della rete di offerta	Nel corso del triennio sarà progressivamente consentito agli erogatori privati di effettuare le medesime prestazioni dei soggetti pubblici	a. Decreto per uniformare il repertorio prestazionale degli erogatori pubblici e privati. Primi provvedimenti entro dicembre 2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.4.5	Revisione della rete di offerta	Sarà effettuata l'aggiornamento del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali al fine di consentire l'ampliamento dell'accreditamento delle branche ambulatoriali in coerenza con le discipline di ricovero ospedaliero, laddove si rilevi una incongruenza (presenza di accreditamento della disciplina di ricovero ma non della corrispondente branca ambulatoriale).	Decreto per l'aggiornamento del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali al fine di consentire l'ampliamento dell'accreditamento delle branche ambulatoriali in coerenza con le discipline di ricovero ospedaliero, laddove si rilevi una incongruenza (presenza di accreditamento della disciplina di ricovero ma non della corrispondente branca ambulatoriale) entro agosto 2020.	ago-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
17.4.4	Revisione della rete di offerta			mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RISORSE UMANE
17.5	Revisione della rete di offerta					
17.5.1	Revisione della rete di offerta	Individuazione di requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi, service e trasporto campioni biologici. Particolare attenzionE sarà posta nella individuazione di requisiti di qualità che garantiscano livelli adeguati ed in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, sia sul settore pubblico che privato.	Decreto per individuazione requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi e service entro dicembre 2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.2	Revisione della rete di offerta	Redazione di linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale e per l'acquisizione centralizzata dei sistemi diagnostici	Decreto programmatorio delle linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale entro dicembre 2019	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.3	Revisione della rete di offerta	Individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera	Re3. Decreto di individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera entro dicembre 2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.5.4a	Revisione della rete di offerta	sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica	Redazione ed approvazione con provvedimento regionale di un documento che descriva una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica, entro giugno 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.5.4b	Revisione della rete di offerta	sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica	Implementazione in ambito regionale della metodologia descritta al capoverso precedente, entro dicembre 2020	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.5a	Revisione della rete di offerta	Definizione di un ambito di progressivo sviluppo della rete del laboratorio logico unico regionale che possa tendere alla complessiva revisione dei parametri quantitativi a favore di modelli fondati sull'ottimizzazione del rapporto costo beneficio.	Definizione di un documento progettuale per la realizzazione del LLU entro febbraio 2020	feb-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.5b	Revisione della rete di offerta	Definizione di un ambito di progressivo sviluppo della rete del laboratorio logico unico regionale che possa tendere alla complessiva revisione dei parametri quantitativi a favore di modelli fondati sull'ottimizzazione del rapporto costo beneficio.	Avvio Fase Pilota LLU entro giugno 2020 e Attuazione LLU entro dicembre 2021	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.5.6	Revisione della rete di offerta	Uniformazione del repertorio prestazionale dei soggetti pubblici e privati.	Decreto per l'uniformazione del repertorio prestazionale entro giugno 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6	Revisione della rete di offerta	Gestione dei tempi e Liste di Attesa				
17.6.1	Revisione della rete di offerta	Approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2019-2021	Approvazione del Piano Reginoale per il Governo delle Liste di attese (PRGLA) 2019-2021	ago-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6.2	Revisione della rete di offerta	Individuazione degli ambiti di garanzia territoriale per tipologia di prestazione, secondo i principi di prossimità ed accessibilità, e secondo il livello di complessità delle prestazioni da erogare	individuazione delle prestazioni erogabili negli Ambiti territoriali di Garanzia	ott-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6.3	Revisione della rete di offerta	Approvazione dei Piani attuativi aziendali e monitoraggio periodico trimestrale dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa	Piani attuativi aziendali e monitoraggio periodico trimestrale dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa	gen-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6.4	Revisione della rete di offerta	Stipula accordi con MMG e PLS per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa. LazioCREA svilupperà soluzioni tecnologiche per consentire le prenotazione delle prestazioni programmate direttamente da parte dei MMG, PLS e Specialissti Opsedalieri e Territoriali.	Accordi con PLS, MMG e Specialisti Ambulatoriali entro i termini previsti per il rinnovo al fine di consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa.	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	Risorse Umane
17.6.5	Revisione della rete di offerta	Concessione alle Aziende Sanitarie Locali della capacità negoziale di contrattare quota parte del budget con gli erogatori privati e con le Aziende Ospedaliere/IRCCS per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamenti previsti.	Adozione di un provvedimento che attribuisca capacità negoziale per le Aziende Sanitarie di contrattare quota parte del budget con gli erogatori privati e con le Aziende Ospedaliere per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento previsti.	lug-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.6.6	Revisione della rete di offerta	adozione degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012	adozione degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	Risorse Umane
17.6.7	Revisione della rete di offerta	messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali e configurate per classi di priorità, di prenotazione, pubbliche e private accreditate, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI. Sarà ribadito che i calendari per le prenotazioni non potranno essere chiusi;	messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali, e configurate per classi di priorità, di prenotazione, pubbliche e private accreditate, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI per step progressivi	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.6.8	Revisione della rete di offerta	Miglioramento dell'integrazione tra i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle attività ed il Fasciolo Sanitario Elettronico, al fine di permettere il monitoraggio delle attività, le azioni di monitoraggio ex post ed ex ante, delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale che in libera professione (rif. Regolamentazione regionale dell'ALPI).	Monitoraggio delle attività indicate nel PRGLA	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.7	Revisione della rete di offerta	*Cure domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti*				
17.7.1a	Revisione della rete di offerta	Gestione del percorso di transizione al nuovo modello organizzativo di cure domiciliari per persone non autosufficienti, in coerenza con quanto disciplinato dal DCA n U00095/2018, attraverso l'istituzione di un apposito tavolo tecnico per la gestione della fase transitoria. Previsione di un incremento relativo alle risorse economiche rese disponibili per questo setting assistenziale al fine di aumentare il numero delle	Adozione del provvedimento regionale di potenziamento delle reti territoriali	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
17.7.1b	Revisione della rete di offerta		Disponibilità di un elenco di soggetti erogatori per le cure domiciliari per ASL.	mar-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
17.7.1c	Revisione della rete di offerta		Contrattualizzazione da parte delle ASL dei soggetti erogatori.	gen-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
17.7.2	Revisione della rete di offerta	Sviluppo delle azioni a favore delle persone non autosufficienti in coerenza con quanto previsto dal Piano Cronicità.	Raggiungimento dello standard LEA di copertura in cure domiciliari della popolazione ultrasessantacinquenne.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.7.3	Revisione della rete di offerta	Revisione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di apposito gruppo di lavoro per individuazione degli standard di riferimento e la conseguente rideterminazione del fabbisogno, in coerenza con le linee di intervento precedenti.	Adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità per persone non autosufficienti.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.8	Revisione della rete di offerta	*Il ruolo delle cure Primarie*				
17.8.1	Revisione della rete di offerta	Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie.	Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie.	30/06/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RISORSE UMANE
17.8.2	Revisione della rete di offerta	Nuovo Accordo integrativo regionale con Medicina generale e Pediatria di libera scelta, in coerenza con le linee strategiche previste dal Piano cronicità e con l'emanando ACN.	Individuazione modalità attuative di costituzione e funzionamento delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).	31/12/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RISORSE UMANE
17.8.3	Revisione della rete di offerta	Accordo integrativo regionale con gli specialisti ambulatoriali convenzionati, a sostegno del Piano cronicità.	Nuovo accordo integrativo con MMG, PLS e Specialisti convenzionati.	31/12/2020	RISORSE UMANE	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
17.8.4	Revisione della rete di offerta	Definizione di un modello di infermieristica territoriale (ambulatoriale e di comunità) e di specifici percorsi formativi, con relativo repertorio prestazionale e corrispondente sistema informativo.	Documento di indirizzo su ambulatori infermieristici e infermieristica di comunità e definizione di un nomenclatore delle prestazioni infermieristiche,	giu-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO RISORSE UMANE
17.8.5	Revisione della rete di offerta	Sviluppo di un modello di farmacia dei servizi integrato con le cure primarie.	Documento di indirizzo su farmacie dei servizi integrate nelle cure primarie.	31/12/2020	FARMACI E DISPOSITIVI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
17.9	Revisione della rete di offerta	*Case della salute*				

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.9.1	Revisione della rete di offerta	Proseguimento nell'attivazione di ulteriori Case della Salute (ad oggi ne sono operanti 17) nei territori che ne sono sprovvisti, sulla base di specifici finanziamenti programmati.	Attivazione di almeno 11 Case della Salute.	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.10	Revisione della rete di offerta	*Le attività dei consultori*				
17.10.1	Revisione della rete di offerta	Monitoraggio annuale delle attività consultoriali riferite ai percorsi socioassistenziali, attraverso la scheda di raccolta dati.	Monitoraggio annuale entro il 31 dicembre di ogni anno	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.10.2	Revisione della rete di offerta	Predisposizione di una scheda ad hoc finalizzata alla raccolta dei dati e al monitoraggio degli interventi rivolti alle donne e ai minori che hanno subito violenza.			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.10.3a	Revisione della rete di offerta	Progetto sperimentale, della durata di 18 mesi, previo parere tecnico del Ministero della Salute e del Ministero Economia e Finanze già richiesto, per eseguire la IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori familiari, funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere. (n. 1 C.F. in collegamento funzionale con un Reparto di Ostetricia e	Istituzione di un tavolo tecnico per la sperimentazione della IVG farmacologica presso il Consultorio familiare	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.10.3b	Revisione della rete di offerta		Attivazione Progetto sperimentale per IVG farmacologica presso il Consultorio familiare	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.10.3c	Revisione della rete di offerta		Verifica Progetto sperimentale	giu-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.10.4	Revisione della rete di offerta	Emanazione di disposizioni regionali per la disponibilità e gratuità, presso i Consultori familiari, del test urinario per la diagnosi di gravidanza per le minori e le fasce disagiate.	Emanazione provvedimento per la disponibilità e gratuità del test urinario	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	PROMOZIONE E PREVENZIONE
17.11	Revisione della rete di offerta	*L'offerta di cure palliative*				
17.11.1a	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPD : 1) Predisposizione di un documento tecnico sui criteri di eleggibilità;	Adozione di provvedimento regionale realtivo ai criteri di eleggibilità e ad internventi di Cure Palliative Domiciliari modulati per intensità assistenziale.	30/06/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2b	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPD : 2) Predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei soggetti Erogatori delle cure palliative domiciliari;	Adozione di provvedimenti regionali sulla definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei soggetti Erogatori delel UCPD.	30/06/2020	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
17.11.2c	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPD : 3) Definizione del sistema tariffario	Definizione del sistema tariffario.	30/06/2020	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
17.11.1d	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPD :	Messa a regime del nuovo sistema.	31/12/2020	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2a	Revisione della rete di offerta	Realizzazione di un Hospice pediatrico con 10 p.r. , per pazienti onocologici e non, e del relativo Centro di riferimento: 1) Predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento;	Adozione di provvedimenti regionali per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per Hospice pediatrico entro dicembre 2019	dic-19	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
17.11.2b	Revisione della rete di offerta	Realizzazione di un Hospice pediatrico con 10 p.r. , per pazienti onocologici e non, e del relativo Centro di riferimento: 2) Ridefinizione del sistema tariffario;	relative tariffe entro marzo 2020	mar-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
17.11.2c	Revisione della rete di offerta	Realizzazione di un Hospice pediatrico con 10 p.r. , per pazienti onocologici e non, e del relativo Centro di riferimento: 3) Attivazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con la definizione dei requisiti nonchè del sistema tariffario delle prestazioni da erogare.	Avvio delle procedure per l'apertura dell'Hospice pediatrico con 10 p.r. entro dicembre 2021	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2d	Revisione della rete di offerta	Realizzazione di un Hospice pediatrico con 10 p.r. , per pazienti onocologici e non, e del relativo Centro di riferimento: 3) Attivazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con la definizione dei requisiti nonchè del sistema tariffario delle prestazioni da erogare.	Attivazione del relativo Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico per pazienti oncologici e non, con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni da erogare entro dicembre 2021	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.11.3a	Revisione della rete di offerta	Per la definizione del percorso assistenziale risulta necessario: attivare un tavolo di lavoro per la costruzione del percorso prevedendo specifici strumenti di integrazione informativa/informatica tra i diversi attori della filiera assistenziale	Adozione del PDTA fine vita entro il 31 dicembre 2020	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.3a	Revisione della rete di offerta	Per la definizione del percorso assistenziale risulta necessario: attivare un tavolo di lavoro per la costruzione del percorso prevedendo specifici strumenti di integrazione informativa/informatica tra i diversi attori della filiera assistenziale	Introduzione del codice 96 per le strutture che erogano prestazioni per la terapia del dolore a partire dal 1 gennaio 2020	gen-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
18	Governance farmaci e dispositivi medici	*Governance farmaci e dispositivi medici*				
18.1	Governance farmaci e dispositivi medici	*Implementazione, dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto*				
18.1.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.	Sviluppo di indicatori di monitoraggio in rapporto ai consumi.	30.07.2019	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.1.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra che tenga conto dell'analisi prescrittiva regionale	Sviluppo di un modello di budget impact triennale	30.07.2019	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.1.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi prescrittiva regionale e valutazione d'uso di farmaci con diverso meccanismo d'azione ma medesima indicazione terapeutica.	Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento dei prescrittori all'interno del singolo ente	31/12/2019	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.1.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Approvazione del documento in COREFA e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione.	Linee di indirizzo per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici in oncologia	30.07.2019	FARMACI E DISPOSITIVI	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
18.1.5	Governance farmaci e dispositivi medici	Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti	Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti	dic-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.1.6	Governance farmaci e dispositivi medici	Approvazione del documento COREFA sulle linee di indirizzo per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici nelle malattie infiammatorie croniche	Linee di indirizzo per la razionalizzazione della spesa dei farmaci biologici nelle malattie infiammatorie croniche	mar-20	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.1.7	Governance farmaci e dispositivi medici	Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.	Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti	giu-20	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.2	Governance farmaci e dispositivi medici	*Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità*				
18.2.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.	Sviluppo di indicatori di monitoraggio.	31.12.2019	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.2.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi dati di utilizzazione delle tecnologie in esame e quelle di confronto.	Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento delle Aziende Sanitarie rispetto agli indicatori di monitoraggio.	31.03.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.2.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi comparativa d'uso dei DM impiantabili e dei costi diretti sanitari. Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.	Adozione dei Registri Dispositivi impiantabili.	31.12.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.2.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Predisposizione di documento HTA.	Predisposizione di documento HTA	30.06.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.2.5	Governance farmaci e dispositivi medici	Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.	Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR	30.06.2021	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.3	Governance farmaci e dispositivi medici	*Individuazione del budget file F per le strutture private accreditate: criteri e applicazione*				
18.3.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Valutazione analitica dei consumi dei farmaci erogati/somministrati in file F e approriatezza di uso.	Monitoraggio e programmazione dei consumi farmaci file F. delel strutture private accreditate	lug-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.3.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Criteri di individuazione dei farmaci acquistabili direttamente dalle strutture private accreditate.	Aggiornamento semestrale degli elenechi di Farmaci e delle strutture(private accreditate) partecipanti al progetto	lug-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.3.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget.	Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget	dic-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.3.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Monitoraggio dell'aderenza e delel criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi	Monitoraggio semestrale dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi	lug-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.4	Governance farmaci e dispositivi medici	*Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al riallineamento della spesa farmaceutica a quella delle Regioni con la migliore performance*				
18.4.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Valutazione della spesa storica ed analitica dei farmaci erogati in ambito territoriale/ convenzionale e analisi delle classi farmaceutiche ad alto impatto di spesa	Riduzione della spesa territoriale.	giu-20	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.4.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Predisposizione di atto normativo per l'individuazione di linee di indirizzo prescrittive in ambito territoriale con il supporto del Corefa	Linee di indirizzo su appropriatezza prescrittiva entro il 31.08 di ogni anno a partire dal 31.08.2019 per gli indicatori 2019/2020	ago-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.5	Governance farmaci e dispositivi medici	*Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza*				

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
18.5.1	Governance farmaci e dispositivi medici	1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e valutazione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Linee di indirizzo per l'uso appropriato di antibiotici ad alto livello di resistenza	31.03.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.5.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra, predisposto dal Corefa.	Predisposizione di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale.	giu-20	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.5.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Approvazione del documento in COREFA e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione per la sua successiva diffusione e applicazione presso gli enti del SSR.	Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento con il supporto del SERESMI	dic-20	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.6	Governance farmaci e dispositivi medici	*Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso dei farmaci oncologici, con specifico riferimento al fine vita dei pazienti con patologia tumorale*				
18.6.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci con focus sui trattamenti nel fien vita.	Sviluppo di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale.	31.03.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.6.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra,con il supporto del COREFA r per l'individuazione dell'uso dei farmaci oncologici con il miglior rapporto costo/indicazione terapeuticae valutazione d'uso nel SSR.	Razionalizzazione delle spesa con focus su farmaci innovativi e potenzialmente innovativi	30.06.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.7	Governance farmaci e dispositivi medici	*Linee di appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronicità e per il monitoraggio e l'implementazione dell'aderenza terapeutica*				
18.7.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del cosumo dei farmaci per le terapie cronica	Sviluppo di indicatori per il monitoraggio dell'aderenza	dic-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.7.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Valutazione delle classi terapeutiche a minor aderenza e a maggior rischio ed elaborazione di un documento di sintesi con il supoorto del Corefa.	Proposta da parte del Corefa di linee di indirizzo per il monitoraggio e la valutazione dell'aderenza terapeutica per le strutture del SSR	dic-20	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.8	Governance farmaci e dispositivi medici	*Sperimentazione attività farmacia dei servizi*				
18.8.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Individuazione di procedure operative per la sperimentazione dei servizi svolti dalle farmacie di comunità in linea con quanto previsto dal tavolo nazionale per la farmaci dei servizi	Ricepimento delle linee di indirizzo nazionale	nov-19	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.8.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un progetto condiviso con le associazioni di categoria delle farmacie di comunità per il monitoraggio dell'aderenza terapeuitica e per i servizi di screening del colon-retto	Avvio della sperimentazione	30.01.2020	FARMACI E DISPOSITIVI	
18.8.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Valutazione dei dati di consumo/aderenza e analisi dell'impatto al termine della sperimentazione	Report sui risultati della sperimentazione	30.01.2021	FARMACI E DISPOSITIVI	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
19	Investimenti in patrimonio e tecnologie					
19.1	Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati					
19.1.1	Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati	1. proseguimento del monitoraggio del percorso di adeguamento degli immobili - di proprietà delle Aziende del SSR - alla normativa vigente attraverso la manutenzione straordinaria, la riqualificazione e la ristrutturazione di presidi sanitari, compatibilmente con i finanziamenti assegnati e in coerenza agli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica predisposte dalle Aziende Sanitarie;	Monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progettie rendicontazione: semestrale	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.2	Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati	2. proseguimento del monitoraggio dell'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR (programmazione triennale ed aggiornamento annuale);	monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione: semestrale;	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.3	Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati	3. proseguimento del monitoraggio e della ricognizione dei finanziamenti regionali assegnati per le manutenzioni straordinarie edili/impiantistiche e per le tecnologie sanitarie, e di quelli assegnati per obiettivi specifici dei precedenti programmi operativi;	monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione: semestrale;	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.4	Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati	4. aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia;	(linea di intervento 4 e 5) predisposizione dell'autocertificazione regionale, a partire dalla verifica e condivisione formale con i Direttori Generali degli elenchi forniti per l'anno 2019, 2020, 2021 (Adempimento LEA): entro il primo semestre dell'anno di riferimento	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.5	Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati	5. monitoraggio del flusso informativo delle grandi apparecchiature NSIS (ai sensi del DM 22.04.2014) finalizzato anche all'aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia.	(linea di intervento 4 e 5) predisposizione dell'autocertificazione regionale, a partire dalla verifica e condivisione formale con i Direttori Generali degli elenchi forniti per l'anno 2019, 2020, 2021 (Adempimento LEA): entro il primo semestre dell'anno di riferimento	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2	Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento					

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
19.2.1	Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Innovare la rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali e la riconversione ad altre funzioni di parte del patrimonio ospedaliero non più disponibile all'adeguamento attraverso l'avvio dell'attuazione degli investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1 comma 140 (Riparto del fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese - € 173.166.814,00) e comma 602 (Fondi INAIL – € 286.776.348,00 – finalizzati anche alla realizzazione del "Nuovo Ospedale del Golfo" e del "Nuovo Ospedale di Sora").	1. (linea di intervento 1 e 2) Adozione di provvedimento regionale di recepimento dell'Accordo di Programma finalizzato all'assegnazione dei finanziamenti alle Aziende Sanitarie (per lo Stralcio 1.B1 ex art 20 L. 67/88: entro 31.12.2019); Definizione dell'accordo INAIL (31.12.2020)	dic-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.2	Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	2. Avviare l'assegnazione di finanziamento degli investimenti ex art 20 L. 67/88 relativi allo Stralcio 1.B1, dopo la ratifica dell'Accordo di Programma da parte dei Ministeri sovraordinati (€ 109.096.772,43).			PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.3a	Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	3. Attivare le procedure propedeutiche alla programmazione degli interventi a completo utilizzo dell'importo stanziato nell'ambito dell'Art. 20 L. 67/88, denominato Stralcio 1.B2 per importo di € 219.379.379,35.	2. (linea di intervento 3) Aggiornamento del fabbisogno delle Aziende sanitarie in termini di tecnologie, adeguamento e messa a norma, manutenzioni, ristrutturazioni e riqualificazione del sistema edilizio ed impiantistico delle strutture ad uso sanitario (31.12.2019)	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.3b	Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	3. Attivare le procedure propedeutiche alla programmazione degli interventi a completo utilizzo dell'importo stanziato nell'ambito dell'Art. 20 L. 67/88, denominato Stralcio 1.B2 per importo di € 219.379.379,35.	3. (linea di intervento 3) Definizione degli interventi da inserire nello stralcio 1.B2 ex art 20 L 67/88 e successiva adozione del provvedimento regionale di programmazione degli investimenti (31.12.2020)	dic-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.4	Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	4. Attivare le procedure propedeutiche all'attivazione dei nuovi investimenti previsti nella Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 art. 1 comma 555 (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2021) per i fondi ad investimento finalizzati alla manutenzione straordinaria e all'ammodernamento tecnologico dei presidi delle Aziende Sanitarie. Per la realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri della rete (Il Nuovo Ospedale di Rieti sarà realizzato ai sensi della legge 232/2016 art, 1 comma 602 di cui alla rimodulazione richiesta al Ministero della Salute –Il Nuovo Ospedale della Tiburtina sarà realizzato con i fondi della legge 232/2016 art. 1 comma 140 di cui alla rimodulazione richiesta solo dopo l'avvenuta rimodulazione per gli interventi del comma 602 di cui sopra).	4. (linea di intervento 4) Definizione degli interventi da inserire nei finanziamenti di cui alla Legge n. 145/2018 (31.12.2020)	dic-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	

n.	Macro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Aree di Supporto
19.3	Strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale					
19.3.1	Strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale	1. monitoraggio del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie, con la duplice finalità di definirne sistematicamente la consistenza e l'ottimizzare la programmazione degli investimenti (antincendio, antisismica, ecc.)	Predisposizione di Report biennali a partire dal 31/12/2019	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.3.2	Strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale	2. semplificazione delle procedure di trasmissione, di valutazione e di controllo dei progetti predisposti dalle Aziende sanitarie;	Predisposizione di linee guida (30.03.2020)	mar-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.3.3	Strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale	3. standardizzazione dei processi e semplificazione delle politiche di finanziamento e di gestione dei fondi.	Predisposizione dello Studio di fattibilità Tecnico Economica del Sistema Informativo (30.06.2020)	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	