

COMMISSARIO "AD ACTA"
PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO
DAL DISAVANZO DEL SETTORE SANITARIO
(del. Consiglio dei Ministri 21 Marzo 2013)

Prot. n. 1004/C2

Roma, 21 MAR. 2014

Al Ministero della Salute
Dipartimento della Qualità
Direzione generale della Programmazione
sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e
dei principi etici di sistema
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

Alla c.a. Direttore Generale della programmazione
sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Francesco Bevere

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze
Ragioneria Generale dello Stato
Ispettorato Generale per la Spesa Sociale
I.GE.SPE.S.
Via XX Settembre, 97
00187 Roma

Alla c.a. dell'Ispettore Generale Capo
Dott. Francesco MASSICCI

Oggetto: trasmissione proposta di Programmi Operativi 2013-2015.-

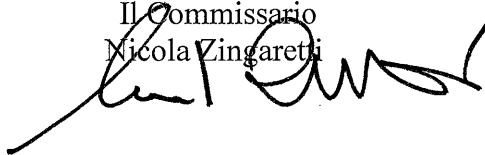
Si trasmette, allegata alla presente, la proposta di Programmi Operativi 2013-2015 della Regione Lazio formulata in sostituzione di quelli approvati con DCA U00480/2013.

Distinti saluti

Il Sub Commissario
Renato Botti



Il Commissario
Nicola Zingaretti





Regione Lazio

Programma Operativo 2013-2015

BOWVA

BOZZA

Indice

1	Executive summary	5
2	Il contesto di riferimento	6
2.1	La struttura regionale	6
2.2	<i>Principali Decreti Commissariali</i>	8
2.3	<i>Evoluzione delle principali variabili sanitarie</i>	8
2.4	Stato di salute ed esiti delle cure	10
2.5	IV Trimestre 2013 e Tendenze 2014 e 2015	13
3	Il Programma Operativo	21
3.1	INTERVENTO 1: Cure primarie e Rete Territoriale	21
3.1.1	AZIONE 1: Potenziamento delle Cure primarie	21
3.1.2	AZIONE 2: Attivazione delle Case della Salute	24
3.1.3	AZIONE 3: Rete socio-sanitaria territoriale	26
3.1.4	AZIONE 4: Altri interventi sulla Rete Territoriale	28
3.2	INTERVENTO 2: Riorganizzazione dell'offerta assistenziale	29
3.2.1	AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera	29
3.2.2	AZIONE 2: Operazioni sulla rete di offerta	35
3.3	INTERVENTO 3: Efficiamento della gestione	38
3.3.1	AZIONE 1: Regole di sistema	38
3.3.2	AZIONE 2: Protocolli di intesa con le Università	42
3.3.3	AZIONE 3: Ristrutturazione economico-finanziaria delle Aziende del SSR	43
3.3.4	AZIONE 4: Razionalizzazione dei Beni & Servizi e Farmaci	45
3.3.5	AZIONE 6: Gestione del Personale	52
3.4	INTERVENTO 4: Flussi informativi	55
3.4.1	AZIONE 1: Integrazione dei flussi informativi	55
3.5	INTERVENTO 5: Altri Interventi Operativi di Gestione	56
3.5.1	AZIONE 1: Sanità Pubblica	56
3.5.2	AZIONE 5: Sicurezza e Rischio Clinico	57
3.5.3	AZIONE 2: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	58
3.5.4	AZIONE 3: Sanità Penitenziaria	59
3.5.5	AZIONE 4: Formazione e Comunicazione ai Cittadini	60
3.6	INTERVENTO 6: Altri Interventi per il Governo del Programma Operativo	61
3.6.1	AZIONE 1: Adempimenti LEA	61
3.6.2	AZIONE 2: Attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011	61
3.6.3	AZIONE 3: Certificabilità dei bilanci del SSR	61
3.6.4	AZIONE 4: Contabilità Analitica	62
3.6.5	AZIONE 5: Regole di Pagamento	63
3.7	Sintesi delle manovre	67

3.8	Manovre di contenimento	67
3.8.1	INTERVENTO 3: Efficiamento della gestione	67
3.9	Altre manovre	76
3.9.1	INTERVENTO 3: Efficiamento della gestione	76
3.9.2	INTERVENTO 6 - Altri Interventi per il Governo del Programma Operativo	78
3.10	Manovre di sviluppo	78
Appendice 1	79	
Riorganizzazione dell'offerta assistenziale		80
Riorganizzazione della rete ospedaliera		80
Razionalizzazione dei Beni & Servizi e Farmaci		81
Potenziamento del modello organizzativo della Centrale Acquisti		81
Appendice 2	83	
Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale		84
Indicatori demografici, socio-sanitari e struttura della popolazione		84
Indicatori demografici		85
Indicatori dello stato di salute		87

1 Executive summary

Il presente “Programma Operativo 2013-2015” costituisce **attualizzazione del precedente documento di cui al DCA 480 del 6 dicembre 2013, inviato dalla Regione ai Ministeri affiancanti in data 06/12/2013.**

La presente versione ne rappresenta, infatti, una versione sintetica che accoglie le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti (nell’ambito del parere trasmesso in data 12/03/2014) e **attualizza la *vision* e gli obiettivi regionali coerentemente anche con il rinnovamento della struttura commissariale**

2 Il contesto di riferimento

2.1 La struttura regionale

La Struttura Commissariale, composta dal Commissario e dal Subcommissario, sovrintende all'attuazione del Programma Operativo. A tale scopo assicura che tutte le attività svolte dalle strutture organizzative della Giunta regionale, dalle Aziende del SSR e dagli altri enti e società strumentali della Regione siano orientate al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Programma Operativo.

La Struttura Commissariale, di conseguenza, si avvale delle strutture amministrative regionali affinché:

- siano attribuiti alle direzioni regionali e agli enti e società regionali obiettivi gestionali conformi a quelli contenuti nel Programma operativo;
- sia verificata la congruenza tra i comportamenti amministrativi e le misure organizzative adottate rispetto ai risultati e alle finalità del Programma operativo;
- sia svolta una tempestiva attività di monitoraggio rispetto all'andamento degli obiettivi assegnati.
- sia periodicamente verificata l'adeguatezza degli assetti organizzativi e dei processi gestionali rispetto all'economia di impiego delle risorse e all'efficacia e all'efficienza dell'azione amministrativa.

Nell'esercizio delle proprie funzioni la Struttura Commissariale si avvale dell'assistenza tecnica delle Direzioni Regionali, dell'Avvocatura regionale e del Dipartimento di Epidemiologia del SSR per le funzioni di monitoraggio dei fenomeni sanitari.

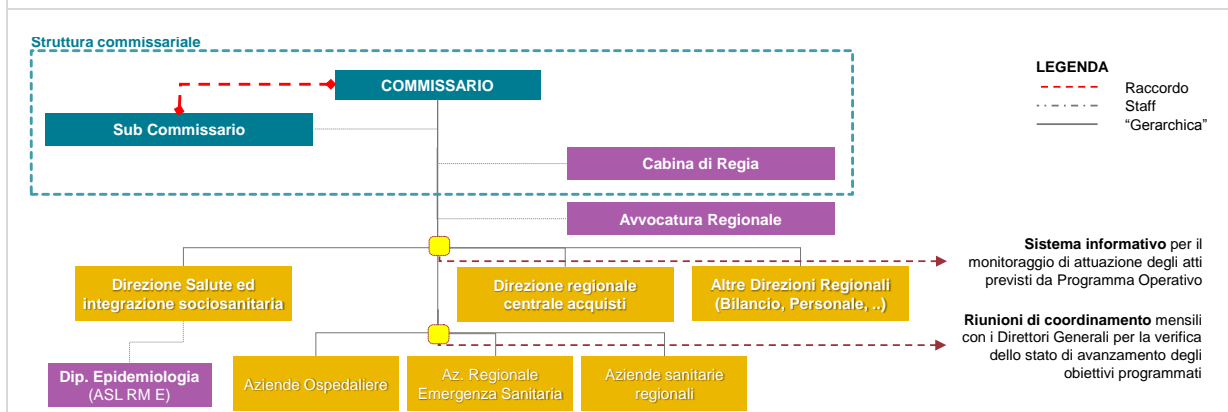
L'azione di coordinamento e monitoraggio da parte della Struttura Commissariale prevede, inoltre:

- il monitoraggio, mediante l'utilizzo del sistema informativo del Programma operativo, dell'attuazione delle azioni previste in capo alle Direzioni/Uffici regionali. Oltre alla gestione delle attività in termini di responsabilità e relative scadenze per identificare tempestivamente inadempienze e/o fattori ostativi esterni (es: atti precedenti in contrasto), il sistema sarà progressivamente integrato con indicatori per la verifica, attraverso l'andamento delle variabili economiche e gestionali, dell'efficacia dell'azione regionale;
- Il monitoraggio dell'attuazione delle azioni previste in capo alle Direzioni aziendali, mediante riunioni con singola Azienda per:
 - il coordinamento mensile con i Direttori Generali per la condivisione ex ante delle azioni prioritarie da porre in essere per far fronte a criticità gestionali rilevate e/o andamenti anomali;
 - la verifica trimestrale, in sede di redazione del Conto Economico Trimestrale, del raggiungimento dei risultati previsti, al fine di approfondire le cause degli scostamenti, anche a supporto della trasmissione della documentazione ai Tavoli di Monitoraggio. A tal fine, i verbali degli incontri saranno trasmessi ai Ministeri affiancanti.

La verifica degli obiettivi programmati costituisce per le Direzioni Aziendali elemento di valutazione ai fini della conferma dell'incarico e comunque elemento di valutazione per le Direzioni Regionali.

A tal fine si specifica che rimane in capo ai Direttori Generali delle Aziende l'implementazione delle misure di rientro dell'Azienda, nell'ambito della strategia definita nel presente Programma Operativo, in quanto soggetti attuatori. Con particolare riferimento alla voce "Beni e Servizi", i Direttori Generali sono chiamati a garantire il rientro secondo i Piani Industriali che verranno condivisi nell'ambito degli incontri mensili, atteso che sarà obiettivo della Centrale Acquisti espletare le gare programmate e condivise con le Aziende in tempi compatibili con la gestione aziendale, aggiudicandole a prezzi allineati a *benchmark* nazionali e creando le condizioni necessarie per il contenimento dei contenziosi sulle aggiudicazioni.

Figura 1 – Sintesi principali attori e correlazioni in materia sanitaria



In Appendice 1 si riporta l'organigramma completo della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, organizzata sulla base delle disposizioni della Determinazione regionale n.B03071 del 17.07.2013.

2.2 Principali Decreti Commissariali

Figura 2 – Sintesi principali Decreti Commissariali

Principali Decreti Commissariali		
Area	Riferimento	Contenuti
Programmi Operativi	DCA 113/2010	- Programmi Operativi - Biennio 2011-2012
	DCA 480/2013	- Programmi Operativi 2013-2015 (preventiva approvazione)
Riequilibrio Ospedale – Territorio	DCA 80/2010	Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale
Reti Assistenziali	DCA 56/2010	Rete dell'assistenza perinatale
	DCA 73/2010	Rete dell'emergenza
	DCA 74/2010	Rete dell'assistenza Cardiologica e Cardiochirurgica
	DCA 75/2010	Rete assistenziale Ictus Cerebrale Acuto
	DCA 76/2010	Rete assistenziale Trauma Grave e Neuro-trauma
Accreditamento	DCA 90/2010 e smi	- Approvazione di Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie; - Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredimenti delle Strutture Sanitarie (SAAS); - Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo
Assistenza farmaceutica	DCA 71/2012	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica nella Regione Lazio
	DCA 450/2013	Ratifica protocollo di intesa per la distribuzione tramite le farmacie convenzionate di farmaci di cui al PHT – Prontuario della distribuzione diretta
Tetti di spesa per gli erogatori privati	DCA 348 - 349/2012	Recepimento delle misure di riduzione dei budget per gli erogatori privati per assistenza ospedaliera e ambulatoriale determinati ai sensi della Legge 7 agosto 2012 n. 135 (<i>spending review</i>). Criteri recepiti con DCA 98 e 100/2013
	DCA 99, 101, 102, 103/2013 e smi	Definizione Budget anno 2013 per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 (Legge 833/78), RSA, neuropsichiatriche, Hospice con onere a carico del SSR erogate da strutture private. La definizione del livello di finanziamento tiene conto dei processi di riconversione avviati
	DCA 183/2013	Approvazione schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale.
	DCA 310/2013	Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012
	DCA 313/2013	Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012
Funzioni	DCA 115/2012 e smi	F.S.R. 2012 - Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e, delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.
	DCA 495/2013	F.S.R. 2013 - Determinazione del finanziamento per i maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e di ricerca di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.
	DCA 77/2014	F.S.R. 2013 - Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92
Gestione del personale	DCA 323/2013	Procedura per l'assunzione del personale nelle aziende ed enti del servizio sanitario regionale in deroga al blocco del turnover
	DCA 372/2013	Procedura per l'assunzione del personale nelle aziende ed enti del servizio sanitario regionale in deroga al blocco del turnover - errata corrige DCA 323/2013 -
Rete Territoriale	DCA 39/2012	Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino assistenza territoriale a persone non autosufficienti anche anziane e a persone con disabilità fisica psichica e sensoriale. Il DCA riconduce i 21 livelli di intensità di cure previsti dalla DGR 583/2002 a 9 divisi per Residenziale Semiresidenziale Ambulatoriale e Domiciliare
Atti Aziendali	DCA 206/2013	Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli 'standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012' elaborati dal Comitato L.E.A.
	DCA 428/2013	Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute"

2.3 Evoluzione delle principali variabili sanitarie

Sulla base dei dati del modello ministeriale LA la Regione Lazio, a fronte di un valore programmatico rispettivamente pari a 44%, 51% e 5%¹, si è assestata nell'anno 2012 ad un livello di erogazione dei servizi così distribuito:

- Assistenza Ospedaliera 53%;

¹ Quote assegnate dal riparto del fondo sanitario per singolo livello di assistenza – LEA.

- Assistenza Distrettuale 43%;
- Prevenzione 4%.

Nel corso della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 18.12.2013, per quanto riguarda il punto “Situazione Erogazione dei LEA”, a partire dai dati in possesso del Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute, sono state rilevate le seguenti considerazioni per quanto riguarda il periodo 2009-2012 (v. Verbale del 18.12.2013, pag 31 e ss):

- decremento dell’ospedalizzazione totale sia in termini di dimissioni (da 1.095.741 a 976.041) che di tasso di ospedalizzazione (da 191,3 a 173,0);
- riduzione del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, se erogati in modalità ordinaria (t.o. 108 DRG da 29,20 a 23,63)
- una riduzione del tasso di dimissione della popolazione anziana (t.o. da 431,6 a 392,4);
- diminuzione della dotazione dei posti letto (pl x 1.000 ab. da 4,5 a 3,9);
- incremento del punteggio relativo all’adempimento e) erogazione dei LEA (Griglia LEA) (da 114 a 165 – punteggio provvisorio per il 2012).

Per l’anno 2012 si evidenzia che;

- il tasso standardizzato di dimissione totale si mantiene al di sopra del valore di riferimento di cui alla Legge 135/2012;
- il valore della degenza media pre-operatoria risulta essere superiore al valore medio nazionale, pur mostrando segnali di decremento nel periodo di riferimento;
- la dotazione totale di posti letto, pari 3,9 Posti Letto per 1.000 abitanti, risulta superiore al valore di riferimento di cui alla Legge 135/2012 soprattutto per effetto di un eccesso di posti letto per le acuzie;
- la dotazione dei posti letto presso le strutture residenziali per anziani non autosufficienti e di posti letto per l’assistenza residenziale psichiatrica risulta inadeguata;
- si rilevano inoltre criticità nell’erogazione di servizi afferenti all’area della prevenzione, con particolare riferimento all’area degli screening.

Si specifica che sono in corso delle verifiche con le Aziende pubbliche e private per l’allineamento de dati sotto riportati.

Tabella 1 – Livelli di Assistenza 2009 - 2012

Regione Lazio Livelli di Assistenza	2009		2010		2011		2012		Valore di riferimento	Fonte
Assistenza Ospedaliera	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso		
Valore Annuale										
Totale dimissioni	1.095.741	(191,30)	1.046.734	(180,56)	973.381	(166,26)	976.041	(173,00)	160 * 1.000 ab.	Legge 135 del 7 Agosto 2012
Numero dimissioni in DO	734.118	(127,30)	710.835	(121,72)	660.009	(111,76)	658.867	(115,70)		
Numero dimissioni in DH	361.623	(64,00)	335.899	(58,84)	313.372	(54,50)	317.174	(57,30)		
Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi	33%		32%		32%		32%		25%	
Posti Letto										
Totale numero PL	25.248	(4,50)	24.197	(4,22)	22.869	(4,16)	22.088	(3,86)	3,7 * 1.000 ab.	Legge 135 del 7 Agosto 2012
Numero PL acuti	19.536	(3,50)	19.329	(3,37)	18.735	(3,41)	18.204	(3,18)	3,0 * 1.000 ab.	
Numero PL post acuzie	5.712	(1,00)	4.868	(0,85)	4.134	(0,75)	3.884	(0,68)	0,7 * 1.000 ab.	
Inappropriatezza										
Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)		29,20		27,00		22,92		23,63	≤ 23	Griglia LEA
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani	225.625	(431,6)	223.376	(413,8)	207.369	(372,9)	212.579	(392,4)	392,9 (anno 2011)	V.N. Rapp. SDO
Degenza media pre-operatoria		2,49		2,51		2,43		2,44	1,85	
Assistenza Territoriale										
Assistenza domiciliare										
% anziani assistiti in ADI	4,02		4,63		4,98		3,93		≥ 4%	
Assistenza residenziale e semiresidenziale										
Numero PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab Anziani)	4.810	(4,3)	4.924	(4,4)	4.971	(4,4)	4.791	(4,3)	≥ 10%	Griglia LEA
Numero PL residenziali e semiresidenziali per riab., disabili fisici e psichici (N. PL res. e semires. per riab. disabili fisici e psichici per 1.000 ab)	4.786	(0,9)	4.861	(0,9)	4.981	(0,9)	4.956	(0,9)	≥ 0,6%	
Numero PL Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)	232	(1,5)	267	(1,7)	379	(2,4)	314	(2,0)	≥ 1%	
Numero PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 abitanti)	1.357	(2,4)	1.415	(2,5)	1.328	(2,3)	1.293	(2,4)	3,6%	Mon. Sistema Valore mediano Italia
Prevenzione										
Screening oncologici										
quota residenti che hanno effettuato test di screening oncologici (tumori mammella, cervice uterina, colon retto) in programmi organizzati (punteggio griglia Lea)	2		2		3		3		Scostamenti ≥ 9 Normale 7-8 Minimo 5-6 Rilevante ma in miglioramento 0-4 Non accettabile	Griglia LEA
Griglia LEA										
Punto e) Erogazione dei LEA	114		132		152		165		≥ 160 Adempiente	Griglia LEA

FONTE: Verbale del Tavolo di Verifica del 18/2/2013

2.4 Stato di salute ed esiti delle cure

Dati demografici ed epidemiologici

Per quanto riguarda gli indicatori demografici, sulla base delle statistiche ISTAT e dei sistemi informativi correnti, nel Lazio si evidenzia che:

- la speranza di vita alla nascita nel Lazio (79,1 anni nei maschi e 84,5 anni nelle femmine) e a 65 anni (18,3 anni nei maschi e 21,9 anni nelle femmine) continua ad aumentare in entrambi i generi;
- esiste un divario per livello sociale nella speranza di vita alla nascita con un vantaggio delle classi benestanti rispetto alle classi svantaggiate di più di tre anni nei maschi e di due anni nelle femmine;
- il tasso di natalità è in diminuzione (fonte ISTAT: da 9,8 x 1000 nel 2006 a 9,5 x 1000 nel 2010);
- il 72% della popolazione del Lazio risiede nel Comune di Roma e Provincia;
- la quota di popolazione straniera è pari a circa il 9,5% della popolazione totale;
- la popolazione di 65+ anni costituisce circa il 20% della popolazione totale, concentrata specialmente nelle Province di Rieti e di Viterbo;
- la popolazione anziana fragile (definita sulla base dell'età, delle condizioni sociali e dei ricoveri per malattie croniche, rappresenta circa il 3,5% della popolazione di 65+ anni del Lazio (circa 44.000 persone nel 2013).

Per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione, dai dati dei sistemi informativi sanitari, si evidenzia che:

- il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause è di 596 per 100.000 residenti nei maschi e 378 nelle femmine, con un numero totale di decessi osservato pari a 52.962 (dati 2011);
- le malattie circolatorie sono la causa più frequente di morte, con una frequenza relativa del 36% nei maschi e del 42% nelle donne, seguite dai tumori maligni;
- si stimano annualmente circa 9.500 casi incidenti di evento coronarico acuto e 6.800 di ictus cerebrale, con una incidenza annua rispettivamente di 306 x 100.000 residenti e 149 x 100.000 residenti di età 35-84 anni;
- si stimano 340.000 casi prevalenti di diabete mellito tipo 2 nella classe di età 35+ anni, pari ad una prevalenza del 94‰;
- si stimano 195.000 casi prevalenti di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) nella classe di età 45+ anni, pari ad una prevalenza del 70‰;
- si osserva una variabilità geografica e un divario per posizione socio-economica a sfavore delle classi più svantaggiate nei tassi di mortalità e nell'occorrenza di malattie.

Dettagli sui dati demografici e sull'epidemiologia delle malattie nel Lazio sono riportati nel documento "Salute della popolazione, efficacia ed equità delle cure" disponibile sul sito www.deplazio.net

Indicatori di esito dell'assistenza

Nel Lazio è attivo un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il programma nazionale di valutazione di esiti come previsto dal DL 158/2012, denominato Programma Regionale di Valutazione di Esito (PReValE). Metodologie e risultati sono disponibili sul sito www.epidemiologia.lazio.it/prevale2013. Alcuni degli indicatori di esito di seguito riportati sono stati inseriti tra gli Obiettivi di budget e di mandato per i Direttori Generali (DCA U00234/2013 e DGR 42/2014).

Patologie acute tempo-dipendenti

Nel presente programma operativo Regione Lazio intende considerare la tempestività della cura uno degli elementi fondanti della propria programmazione, pertanto quanto sotto riportato dovrà essere necessariamente tenuto in considerazione nella riorganizzazione della rete ospedaliera.

Patologie tempo-dipendenti il cui esito è fortemente legato alla tempestività delle cure, per le quali è fondamentale il ruolo dell'assistenza in emergenza e dell'assistenza specialistica ospedaliera.

Cardiopatía ischemica

- Il 30% dei nuovi casi di evento coronarico acuto decede prima dell'arrivo in una struttura ospedaliera con una eterogeneità tra ASL di residenza;
- nel 2013, si osservano circa 11.000 ricoveri per infarto acuto del miocardio (IMA), senza variazioni sostanziali nel corso degli ultimi 5 anni;
- nel 2013, la proporzione di IMA STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST) sul totale degli IMA è pari a circa il 43%, in diminuzione nel corso degli ultimi 5 anni;
- la mortalità a 30 gg dopo IMA diminuisce dall' 11% nel 2009 al 9.7% nel 2012 con una variabilità tra ASL di residenza;
- la proporzione di pazienti in IMA STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' aumenta dal 16% nel 2009 al 32% nel 2013, con una variabilità tra ASL di residenza;
- il numero di PTCA complessivo è pari a circa 11.500 nel 2013, in aumento nel corso degli ultimi 5 anni dovuto in particolare all'incremento delle PTCA non in IMA;
- esiste un differenziale tra classi sociali nell'accesso alle procedure coronariche invasive.

Ictus cerebrale

- Si osservano circa 7.000 ricoveri annui per Ictus ischemico;
- la mortalità a 30 gg è pari al 14%, sostanzialmente invariata negli ultimi 5 anni.

Frattura del collo del femore (FCF)

- Nel 2013, si osservano circa 8.200 ricoveri per FCF all'anno negli anziani (65+anni), in aumento nel corso degli ultimi 5 anni, pari ad un tasso di ricovero medio del 6.2‰ con variabilità tra ASL di residenza;
- la proporzione di pazienti con FCF trattati con intervento entro 2 giorni aumenta dal 16% nel 2009 al 39% nel 2013 con una notevole variabilità tra ASL di residenza;
- l'aumento nel tempo della proporzione di pazienti con FCF trattati con intervento entro 2 giorni ha ridotto il differenziale tra classi sociali a vantaggio delle classi meno abbienti.

Patologie croniche

Per quanto riguarda le patologie croniche, in cui è fondamentale il ruolo dell'Assistenza Territoriale ("Cure primarie") e dell'integrazione ospedale-territorio, si evidenzia che:

- esiste una eterogeneità nell'ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine in pazienti diabetici per ASL di residenza. I risultati variano da un minimo del 52‰ a un massimo del 119‰, con una media regionale pari a 82‰;
- esiste una eterogeneità della ospedalizzazione per BPCO in pazienti affetti da BPCO per ASL di residenza. I risultati variano da un minimo del 9‰ a un massimo del 31‰, con una media regionale pari a 15‰.

Area chirurgica

Per quanto riguarda l'area chirurgica si evidenzia che nel Lazio si effettuano circa 9.000 interventi di colecistectomia laparoscopica l'anno, senza variazioni sostanziali nel corso degli ultimi 5 anni. La proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni aumenta dal 47% nel 2009 al 60% nel 2013 con una notevole variabilità tra ASL di residenza.

Inappropriatezza

Per quanto riguarda interventi sanitari ad alto rischio di inappropriatezza si evidenzia che:

- la proporzione di parti cesarei in donne senza un pregresso cesareo diminuisce dal 34% nel 2009 al 31% nel 2013 con variabilità tra aree di residenza;
- esiste una eterogeneità tra aree di residenza nei tassi di ospedalizzazione "potenzialmente evitabili" in età pediatrica, quali la gastroenterite, la tonsillectomia e l'asma bronchiale. In particolare, l'ospedalizzazione per tonsillectomia diminuisce dal 3.2‰, nel 2007 al 2.4‰, nel 2013.

2.5 IV Trimestre 2013 e Tendenziale 2014 e 2015

Tabella 2 – CE Tendenziali 2014-2015

120 Consolidato regional - Regione Lazio					
ID	CONTO ECONOMICO €000	CONSUNTIVO 2012 A	IV TRIM 2013 NSIS 20.03.2014 B	TENDENZIALE 2014 C	TENDENZIALE 2015 D
A1	Contributi F.S.R.	9.926.568	9.817.357	10.118.009	10.118.009
A2	Saldo Mobilità	(114.049)	(209.907)	(210.032)	(210.032)
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	182.822	130.430	147.272	147.508
A3.2	Ticket	145.539	134.494	134.494	134.494
A3.3	Altre Entrate Proprie	191.389	187.729	169.716	169.716
A3	Entrate Proprie	519.750	452.653	451.482	451.718
A4	Saldo Intramoenia	26.549	25.008	25.008	25.008
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(14.311)	(27.713)	(73.695)	(97.695)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(27.703)	(29.305)	0	0
A	Totale Ricavi Netti	10.316.804	10.028.093	10.310.771	10.287.007
B1	Personale	2.936.331	2.869.993	2.869.993	2.869.993
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	757.980	815.280	838.399	862.300
B3.1	Altri Beni Sanitari	573.375	569.196	579.192	589.622
B3.2	Beni Non Sanitari	24.906	23.007	20.808	21.229
B3.3	Servizi	1.513.772	1.471.973	1.386.458	1.413.431
B3	Altri Beni e Servizi	2.112.053	2.064.176	1.986.458	2.024.282
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	61.898	59.338	63.013	63.013
B5.1	Accantonamenti Rischi	318.393	154.657	215.835	183.335
B5.2	Accantonamenti Sumai (+TFR)	6.245	5.780	5.628	5.628
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali	5.158	5.350	5.484	5.484
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mora	17.813	7.118	0	0
B5.5	Altri Accantonamenti	31.167	18.947	11.414	11.414
B5	Accantonamenti	378.776	191.852	238.361	205.861
B6	Variazione Rimanenze	11.098	(5.568)	0	0
B	Totale Costi Interni	6.258.136	5.995.071	5.996.224	6.025.449
C1	Medicina Di Base	615.431	602.992	602.992	602.992
C2	Farmaceutica Convenzionata	976.059	964.409	964.409	964.409
C3	Prestazioni da Privato	2.753.171	2.848.015	2.859.151	2.874.605
C	Totale Costi Esterni	4.344.661	4.415.416	4.426.552	4.442.006
D	Totale Costi Operativi (B+C)	10.602.797	10.410.487	10.422.775	10.467.455
E	Margine Operativo (A-D)	(285.993)	(382.394)	(112.004)	(180.448)
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	2.163	620	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	110.441	105.692	110.441	110.441
F3	Oneri Fiscali	226.843	221.191	221.191	221.191
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(21.119)	(100.009)	(9.941)	(9.941)
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	318.328	227.494	321.691	321.691
G	Risultato Economico (E-F)	(604.321)	(809.880)	(433.695)	(502.139)
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	808.682	868.031	913.031	913.031
I	Risultato Economico con risorse aggiunte LEA (G+H)	204.361	258.143	479.336	410.892

Ricavi

A.1 Contributi FSR indistinto e vincolato

La stima dei contributi **FSR indistinto** per gli anni 2014-2015 pari a 9.912 €/mln è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti del D.Lgs 98/11 (art.17, comma 1), della L. 135/2012 (art. 15, comma 22) e L. 228/2012 (art. 15, comma 22), ed in particolare:

- Il fondo indistinto 2013 è stato determinato in coerenza all'Intesa sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN (Intesa CSR 29/2014), rideterminato per effetto di quanto

disposto dalla L.147/2013 (legge di stabilità 2014), che ha previsto l'assegnazione delle quote premiali, tenendo conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;

- Il fondo indistinto 2014 è stato determinato considerando la sovrapposizione degli effetti del DL 98/11 (art.17, comma 1), della L 135/2012 (art. 15, comma 22) e L 228/2012 (art. 15, comma 22), e delle indicazioni riportate nel verbale del tavolo tecnico ministeriale del 30 luglio 2013 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale 187/2012 che dichiara incostituzionali le misure di compartecipazione introdotte dal DL 98/2011;
- Il fondo 2015 è stato posto pari a quello del 2014;
- nelle more della rideterminazione della popolazione ISTAT per l'anno 2013 prevista entro il 31.10.2014, per la stima del FSR 2014 e 2015 è stata considerata la popolazione residente al 01.01.2011 pari a 5.711.216, utilizzata nell'Intesa per il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2012.

Tabella 3 - Stima FSR – contributo indistinto

Dinamica del finanziamento (€/mIn)				
FSN		2012	2013	2014*
Finanziamento SSN (lordo penitenziaria)	A	110.512	112.393	116.236
Riduzione di cui al DL 78/2010 + DL 98/2011	B	(1.732)	(3.100)	(3.450)
Totale netto manovre	C=A+B	108.780	109.293	112.786
Risorse per Opg, regolarizzazione stranieri netto visite fiscali	D	81	115	115
Riduzione di cui al DL 95/2012	E	(900)	(1.800)	(2.000)
Totale netto manovre	F=C-D+E	107.961	107.608	110.901
Riduzione di cui al Ddl stabilità 2013	G	-	(600)	(1.000)
Totale FSN	H=F+G	107.961	107.008	109.901
Δ % anno t rispetto a t-1			-0,88%	2,70%
FSR Regione Lazio				
Quota di accesso al FSN	J	9,02%	8,89%	9,02%
Stima del Fondo indistinto	K=H*J	9.737	9.513	9.912
Riequilibrio risorse quote premiali anni 2012-2013 (*)	L		100	
Contributo di solidarietà Abruzzo (**)	M		(1)	
Fondo indistinto	M=K+L+M	9.737	9.611	9.912
Δ % anno t rispetto a t-1			-1,29%	3,13%

(*) Valori stimati sul FSR Regione Lazio a partire dai valori comunicati FSN 2014

La stima dei contributi **FSR vincolato** è stata quantificata, coerentemente alle disposizioni del D.Lgs 118/2011, pari alle assegnazioni disponibili per l'anno 2013 pari a 206,0 €/mIn.

Tabella 4 - Stima FSR – contributo vincolato

FSR vincolato		
Fondo	€/mln	Atto formale
Progetti di PSN (L. 662/96 e L. 133/08)	146.855	Intesa CSR n. 27 del 20/02/2014
Ulteriori risorse medicina penitenziaria (17.544	Intesa 38/CU del 13.03.2013 (FSR 2012)
Stranieri ai sensi art.5, comma 16, del C	16.930	Intesa CSR n. 131 del 26/09/2013
Aids (L. 135/90)	7.422	Delibera CIPE n. 51/2012 (FSR 2010)
OPG (L.23/2013)	4.887	INTESA CU del 7.02.2013
Borse studio MMG (L. 109/88)	4.267	Intesa CSR n. 115 del 24/07/2013 (FSR 2012)
Extracomunitari irregolari (L. 40/98)	3.841	Intesa CSR n. 135 del 26/09/2013 (FSR 2012)
Fondo esclusività (L. 488/99)	2.800	Intesa CSR n. 107 del 24/07/2013 (FSR 2012)
Medicina Penitenziaria (D.Lgs. 230/99)	782	Intesa CSR n. 181 del 19/12/2013
Fibrosi Cistica (L. 362/99)	496	Assistenza CIPE 21/12/12 + Ricerca CSR 25/10/12 (FSR 2011)
Hanseniani (L. 31/86)	95	Delibera CIPE n. 48 del 19/07/2013 (FSR 2011)
Veterinaria (L.218/88)	57	Nota DGSAF N.18539 del 27/09/2013
Totale - Contributi FSR vincolati	205.975	

Complessivamente, rispetto all'entità dei Contributi FSR indistinto e vincolato al IV trimestre 2013, si prevede un incremento della voce di 300,7 €/mln per il 2014 e per il 2015.

A.2 Saldo di Mobilità

Relativamente al “**Saldo di Mobilità**”, i valori tendenziali sono stati considerati costanti per gli anni 2014-2015 pari a **-210,0 €/mln**, pari al come definito nell'Intesa del 19.12.2013 sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN 2013 (Intesa CSR 29/2014).

Il valore del Saldo di mobilità risulta pressochè allineato al valore del IV trimestre 2013; la differenza (-0,125 €/mln) è dovuta alla rilevazione nell'anno 2013 di poste non in compensazione e quindi non presenti nella matrice di mobilità da riparto.

A.3 Entrate proprie

Il valore delle “**Entrate proprie**” è stato stimato per gli anni 2014-2015 pari rispettivamente a **451,5 €/mln e 451,7 €/mln**, determinato da:

- Ulteriori trasferimenti pubblici per **147,3 €/mln e 147,5 €/mln**;
- Ticket per **134,5 €/mln**, prudenzialmente posto pari al valore del IV trimestre 2013;
- Altre Entrate proprie per **169,7 €/mln** pari al valore registrato nel IV trimestre 2013 ad eccezione della voce payback, stimata cautelativamente al valore 2011(46,4 €/mln) per tenere conto del minor payback previsto rispetto al 2012 (L.135/2012, art 15, c.2).

Si specifica, inoltre, che gli importi stimati alla voce “Ulteriori trasferimenti pubblici” comprendono:

- 102,6 €/mln per il 2014 e 102,9 €/mln per il 2015, coerentemente con gli stanziamenti del Bilancio di previsione 2014, di cui:
 - **64 €/mln** relativi ai contributi regionali, assegnati alle Aziende Sanitarie per la sterilizzazione della quota di interessi impliciti, compresi nei canoni di locazione nell'ambito dell'operazione di “*sale and lease back*” regionale SANIM (ca. 61 €/mln), unitamente alla quota di contributi vincolati destinata all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata relativa al Calvary Hospital (ca 3 €/mln);
 - **20 €/mln** relativi al finanziamento dei trasporti non sanitari e soggiorni estivi;
 - **9,2 €/mln** relativi al finanziamento di interventi in materia di servizi sanitari (finanziamento della spesa relativa ai prodotti apteici per le persone affette da I.R.C., finanziamento di progetti in materia di prevenzione, ecc.);
 - **4 €/mln** relativi al finanziamento dei progetti e dei programmi di ricerca da ASP;
 - **3 €/mln** relativi al finanziamento per ricerca (valore IV trimestre 2013);

- **2 €/mln** relativi ad altri finanziamenti da bilancio regionale allineati agli stanziamenti del Bilancio di previsione 2014;
- 32,3 €/mln di trasferimenti da altri soggetti pubblici, di cui 20,0 €/mln per L.210/92 stanziati nel Bilancio di Previsione 2014 e 12,3 €/mln stimati pari al IV trimestre 2013;
- 12,4 €/mln di trasferimenti da Ministero della Salute per ricerca, stimati pari al IV trimestre 2013.

Complessivamente, rispetto all'entità delle Entrate proprie al IV trimestre 2013, si prevede una riduzione di 1,2 €/mln per il 2014 e di 0,9 €/mln per il 2015.

A.4 Saldo intramoenia

Il valore del “**Saldo intramoenia**” è stato stimato costante per gli anni 2014-2015 pari a **25,0 €/mln**, corrispondente al valore registrato a IV trimestre 2013.

A.5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Il valore è stato stimato pari a -73,7 €/mln per il 2014 e -97,7 €/mln per il 2015, ipotizzando che le Aziende effettuino investimenti con FSR corrente per importo pari 60 €/mln per ciascun anno.

La voce è stata determinata in coerenza con quanto disposto dalla circolare del 28/01/2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze prevede, in applicazione di quanto disposto dalla L.228/2012, art. 1 comma 36.

Si riporta di seguito il piano degli ammortamenti utilizzando le aliquote come rettifiche dall' art.1 c.36 - L.228/2012 e dalla Circolare del 28.01.2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che ha chiarito le modalità di trattamento contabile degli ammortamenti dei cespiti acquistati con contributi in conto esercizio precedentemente disciplinati dall'art.29 c.1 D.Lgs 118/11.

Tabella 5 – Piano di ammortamento 2013-2015

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti (€/mln)				
		2013	2014	2015
Piano di ammortamento 2013-2015	B	-37,7	-73,7	-97,7
Rettifica contributi al 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2012 (valore totale ca 69 €/mln) *	b1	-13,7	-13,7	-13,7
Rettifica contributi al 40% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2013 (valore totale ca 60 €/mln) *	b2	-24,0	-24,0	-12,0
Rettifica contributi al 60% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2014 (valore totale ca 60 €/mln) *	b3		-36,0	-24,0
Rettifica contributi a 80% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2015 (valore totale ca 60 €/mln) *	b4			-48,0

* La Regione ha effettuato una ricognizione degli investimenti 2012 finanziati dalle Aziende del SSR con risorse correnti quantificandoli in ca. 68 €/mln (Nota prot. n. 71329 del 18.04.2013). Sulla base delle informazioni disponibili è stato ipotizzato per gli anni 2013-2015, in assenza di ulteriori contributi regionali in c/capitale, un incremento annuo di cespiti finanziati con risorse correnti di 60 €/mln.

Complessivamente, rispetto al IV trimestre 2013, si prevede una variazione del saldo pari a -46,0 €/mln per il 2014 e -70,0 €/mln per il 2015.

A.6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Il valore del “**Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati**” è stato stimato costante per gli anni 2014-2015 pari a **0 €/mln**, nell'ipotesi che dal 2013 i contributi non utilizzati in corso d'anno dalle Aziende del SSR siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti (a partire dal valore IV trimestre 2013).

Si specifica, inoltre, che l'ulteriore assunto del tendenziale è l'assegnazione integrale del FSR vincolato alle Aziende del SSR negli esercizi 2014-2015.

Complessivamente, rispetto al IV trimestre, si prevede una variazione del saldo pari a +29,3 €/mln per gli anni 2014-2015.

Costi Interni

B.1 Personale

Relativamente al costo per il **“Personale”**, per gli anni 2014-2015 il valore è stato stimato costante e pari al valore IV trimestre 2013 (**2.870,0 €/mln**), che include l'indennità di vacanza contrattuale (IVC = 0,75%) presupponendo l'applicazione del blocco del turnover al 100%.

B.2 Prodotti farmaceutici

Relativamente alla voce **“Prodotti farmaceutici”** l'andamento tendenziale della voce di costo è stato stimato in incremento a partire dal valore del IV trimestre 2013 per complessivi **838,4 €/Mln** nel 2014 e **862,3 €/Mln** nel 2015, applicando i seguenti tassi di crescita per tipologia di farmaco:

- File F 4%;
- Distribuzione per conto 1,5%;
- Farmaci ospedalieri 1,5%, al netto della scorte registrate al IV trimestre per 5,0 €/mln.

Complessivamente, rispetto al IV trimestre 2013, si prevede un aumento dei costi per 23,1 €/mln per il 2014 e per 47,0 €/mln per il 2015.

B.3 Altri Beni e Servizi

La voce **“Altri Beni e Servizi”**, pari 1.986,5 €/mln per il 2014 e 2.024,3 €/mln per il 2015, è stata stimata in incremento, applicando i seguenti incrementi percentuali al valore registrato al IV trimestre 2013:

- **Tasso di inflazione programmata 1,5%**
- **Ulteriori rischi 0,3%.**

Sulla base della riduzione del 10% fissata dalla L.228/2012 per i contratti di acquisto per beni e servizi (al netto dei dispositivi medici), sulla base della spesa per il macroaggregato **“Altri beni e Servizi”** registrata al Consuntivo 2011 (2.089,5 €/mln) e rettificata delle voci di spesa non oggetto di rinegoziazione e/o oggetto di adempimenti normativi ad hoc, viene stimata una riduzione annua alla dinamica di crescita tendenziale considerando il tasso di inflazione programmata e gli ulteriori rischi pari a 114,9 €/mln.

Si specifica, inoltre, che sono stati rettificati gli effetti di alcune riclassifiche intervenute sul 2013 rispetto al valore 2011. A titolo di esempio, è da evidenziare la riclassifica di conto operata dal 2013 sul contratto di multiservizio tecnologico in applicazione alle indicazioni ministeriali di rilevazione della spesa per tipologia di servizio acquistato, ovvero dal conto dei servizi non sanitari ai conti di CE inerenti alle utenze, alle manutenzioni, al riscaldamento.

Dal combinato disposto delle due manovre, rispetto al Consuntivo 2012 si prevede una riduzione di di 77,7 €/mln per il 2014 e di 39,9 €/mln per il 2015.

B.4 Ammortamenti e costi capitalizzati

Il valore della voce **“Ammortamenti e costi capitalizzati”** è stato stimato costante per gli anni 2014-2015 pari a **63,0 €/mln**, tenendo in considerazione le stime a finire formulate dalle aziende nel corso degli incontri tecnici sui dati di CE al III Trim 2013.

A tal proposito, a garanzia dell'equilibrio del bilancio sanitario, si ritiene opportuno evidenziare che, coerentemente a quanto disposto sia dal DLGS 118/2011 in materia di modalità di copertura finanziaria degli investimenti operati dalle Aziende del SSR e sia dalla sezione **“Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti”**, è ragionevole ipotizzare nel biennio 2014-2105 un incremento della posta contabile in oggetto rispetto alle stime del 2013.

B.5 Accantonamenti

La voce “**Accantonamenti**” è stata stimata sulla base dei seguenti razionali:

- Accantonamento rischi per **215,8 €/mln** per il 2014 e **183,3 €/mln** per il 2015 così determinato:
 - “Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali” e “Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato”: si è stimato un valore pari alla media tra il valore registrato a Consuntivo 2012 e quello a IV trimestre 2013 per 151,1 €/mln per ciascun anno;
 - “Altri accantonamenti per rischi”: 44,2 €/mln nel 2014 (di cui 32,5 €/mln per rischio di non completo raggiungimento delle manovre programmate in attuazione della Spending Review) e 11,7 €/mln nel 2015, considerando il pieno conseguimento della Spending Review;
 - “Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)” : 17,5 €/mln pari al valore del Consuntivo 2012;
 - “Accantonamenti per contenzioso personale dipendente” : 3,1 €/mln;
- Altri Accantonamenti: 11,4 €/ml per ciascun anno;
- Accantonamenti per rinnovi contrattuali: è stata applicata la percentuale di accantonamento pari allo 0,75% del costo rilevato nel 2012 per complessivi 5,5 €/mln;
- Accantonamenti SUMAI: sono stati stimati complessivi 5,6 €/mln.

Complessivamente, rispetto al IV trimestre 2013, si osserva un incremento della voce “Accantonamenti” per 46,5 €/mln per il 2014 e 14,0 €/mln per il 2015.

B.6 Variazione rimanenze

La “**Variazione rimanenze**” è stata stimata costante per gli anni 2014-2015 e pari a zero, ipotizzando che il valore dei magazzini resti costante al valore registrato al IV trimestre 2013.

Per gli anni 2014-15, rispetto al IV trimestre 2013, si osserva un decremento della voce per 5,6 €/mln.

Costi Esterni

C.1 Medicina di base e C.3.2b Prestazioni ambulatoriali da Personale Sumaista

Relativamente alla stima relativa al personale convenzionato con il SSR (“**Medicina di base**” e “**Personale Sumaista**”), l'andamento tendenziale è stato stimato costante per gli anni 2014-15 pari al valore del IV trimestre 2013. Nella valorizzazione si è tenuto conto dell'effetto derivante dall'applicazione della disposizione di limitazione della crescita dei trattamenti economici, anche accessori, anche al personale convenzionato con il SSN (L.135/12, art.15, comma 25). Le stime:

- **Medicina di base: 603,0 €/mln,**
- **Personale SUMAI: 123,2 €/mln.**

C.2 Farmaceutica convenzionata

La voce “**Farmaceutica convenzionata**” per gli anni 2014-15 è stata stimata pari a **964,4 €/mln** pari al valore del IV trimestre 2013.

C.3 Prestazioni da Privato

C.3.1 Ospedaliera

La voce “**Prestazioni da Privato – Ospedaliera**” è stata stimata pari a **1.248,2 €/mln** per gli anni 2014-2015.

Tali valori sono stati determinati in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 2% per l'anno 2014, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012. Non essendo stata specificata alcuna percentuale di riduzione per l'anno 2015, la riduzione è stata posta costante rispetto all'anno 2014.

Complessivamente, rispetto IV trimestre 2013, si prevede una riduzione della spesa per 10,4 €/mln per gli anni 2014 e 2015.

C.3.2a Ambulatoriale

La voce “**Prestazioni da Privato – Ambulatoriale**” è stata stimata pari a **389,4 €/mln** gli anni 2014-2015.

Tali valori sono stati determinati in riduzione rispetto al dato Consuntivo 2011 del 2% per l'anno 2014, in applicazione dell'art 15, comma 14 della L 135/2012. Non essendo stata specificata dalla normativa nazionale alcuna percentuale di riduzione per l'anno 2015, la riduzione è stata posta costante rispetto all'anno 2014.

Complessivamente, rispetto IV trimestre 2013, si prevede un incremento della spesa per 6,6 €/mln per gli anni 2014 e 2015.

C.3.3 Riabilitazione extra ospedaliera

La voce “Prestazioni da Privato – Riabilitazione extraospedaliera” è stata stimata pari a **210,6 €/mln** costante per gli anni 2014-2015 pari al valore del IV trimestre 2013.

C.3.4 Altre Prestazioni da Privato

La voce “Altre Prestazioni da Privato” è stata stimata in incremento per gli anni 2014-2015 pari rispettivamente a 887,4 €/mln e 903,1 €/mln, sulla base delle seguenti ipotesi rispetto al IV trimestre 2013:

- File F da privato +4%;
- Trasporti da privato, Assistenza integrativa e protesica da privato e altre prestazioni territoriali non soggette a tetto (Termale, Psicoriabilitative, RSA,...); +3%;
- Prestazioni territoriali soggette a tetto costante, stante la previsione di invarianza della remunerazione per tali prestazioni rispetto al 2013.

Complessivamente, rispetto IV trimestre 2013, si osserva un incremento pari a 15,0 €/mln per il 2014, e 30,4 €/mln per il 2015.

Componenti finanziarie e straordinarie

F.1 Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie

La voce è stata stimata costante per gli anni 2014-2015 pari a zero.

F.2 Saldo Gestione Finanziaria

La voce è stata stimata costante per gli anni 2014-2015 pari al Consuntivo 2012 pari a **110,4 €/mln**.

F.3 Oneri Fiscali

La voce è stata stimata costante per gli anni 2014-2015 pari al IV trimestre 2013 pari a **221,2 €/mln**.

F.4 Saldo Gestione Straordinaria

La voce è stata stimata costante pari a zero per gli anni 2014-2015, ad eccezione dell'importo relativo a 9,9 €/mln tra le Componenti Straordinarie Attive relativo a EA0250 - Altri proventi straordinari” coerentemente al trend osservato negli ultimi anni l'importo, prevalentemente, è da imputarsi alle richieste di rimborso delle utenze verso l'università da parte del Policlinico Umberto I.

Complessivamente, rispetto al IV trimestre 2013, si osserva un incremento dei costi di natura straordinaria per 94,2 €/mln per gli anni 2014-2015.

Considerando tutti gli effetti tendenziali e l'applicazione di quanto disposto dalla normativa nazionale e/o regionale, al netto delle risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA, si stima un risultato di chiusura pari a -433,7 €/ml per il 2014 e -502,1 €/mln per il 2015.

3 Il Programma Operativo

3.1 INTERVENTO 1: Cure primarie e Rete Territoriale

3.1.1 AZIONE 1: Potenziamento delle Cure primarie

3.1.1.1 Regolazione delle forme di medicina associativa (UCCP)

Contesto di riferimento

La Regione, recependo le indicazioni dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 e s.m.i, ha valorizzato le forme associative di cui all'art. 54 dell'ACN e nello stesso tempo, al fine di migliorare l'accesso dei cittadini agli studi medici di assistenza primaria, ha regolamentato con due atti successivi l'organizzazione di Unità di Cure Primarie (UCP), già avviate in via sperimentale con DGR n. 693 del 30 luglio 2004.

Inoltre sono state previste, con il DCA 80/2010 - "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale", nell'ambito dell'Ospedale distrettuale, forme di integrazione professionale dei MMG e PLS, disciplinate agli art. 26, 26 bis e 26 ter dell'ACN 2009, quali le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), le équipes territoriali, le unità complesse di cure primarie (UCCP), rimandandone l'attuazione a specifici accordi regionali e locali.

Con la L.189/2012 è stata prevista la riorganizzazione delle cure primarie attraverso le forme delle Associazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali unità organizzative di coordinamento dell'attività di MMG e PLS e delle Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP), così come riportato anche nel recente atto di indirizzo per il contratto nazionale della medicina convenzionata.

Le recenti linee guida regionali di cui al DCA 428/2013, nonché il DCA 40/2014, relativi all'organizzazione della Casa della Salute, identificano l'area dell'assistenza primaria, quale area funzionale caratterizzante il modello organizzativo.

Obiettivi Programmati

La Regione provvederà a potenziare il ruolo delle cure primarie favorendo lo sviluppo delle forme di medicina associativa (con l'obiettivo dell'apertura H12 degli studi di MMG), l'integrazione dei MMG con specialisti ambulatoriali (del territorio e dell'ospedale) ed il personale del distretto per la presa in carico del paziente (in particolare "cronico") lungo tutto il continuum assistenziale.

Parallelamente, sarà necessario potenziare i sistemi informativi per il monitoraggio dei percorsi longitudinali del paziente, anche a supporto della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

La Regione provvederà quindi a:

- Effettuare la ricognizione delle forme di medicina associativa nelle ASL (bacini di utenza, modelli adottati, sistemi di remunerazione), al fine di valutare i modelli organizzativi adottati per garantire l'uniformità delle buone pratiche cliniche (tra gli obiettivi delle AFT) e per garantire la continuità dell'assistenza primaria H12 (H24 in collaborazione con i Medici della Continuità Assistenziale, normalmente presso le UCCP);
- Avviare un tavolo di negoziazione con le organizzazioni sindacali al fine di implementare le AFT e le UCCP in coerenza con gli sviluppi normativi, i vincoli economici-finanziari regionali, le caratteristiche demografiche e del territorio e la presenza di Case della Salute e contemporanea disattivazione delle forme associative non coerenti con i nuovi modelli previsti dalla normativa nazionale e rivalutazione della corresponsione delle relative indennità;
- Fornire indicazioni alle ASL, in base alla precedente ricognizione, per l'implementazione delle AFT e delle UCCP in coerenza con gli sviluppi normativi, i vincoli economici-finanziari regionali, le caratteristiche demografiche e del territorio e la presenza di Case della Salute ad integrazione dei modelli "tradizionali" di medicina generale. In particolare, dovranno essere date indicazioni per identificare prioritariamente le sedi di UCCP presso spazi aziendali e le Case della Salute e la

disattivazione delle forme associative non coerenti con i nuovi modelli previsti dalla normativa nazionale e rivalutazione della corresponsione delle relative indennità;

- Attivare, nell'ambito delle UCCP, ambulatori di patologia dedicati ai PDTA dell'area oncologica, cardiovascolare e presa in carico delle cronicità (Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco, TAO), in coordinamento con i medici specialisti e sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché, relativamente alla Pediatria di libera scelta (UCPP), la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
- Contribuire nell'ambito delle UCCP e le Case della Salute all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- Integrare l'AIR regionale per l'adozione delle forme associative previste da normativa e rimodulare le relative indennità e attivare un sistema di monitoraggio degli obblighi convenzionali e delle modalità di gestione dei fondi nel rispetto del vincolo di bilancio regionale e del limite di spesa previsto a livello regionale per la medicina di base.

Risultati e Cronoprogramma

- Ricognizione dei modelli della medicina associativa attuati dalle Aziende entro il 30.04.2014;
- Adeguamento dell'AIR alle forme associative previste dalla normativa vigente anche con la previsione dei programmi per la cronicità entro il 31.12.2014;
- Elaborazione di linee guida regionali per l'implementazione di AFT e UCCP entro il 31.12.2014;
- Avvio delle trattative per l'AIR entro 60gg dall'approvazione dell'ACN (eventuale);
- Implementazione sistema di monitoraggio del rispetto degli obblighi convenzionali da parte dei MMG e delle modalità di gestione dei fondi previsti dal ACN;
- Rivisitazione delle modalità di gestione della formazione ai MMG alla luce dei nuovi modelli organizzativi regionali.

3.1.1.2 Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e monitoraggio appropriatezza prescrittiva

Contesto di riferimento

La complessità e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa).

A tal fine sono definiti specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale quali, ad esempio: BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete. Nell'ambito di tali percorsi vengono definiti i contributi dei diversi professionisti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere) per i diversi livelli di gravità e intensità assistenziale dei pazienti presi in carico. Vengono inoltre individuati gli interventi diagnostici, terapeutici, di prevenzione secondaria e la relativa tempistica di esecuzione delle attività, anche ai fini di una gestione integrata del caso.

Risultati e Cronoprogramma

Il modello integrato di presa in carico del paziente cronico prevede la condivisione del percorso tra professionisti ed operatori sanitari sulla base delle prove scientifiche di efficacia, la sperimentazione dell'utilizzo di nuovi strumenti e tecnologie (es: telemedicina e telemonitoraggio domiciliare) e l'identificazione di indicatori per la valutazione basati sui dati dei SIS. L'impatto in termini di efficacia e di costo-efficacia sarà valutato attraverso appropriato disegno epidemiologico (es: studio di tipo "controllato prima-dopo"). Verranno inoltre proposti sistemi di remunerazione basati sulla valorizzazione di "prestazioni" omnicomprensive costituite da cicli di cura, continuità assistenziale, presa in carico. La valorizzazione di tali prestazioni sanitarie terrà conto non solo dei costi ma anche dell'impatto delle attività in termini di salute.

La valutazione dell'efficacia dei PDTA per le patologie croniche con i dati dei SIS prevede:

- identificazione della popolazione anziana con specifica patologia cronica oppure con pluri-patologie croniche attraverso algoritmi basati sui dati dei sistemi informativi sanitari (ricoveri ospedalieri, prestazioni, consumo di farmaci, mortalità);
- stratificazione della popolazione sulla base del rischio clinico e del bisogno assistenziale;
- definizione e la condivisione delle caratteristiche del percorso di gestione integrata del paziente complesso (specifica patologia cronica oppure multicronicità) sulla base delle evidenze scientifiche di efficacia;
- identificazione di un set di indicatori idonei a valutare l'efficacia del PDTA nelle diverse fasi;
- valutazione dell'efficacia e del rapporto costo/efficacia del PDTA.

Tabella 6 – Indicatori di esito delle diverse fasi del percorso per i pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva che sono oggetto del Programma regionale di valutazione di esito (PREValE)

Fase	Tipo gestione	Indicatore
Territoriale	Gestione paziente cronico e prevenzione delle complicanze	- Ospedalizzazione per BPCO riacutizzata in pazienti con BPCO; - Accessi in PS per BPCO riacutizzata non seguiti da ricovero
Ospedaliera	Gestione paziente con riacutizzazione BPCO	- Mortalità a 30 giorni dopo ricovero ospedaliero per BPCO
Continuità ospedale – territorio	Post-dimissione	- Ospedalizzazioni successive per BPCO riacutizzata entro 90 giorni dalla dimissione per BPCO riacutizzata - Proporzioni di pazienti dimessi dopo BPCO riacutizzata in trattamento con farmaci evidence-based (broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione) nell'anno successivo alla dimissione - Proporzioni di pazienti dimessi dopo BPCO riacutizzata in trattamento con farmaci a rischio di inappropriata (corticosteroidi inalatori in assenza di broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione) nell'anno successivo alla dimissione.

Per quanto riguarda l'adeguata gestione dei percorsi diagnostico–terapeutico–assistenziali si ritiene necessario sviluppare strumenti in grado di superare la logica della misura di valori medi di popolazioni altamente eterogenee, ad esempio “numero di prestazioni per 1.000 abitanti”, mirando a segmentare la popolazione in sottoinsiemi il più possibile omogenei (BTCO, Diabete, Scompenso cardiaco..), al fine di descrivere i consumi per cluster omogenei di popolazione. A tal fine si propone:

- Potenziamento dei sistemi informativi esistenti basati sull'integrazione delle informazioni individuali del cittadino per la definizione delle coorti di pazienti da inserire nei percorsi e per la loro ricerca attiva secondo le modalità della medicina di iniziativa, e per il monitoraggio dei consumi di classi omogenee di pazienti lungo tutto il continuum assistenziale;
- Elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici sulla base del profilo dei consumi “medi” di cluster omogenei di pazienti per tipologia di prestazione, a partire dall'analisi di variabilità dei trattamenti prevedendo una tariffa di remunerazione “per pacchetti”;
- Sviluppo di sistemi di *empowerment* del paziente, mediante la promozione dell'educazione sanitaria e dell'autocura nell'ambito dei PDTA, eventualmente promuovendo sistemi di tele monitoraggio dei pazienti;
- Definizione di un sistema di monitoraggio dei MMG iperprescrittori che non tenga conto unicamente del consumo degli assistiti per farmaceutica convenzionata, ma anche del ricorso a specialistica ambulatoriale e ospedaliera per valutare eventuali effetti di compensazione (maggiori prescrizioni farmaceutiche a favore della riduzione dell'ospedalizzazione) nonché consumo di altri beni sanitari, in particolare dispositivi medici;
- Progettazione di un sistema di budget per la gestione del paziente cronico, ottenuto stimando a partire dal profilo dei consumi medi per tipologia di paziente una tariffa omnicomprensiva a copertura dell'assistenza facendo riferimento in modo diretto ai reali costi sostenuti (es: farmaceutica, file F, ambulatoriale e protesica minore). La modalità di definizione delle tariffe a partire dai valori di consumo risulta metodologicamente delicata in quanto è necessario tenere sotto controllo due possibili distorsioni:
 - In fase di definizione delle tariffe: il fare dipendere la stima delle tariffe dai consumi registrati rischia di istituire un circolo vizioso di spinta all'incremento dell'inappropriatezza;

- In fase di remunerazione dell’assistenza ai pazienti in quanto è necessario monitorare e disincentivare, attraverso opportuni sistemi di governance, l’eventuale fenomeno della selezione dei pazienti.

A tal fine dovranno essere sviluppati dei sistemi di monitoraggio della congruenza tra i Piani di Prestazioni ipotizzati ed i consumi “medi” ipotizzati per una data classe di paziente ad inizio presa in carico e della coerenza degli stessi con i costi sostenuti a consuntivo.

- Integrazione all’AIR regionale degli obiettivi connessi all’implementazione dei PDTA e al sistema di monitoraggio degli iperprescrittori nel sistema di incentivazione dei MMG per la distribuzione del fondo di governo clinico (art. 59 lett. b) comma 15, ACN 23.03.2009).

Risultati e Cronoprogramma

- Individuazione dei percorsi per la cronicità entro il 30.09.2014;
- Implementazione di PDTA sperimentali per BPCO, diabete, scompenso cardiaco e gestione del paziente in trattamento con anticoagulanti orali entro il 31.12.2014;
- Definizione del sistema di monitoraggio degli iperscrittori e del suo collegamento con il sistema di incentivazione dei MMG per la distribuzione del fondo di governo clinico (art. 59 lett. b) comma 15, ACN 23.03.2009), grazie anche ai Protocolli di intesa in corso di sottoscrizione con la Regione Emilia Romagna, entro il 31.12.2014;
- Recepimento degli obiettivi dei PDTA nel sistema di incentivazione per la distribuzione del fondo di governo clinico entro il 31.12.2014;
- Progettazione del sistema di “budget” del paziente cronico entro il 31.12.2015.

3.1.2 AZIONE 2: Attivazione delle Case della Salute

Contesto di riferimento

La Regione, con il DCA 80/2010 - “Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale” - Allegato A, ha disegnato le caratteristiche dell’Ospedale distrettuale, prevedendone diverse articolazioni a complessità crescenti.

Al fine di aggiornare e contestualizzare il modello Casa della Salute nella realtà del territorio laziale, è stato istituito con determinazione regionale B02406 del 13.06.2013 uno specifico Gruppo di Lavoro che ha elaborato il documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al DCA n.206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute”. Tale documento è stato formalmente adottato con DCA 428/2013.

La Casa della Salute supera i modelli utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali). Il modello rivisto dalle recenti linee guida regionali di cui al DCA 428/2013 e al DCA 40/2014, definisce i moduli di base (assistenza primaria e area pubblica – CUP, PPI, PUA, ambulatorio osservazione) e i moduli funzionali aggiuntivi.

Nel mese di febbraio 2014 è stata attivata la prima Casa della Salute presso l’ospedale riconvertito di Sezze.

Obiettivi Programmati

Nell’ottica di sviluppare il modello organizzativo della Casa della Salute quale raccordo tra l’assistenza primaria e l’attività distrettuali e di prevenzione, per garantire la continuità dell’assistenza e l’integrazione dei percorsi di cura dei pazienti cronici, la Regione provvederà a:

- completare la ricognizione delle attività territoriali presenti presso gli ospedali riconvertiti a supporto della definizione delle intese con le ASL sulla destinazione degli edifici;
- attivare le Case della Salute nei comuni in cui si è già proceduto alla dismissione delle funzioni ospedaliere (prioritariamente quelle per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso) o in cui si intende avviare il potenziamento delle attività territoriali a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera. A tal fine, la Regione provvederà a stipulare specifiche intese con le ASL di

competenza con il supporto dei Comuni e/o Enti locali di competenza territoriale di cui al DCA 40/2014;

Tabella 7 – Ex presidi ospedalieri già individuati per l’attivazione delle Case della Salute

Case della Salute	
Asl	Presidio
RMA	Nuovo Regina Margherita
RMG	"SS. Salvatore" di Palombara Sabina
	"S. Giovanni Battista" di Zagarolo
RMH	"A.C. Carboni" di Rocca Priora
	"Spolverini" di Ariccia "Villa Albani" di Anzio
VT	Presidio di Acquapendente
	Presidio di Montefiascone
	Presidio di Ronciglione
LT	"San Carlo" di Sezze
	"Luigi di Liegro" di Gaeta ex Ospedale di Minturno
RI	"F. Grifoni" di Amatrice
FR	Presidio di Ceccano - Ceprano
	Presidio sanitario di Ferentino
	Presidio di Atina Presidio di Pontecorvo

La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente quelle strutture che hanno già avviato percorsi di trasformazione. Si tratta, in particolare, delle strutture per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso.

- definire il cronoprogramma delle attivazioni in base anche alle esigenze di ammodernamento strutturale, atteso che i fondi per gli investimenti potranno derivare dagli interventi sul patrimonio immobiliare o dalla vendita degli immobili dismessi (in tal caso, la Casa della Salute dovrà essere realizzata in nuove strutture e/o spazi aziendali);
- avviare il percorso formale per la stipula delle intese con le Aziende per gli obblighi informativi delle Aziende per il monitoraggio dell’attuazione delle misure previste (ricollocazione del personale, attivazione servizi,..) e il monitoraggio del funzionamento della Casa della Salute (volumi di prestazione, affluenza utenza,..);
- definire i protocolli per i rapporti tra Casa della Salute e Rete Emergenza, prevedendo anche l’utilizzo di sistemi di teleconsulto;
- definire i rapporti con la medicina convenzionata (MMG, MCA,..) per l’implementazione delle UCCP e dei PDTA nelle Case della Salute;
- effettuare la ricognizione degli spazi aziendali (in particolare, adibiti ad attività distrettuali) in ogni Azienda territoriale per individuare le possibili sedi di Case della Salute in cui andare a concentrare le attività del distretto, (specialistica, diagnostica di primo livello) e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali (residenzialità infermieristica, assistenza farmaceutica, punto di primo intervento, ecc.), integrandole con l’assistenza primaria. Ciò con l’obiettivo di attivare una Casa della Salute presso ciascun distretto;
- attivare le case della salute a Pontecovo (Asl Frosinone) entro il 31.03.2014 e a Rocca Priora (Asl Rm H) entro il 30.04.2014;
- attivare nell’area romana 5 case della salute entro il 31.12.2014.

Si sottolinea come nella fase di implementazione delle Case della Salute possa essere prevista una flessibilità dei modelli organizzativi al fine di meglio contestualizzare tale funzione nei singoli territori.

Risultati e Cronoprogramma

- Completamento della ricognizione delle attività e delle valutazioni sullo stato degli immobili presso i presidi ospedalieri in riconversione entro il 30.09.2014;

- Definizione dei rapporti con le Aziende Ospedaliere e/o i Presidi Ospedalieri del territorio per l'erogazione di attività specialistiche di secondo livello, anche attraverso l'implementazione di modelli di teleconsulto/telemedicina;
- Individuazione di indicatori per la valutazione delle attività assistenziali nelle prime Case della Salute attivate entro il 30.06.2014 al fine di poter identificare, anche attraverso analisi costi-benefici per la sostenibilità economica degli esiti salute, da un lato la valenza in termini di assistenza fornita alla popolazione locale e dall'altro modelli organizzativi – logistici – economico – layout da poter replicare nelle altre Case in corso di attivazione;
- Definizione di un cronoprogramma delle attivazioni delle Case della Salute presso i presidi dismessi in base anche alle attività di ricognizione entro il 31.12.2014;
- Individuazione di sistemi informativi e relativi debiti informativi per il monitoraggio delle attività assistenziali nelle Case della Salute entro il 30.06.2014;
- Monitoraggio semestrale dell'attuazione delle misure previste e del funzionamento della Casa della Salute;
- Ricognizione degli spazi aziendali disponibili per realizzare le ulteriori Case della Salute entro il 31.12.2014;
- Messa a punto dell'Accordo di Programma ex Art. 20 L.67/88 III Fase per la realizzazione del piano di sviluppo degli investimenti e del riequilibrio dell'offerta. L'accordo configura l'effettiva declinazione sul territorio del riordino delle reti e del riequilibrio Ospedale/Territorio.

3.1.3 AZIONE 3: Rete socio-sanitaria territoriale

Contesto di riferimento

La Regione Lazio ha già intrapreso un percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale, a supporto del processo di riequilibrio tra l'offerta ospedaliera e quella territoriale, anche tenendo conto dell'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico.

In particolare è stata riorganizzata l'assistenza alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. In tale ambito, con particolare riferimento all'assistenza residenziale per non autosufficienti, si sta osservando un fenomeno nuovo, in parte legato alle contingenze relative alla crisi economica, dovuto alle difficoltà di molte famiglie a sostenere i costi della compartecipazione alla retta. Le liste di attesa si sono di molto ridotte e alcune strutture non riescono ad occupare i posti disponibili.

Nel Paragrafo precedente sono state descritte le azioni per l'attivazione delle Case della Salute che, nella visione regionale, rappresentano un nodo della Rete sociosanitaria territoriale. Infatti, al fine di realizzare a livello territoriale un'efficace presa in carico delle persone affette da patologia cronica e organizzare una risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione, avendo come riferimento per gli interventi sanitari e sociosanitari il Chronic Care Model, la Regione Lazio intende sviluppare un sistema a rete, come di seguito delineato:

- Assistenza primaria e Case della Salute. La rete è composta dai seguenti nodi: Unità di cure primarie, Poliambulatori medici specialistici (orientati ai PDTA), Case della salute;
- Salute della donna, della coppia e del bambino. La rete è composta dai seguenti nodi: Consultori familiari, Dipartimento di prevenzione (attività di screening), Punti Nascita, UO Ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, MMG e PLS, TSMREE, Servizi Sociali Ente Locale, Forme associative del privato sociale, Istituzioni scolastiche, Autorità Giudiziaria;
- Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane. La rete è composta dai seguenti nodi: Centri di assistenza domiciliare distrettuali (CAD), Strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, Strutture semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, Strutture residenziali per persone con disturbi cognitivo comportamentali, Strutture semiresidenziali per persone con disturbi cognitivo comportamentali, Centri per le demenze;
- Servizi territoriali per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. La rete è composta dai seguenti nodi: strutture ambulatoriali, strutture diurne e strutture residenziali e semiresidenziali classificate come ex articolo 26, Legge 833/78;

- Cure palliative. La rete è composta da: Hospice residenziale, Unità di Cure Palliative domiciliari specialistiche, cure palliative pediatriche e terapia del dolore in età pediatrica, comprensive dell'Hospice pediatrica.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico, così come previsto dalla DGR 315 del 2011.

Le modalità per l'integrazione sociosanitaria, a livello delle singole reti, vengono definite nei Piani delle attività territoriali (PAT) e nei Piani di zona (PdZ), a livello distrettuale che daranno luogo ai Piani di zona – distretto.

Obiettivi programmati

La Regione intende:

- Ridefinire il fabbisogno tenendo conto delle disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito con Legge 135/2012 e delle osservazioni ministeriali espresse. Potranno essere previste delle aggregazioni territoriali che permettano di superare la frammentarietà delle ASL romane (Roma area metropolitana, Roma area provinciale, altre province);
- Formulare un piano regionale con il supporto delle Direzioni aziendali per l'attivazione dei posti residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza in caso di fabbisogno non soddisfatto, con indicatori di valutazione quali il numero di posti residenziali e semiresidenziali attivati sul numero di posti da fabbisogno stimato;
- Rimodulare i posti residenziali e semiresidenziali per l'area della disabilità anche verso setting assistenziali per i quali si rileva un difetto, con indicatori di valutazione quali il numero di posti residenziali e semiresidenziali rimodulati in rapporto al fabbisogno stimato;
- Riclassificare, con il supporto delle Direzioni aziendali, l'offerta non residenziale per persone disabili;
- Adozione dello strumento S.Va.M.Di quale strumento di valutazione multidimensionale per l'area della disabilità, con particolare riferimento all'assistenza residenziale;
- Completamento della costruzione della rete socioassistenziale territoriale anche attraverso lo sviluppo delle sue articolazioni relative all'Assistenza primaria e Case della Salute, alla Salute della donna, della coppia e del bambino (con particolare riferimento ai consultori familiari), ai Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane, ai Servizi territoriali per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, alle Cure palliative e al trattamento del dolore cronico non oncologico e alle Cure palliative e terapia del dolore pediatriche (Predisposizione di un atto formale di riconoscimento del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico ed istituzione della Rete);
- Aumento dell'offerta domiciliare e sua riqualificazione anche mediante la ridefinizione dei criteri di eleggibilità, la revisione di alcuni elementi delle DGR 325 e 326/2008 e la rivalutazione della stima di posti ADI di cui al DCA 429/2012;
- Adozione della Suite InterRai per l'ambito della non autosufficienza, con particolare riferimento ai seguenti strumenti di valutazione validati in lingua italiana: InterRai Long Term Care Facility (residenzialità e semiresidenzialità), InterRai Home Care (assistenza domiciliare), InterRai Contact Assessment, integrato per la componente sociale (PUA);
- Implementazione all'interno del SIAT del sistema informativo per l'area della disabilità.

Risultati e cronoprogramma

- Formulazione del Piano Regionale per l'attivazione dei posti residenziali e semiresidenziali in caso di fabbisogno non soddisfatto per la non autosufficienza entro il 31.12.2014;
- Rimodulazione dei posti residenziali e semiresidenziali per la disabilità anche verso setting assistenziali per i quali si rileva una entro il 31.12.2014;
- Implementazione della rete socioassistenziale territoriale a livello aziendale e distrettuale entro 31.12.2015;

- Adozione dello strumento di valutazione multidimensionale per la non autosufficienza (Suite InterRai) entro 30.09.2014;
- Adozione della SVaM.Di per la disabilità entro il 30.09.2014;
- Definizione di un set di indicatori per la valutazione di processo e di esito relativamente alla riorganizzazione della rete sociosanitaria territoriale entro 30.09.2014.

3.1.4 AZIONE 4: Altri interventi sulla Rete Territoriale

Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa

- Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) entro il 31.12.2013, con recepimento dell'elenco delle prestazioni sottoposte a monitoraggio, della classificazione per priorità e dei relativi tempi massimi di attesa indicati nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa (PNGLA);
- Allineamento delle informazioni riportate sulla ricetta a cura del medico prescrittore a quanto previsto dal PRGLA (tipologia di accesso, classe di priorità, quesito diagnostico) per le prestazioni oggetto di monitoraggio, entro il 31.12.2014;
- Messa a regime dei sistemi di monitoraggio previsti dal PRGLA entro il 31.12.2014;
- Riallineamento del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) ai contenuti dell'emanando "Nuovo Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa 2014-2016", la cui adozione è in corso di perfezionamento, entro il 31.12.2014;
- Avvio della prenotabilità sulle agende dei soggetti erogatori privati accreditati e classificati tramite il sistema di prenotazione unica regionale (ReCUP), entro il 30.06.2014;
- Ridefinizione e unificazione, da parte dei soggetti erogatori pubblici, del formato delle agende di prenotazione, entro il 30.09.2014;
- Definizione, anche mediante l'assegnazione di specifici obiettivi ai Direttori Generali, della quota di prestazioni rese prenotabili tramite il ReCUP, entro il 30.09.2014;
- Realizzazione e messa in produzione delle nuove modalità di funzionamento del sistema ReCUP, con unificazione del database e operabilità interaziendale via web, entro il 31.12.2014;
- Realizzazione della nuova piattaforma tecnologica del ReCUP, entro il 31.12.2015;
- Definizione e implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) nell'area cardiovascolare e oncologica entro il 31.12.2014;
- Realizzazione del piano di comunicazione rivolto a prescrittori, erogatori e cittadini entro il 31.12.2014, con la finalità di regolamentare l'attività libero-professionale intramuraria (entro il 31.12.2014) e di promuovere l'appropriatezza prescrittiva e organizzativa (entro il 30.06.2015).

Rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente adulto e pediatrico

- Emanazione di specifico atto normativo per il riconoscimento delle strutture della rete (Hub, Spoke, AFT) ai sensi del "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" del Ministero della Salute approvato con Intesa del 25.07.2012;
- Attuazione degli adempimenti relativi ai requisiti e all'organizzazione delle strutture e dei servizi compresi nella rete come previsto dal "Documento sui requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" del Ministero della Salute approvato con Intesa del 25.07.2012;
- Messa a punto del Sistema Informativo, con il supporto di LAiT, così come indicato dal Ministero della Salute con Decreto del 06.06.2012 recante "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice" in attuazione dell'art. 5 comma 1, e art 9 comma 1 della Legge 38/2010.

Riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche - Accredimento istituzionale definitivo delle Case di Cura neuropsichiatriche(CdCNP)

- Completamento azione di riconversione come individuato dal DCA 101/2010 in collaborazione con l'Area Accredimento entro il 30.10.2014;
- Uniformare gli standard organizzativi e gestionali delle strutture residenziali psichiatriche (Ex CdCNP ed ex Comunità Terapeutiche) entro il 30.06.2014;
- Regolamentazione delle quote di compartecipazione degli Enti Locali alla spesa dei trattamenti socio – riabilitativi – residenziali entro il 30.06.2014.

Ridefinizione del modello organizzativo del DSM

- Definire la rete di assistenza territoriale ed ospedaliera in ambito di salute mentale entro il 30.12.2014;
- Definire i modelli d'intervento per casistiche specifiche (urgenza; doppia diagnosi; giovani) entro il 30.06.2015;
- Ridefinire il fabbisogno di personale nei DSM entro il 30.06.2015;
- Migliorare ed uniformare i Protocolli diagnostico terapeutici entro il 30.06.2015.

Rete Territoriale – Minori

- Apertura Reparto di Emergenza Psichiatrica entro il 30.10.2014;
- Apertura di una Comunità terapeutica intensiva per Adolescenti entro il 31.12.2014;
- Apertura di una Comunità terapeutica estensiva per Adolescenti entro il 31.12.2014;
- Emanazione procedure di presa in carico di minori con disturbi psicopatologici nell'ambito del circuito penale entro il 30.12.2014;
- Predisposizione di protocolli di intesa tra servizi dedicati all'infanzia e all'adolescenza entro il 30.06.2015.

Riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale in riferimento all'area delle dipendenze

- Analisi del fabbisogno e accreditamento strutture previste dai LEA (riconversione progetti) attraverso l'emanazione di apposito Decreto Commissariale entro il 31.12.2014;
- Adeguamento delle rette regionali per i trattamenti residenziali/semiresidenziali entro il 30.06.2014;
- Gestione di minori con problematiche collegate all'uso di sostanze, (con o senza psicopatologia in atto) e sviluppo rete interservizi entro il 30.09.2014.

Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

- Sperimentazione di nuovi criteri di remunerazione focalizzati sulla valorizzazione dell'effettiva presa in carico dell'assistito nonché sui risultati raggiunti in termini di indicatori di salute dell'assistito.

3.2 INTERVENTO 2: Riorganizzazione dell'offerta assistenziale

3.2.1 AZIONE 1: Riorganizzazione della rete ospedaliera

Contesto di riferimento

La dotazione di posti letto pubblici, classificati e privati accreditati SSR (flusso NSIS 2013) è pari a 18.218 posti letto in acuzie e 3.938 posti letto in post acuzie. Volendo considerare la dotazione di posti letto per acuti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù utilizzati solo per l'assistenza dei residenti nel Lazio (455 su 791 PL per acuti complessivi e 24 su 35 per la post-acuzie, calcolati sulla base dell'attività di ricovero del 2012), la dotazione complessiva di riferimento è pari a 17.882 posti letto per acuti e 3.927 posti letto per post acuti.

In relazione ai dati sulla popolazione laziale nell'anno 2011 e pari a 5.711.216 abitanti (popolazione per riparto FSN anno 2012). il numero di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,8 di cui 3,1 posti letto per Acuti e 0,7 posti letto per Post acuti. Tale indicatore evidenzia un eccesso di posti letto per acuti rispetto allo standard di posti letto fissato dalla L.135/12 e pari a 3,0 posti letto per 1.000 abitanti.

E' necessario, pertanto, anche in considerazione delle richieste formulate dai Tavoli di monitoraggio e verifica del Piano di rientro, che la Regione provveda una revisione sistematica del documento di programmazione relativo alla rete ospedaliera – Decreto commissariale 80/2010 e ss.mm.ii.

Obiettivi Programmati

La Regione intende ridefinire la rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e post acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura al fine di consentire il raggiungimento dello standard fissato dalla L.135/2012. Per quanto concerne le unità operative semplici e complesse si rimanda a successivo atto il recepimento dell'emananda normativa nazionale (cd "Decreto Balduzzi") sugli standard di riferimento.

Come già richiamato nel paragrafo relativo al tendenziale, nelle more della rideterminazione della popolazione ISTAT per l'anno 2013 prevista entro il 31.10.2014, è stata considerata la popolazione residente al 01.01.2011 pari a 5.711.216, utilizzata nell'intesa per il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN per l'anno 2012.

All'esito di tutti gli interventi di seguito descritti, la rete ospedaliera risulterà in linea con la programmazione nazionale. La riduzione minima necessaria per rientrare nello standard di 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie) è pari 748 posti letto, di cui almeno il 50% riferito al comparto pubblico (l'intervento proposto ne prevede 394 nel pubblico, pari al 53%, e 354 nel privato, ivi compreso gli ospedali classificati, pari al 47%).

Figura 3 – Sintesi intervento per raggiungimento dello standard nazionale

Sintesi intervento per raggiungimento standard 3,7 posto letto per 1.000 abitanti - Regione Lazio					
Popolazione riparto - Riparto 2012					5.711.216
Tipologia	PL NSIS 2013 (A)	PL NSIS per 1.000 ab.	PL programmati (B)	PL programmati per 1.000 ab.	Δ PL (C = B-A)
Acuti	10.934	1,91	10.457	1,83	-477
Ria + Lungo	424	0,07	507	0,09	83
Totale Pubblico	11.358	1,99	10.964	1,92	-394
Acuti	6.493	1,14	6.202	1,09	-291
Ria + Lungo	3.479	0,61	3.416	0,60	-63
Totale Privato	9.972	1,75	9.618	1,68	-354
OPBG*	479	0,08	479	0,08	0
TOTALE	21.809	3,82	21.061	3,69	-748

* Posti letto utilizzati per popolazione residente

Da una analisi dell'effettivo utilizzo dei posti letto nel biennio 2012-2013, è possibile prevedere una ulteriore riduzione di circa 450 posti letto, prevalentemente nel privato accreditato dove si rileva il maggiore scostamento tra accreditati e utilizzati, in aggiunta ai 748, per un totale complessivo di circa 1.200, portando il rapporto pl/popolazione a circa 3,6 per 1.000.

I razionali seguiti per tale riorganizzazione sono i seguenti:

- Elaborazione della Rete dell'emergenza-urgenza (caposaldo dell'attività sanitaria): rideterminazione dell'offerta ospedaliera per acuti a partire dalla Rete dell'Emergenza ospedaliera articolata in Presidi sede di DEA di II livello, collegati funzionalmente con DEA di I livello e P.S.;

- Potenziamento delle specialità connesse, in via immediata e diretta, all'area critica (medicina d'urgenza/ breve osservazione, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, stroke-UTIC), con conseguente incremento di n. 153 posti letto;
- Valorizzazione e qualificazione delle reti di alta specialità tenendo conto sia della loro collocazione all'interno di presidi Hub nelle reti tempo-dipendenti (Ictus, Trauma grave, Cardiologica), sia di quanto previsto nella bozza Decreto- Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" relativamente alle specialità previste nei DEA di II livello;
- Riduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, principalmente, nell'area metropolitana di Roma dove il numero di PL per abitante è al di sopra dello standard di 3 per 1.000 (4,43), tenendo conto del tasso di occupazione e, quindi, del reale utilizzo dei posti letto nel biennio 2012-2013 ("PL equivalenti" calcolati utilizzando un indice di occupazione che per l'ordinario varia dal 75% al 90% a seconda della quota di ricoveri effettuati in urgenza, e per il DH è fissato al 90%);
- modifiche sulla rete ospedaliera condotte parallelamente e sinergicamente all'attivazione delle Case della Salute come meglio specificato nel paragrafo Attivazione delle Case della Salute;
- Rimodulazione dell'offerta di PL di quelle strutture che, nell'area metropolitana di Roma e nella Provincia di Roma, nell'anno 2012 non hanno documentato attività di ricovero;
- si prevede l'invarianza dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza che risultano in linea con lo standard nazionale della L.135/2012;
- i posti letto per acuti pubblici e privati potranno essere, nel corso del periodo di attuazione dei Programmi Operativi, oggetto di ulteriore rimodulazione alla luce di una valutazione di appropriatezza organizzativa di ricovero. Andranno, inoltre, successivamente valutate le ricadute dell'emanando "Patto per la Salute" sulla dimensione minima delle strutture di ricovero e cura;
- superamento delle UUOO di ricovero per specialità, mediante un'organizzazione non più articolata in base alla disciplina, ma per aree omogenee per livello di complessità assistenziale: Per quanto riguarda i ricoveri diurni vengono previste aree poli-specialistiche mediche e chirurgiche;
- Qualificazione dell'appropriatezza organizzativa e ottimizzazione del personale nei reparti di chirurgia, favorendo moduli funzionanti 5 giorni a settimana (week hospital) (DCA921/2006 "Approvazione linee guida preliminari per la introduzione dell'ospedale su cinque giorni nella rete di offerta ospedaliera del Lazio");
- integrazione funzionale tra i reparti di acuzie e quelli di post acuzie attraverso la ridefinizione dei criteri di accesso in post-acuzie medica e riabilitativa;
- i posti letto di Ostetricia e Ginecologia (codice disciplina 37) sono stati conteggiati separatamente per l'Ostetricia e la Ginecologia, riproporzionandoli in base alla percentuale di giornate prodotte rispettivamente per la MDC 14 ("Gravidanza, parto e puerperio") e la MDC 13 ("Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile");
- per i posti letto di psichiatria (codice 40) collocati in Servizi di Diagnosi e Cura (SDPC) sono previsti, di norma, moduli di 16 unità.

Principali operazioni sulla rete di offerta

Si riportano i principali interventi sulla rete, rimandando ad un documento specifico l'offerta di posti letto per singola struttura:

- cessazione dell'attività di ricovero dei presidi pubblici George Eastman e Nuovo Regina Margherita e loro riconversione;
- totale dismissione del Presidio ospedaliero Forlanini con trasferimento dell'attività sanitaria al Presidio ospedaliero San Camillo; sono in corso valutazioni per definire la nuova destinazione ad uso istituzionale dell'immobile;
- vendita dell'immobile del CTO con focalizzazione della mission assistenziale in sinergia all'Istituto assicurativo INAIL, come specificato nel successivo paragrafo;
- riconversione di alcune strutture (Bracciano, Monterotondo e Subiaco) e promozione dei servizi territoriali. In relazione alla necessità di mantenere comunque una risposta all'emergenza, viene configurata nei tre presidi una funzione di Pronto Soccorso con posti di OBI, gestita dai medici dei

rispettivi DEA di riferimento. Nella riconversione verrà valutata l'opportunità di inserire posti letto di *day-hospital* e *day-surgery*. Nei tre presidi viene garantita una elisuperficie ed auto medica h24;

- riconversione dell'Ospedale di Acquapendente (ASL VT) in Case della Salute con presenza di una elisuperficie, attualmente realizzata ma in attesa di certificazione ENAC, ed auto medica h24;
- trasformazione del San Filippo Neri da Azienda Ospedaliera a Presidio Ospedaliero a gestione diretta della ASL Roma E, mantenendo il ruolo di DEA di I livello. Tale intervento è motivato dalla perdita di alcuni requisiti che caratterizzano le Aziende Ospedaliere. La rimodulazione dei posti letto salvaguarda le specialità legate all'emergenza, l'area medica compresa l'oncologia, l'area materno-infantile e la riabilitazione. La trasformazione in presidio ospedaliero di ASL consente alla Roma E di rafforzare la vocazione dell'Ospedale S. Spirito come presidio di emergenza-urgenza, trasferendone parte dell'attività in elezione presso il San Filippo Neri con contestuale riduzione dei relativi PL del Santo Spirito. L'intervento dovrà prevedere, entro la fine del 2015, l'accorpamento delle unità ostetrico-neonatologiche delle due strutture ospedaliere;
- accorpamento fra I.R.C.C.S. "LAZZARO SPALLANZANI" e I.R.C.C.S. IRE-ISG. Per i due Istituti viene prevista un'unica Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa, mantenendo separate le Direzioni scientifiche ai fini del mantenimento della specificità degli stessi;
- realizzazione di un DEA di II livello nell'area sud della regione (ASL di Latina) e il potenziamento del DEA di I livello dell'Ospedale Belcolle di Viterbo con l'apertura dell'Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN), il potenziamento del blocco materno-infantile-pediatrico e dell'emodinamica con adeguamento in tutte le ambulanze ARES delle postazioni della provincia di Viterbo alla teletrasmissione del tracciato ECG. L'intervento su Viterbo ha lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza della popolazione residente nella provincia stessa, nonché di ridurre la mobilità sanitaria verso le limitrofe province di Siena e Terni che, nel 2012, ha significato 2.500 accessi in PS e 1.100 ricoveri di residenti viterbesi nella ASL di Siena e 5.000 accessi in PS e 4.900 ricoveri di residenti viterbesi nella ASL di Terni;
- intervento nell'area dei Castelli romani con l'apertura del nuovo Ospedale dei Castelli con circa 300 posti letto (di cui 20 in regime di solvenza) che andrà a sostituire due strutture ospedaliere: Ospedali Riuniti di Albano e Genzano e Ospedale Luigi Spolverini di Ariccia. La nuova struttura si configurerà con una Area medica con PL di Cardiologia, una Area Chirurgica, una Area materno-infantile-pediatrica, una Area critica con PL di Terapia Intensiva, Unità Coronarica, Medicina d'urgenza, un reparto di SPDC e di riabilitazione. I tempi di conclusione dei lavori di costruzione sono stimati in 24 mesi (marzo 2016) e quelli per garantirne l'apertura in ulteriori sei mesi. Nel corso del periodo di attuazione del Programma Operativo sarà effettuata una valutazione dell'intera offerta di ricovero per acuti dei quattro presidi collocati nell'area (Frascati, Albano-Genzano, Marino e Velletri). Contestualmente all'apertura dell'Ospedale dei Castelli, sarà valutato un ulteriore intervento di concentrazione dell'offerta nell'area, considerando anche le potenzialità del Policlinico di Tor Vergata. Si precisa che la Regione Lazio ha deliberato, con D.G.R. n. 1059 del 28 dicembre 2007, l'assegnazione di € 120.000.000 alla ASL Roma H per la realizzazione del Nuovo Ospedale dei Castelli, a valere sul capitolo H22103 del Bilancio di previsione della Regione Lazio anno 2008. Ad oggi, inoltre, la stessa sta valutando la possibilità di destinare ulteriori risorse alla pianificazione degli acquisti destinati al parco tecnologico.
- chiusura dell'Agenzia Regionale Trapianti con valorizzazione delle funzioni e attività del Centro Regionale Trapianti;
- definizione dell'assetto istituzionale del Policlinico di Tor vergata con superamento della sperimentazione gestionale e riconoscimento, di concerto con il Ministero della Salute e l'Università di Tor vergata, di Fondazione IRCCS di diritto pubblico ai sensi del D.Lgs 288/03. In tale processo dovranno essere attentamente valutati la nuova *governance* dell'istituto e la tematica di riconoscimento del carattere scientifico;
- la Regione si impegna ad approvare, previo interessamento della parte privata, un programma finalizzato alla definitiva riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate (ex Pii Istituti) nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992.

Ulteriori interventi

- Avviare la riconversione in presidi territoriali delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle

strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse – Casa della Salute;

- Riorganizzare la rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera prevedendo i seguenti interventi:
 - riduzione delle Centrali Operative dell'ARES 118 con l'accorpamento della CO di Roma capitale con quella di Roma Provincia, accorpamento delle CCOO di Rieti e Viterbo e disattivazione della CO regionale;
 - rimodulazione del numero dei mezzi di soccorso in 151 MSB, 5 MSA e 31 automediche (mezzi a gestione diretta ARES-118 e mezzi da appaltare con gara regionale) suddivisi per il territorio di ogni CO in base alla percorribilità viaria e densità della popolazione servita;
 - estensione h24 della base dell'elisoccorso di Latina in aggiunta a quella h24 di Roma ed h12 di Viterbo;
 - ridefinizione delle elisuperfici aggiungendo alle 26 già attive quelle di Amatrice (già realizzata e certificata), Acquapendente (già realizzata ed in attesa di certificazione), Ostia, Terracina e Subiaco;
 - affidamento all'ARES dei trasporti secondari nelle provincie di Roma, Latina e Frosinone (già operativo a Rieti e Viterbo) con centralizzazione del servizio e conseguente riduzione della spesa (costo standard regionale unico oggi parcellizzato in molteplici affidamenti, riduzione dei mezzi di soccorso con adeguamento all'effettivo fabbisogno e recupero di personale idoneo solo al servizio di trasporto);
 - rimodulazione dell'offerta delle strutture di pronto soccorso in base ai volumi di attività nel rispetto degli standard nazionali e contestuale attivazione di PPI;
 - realizzazione di percorsi clinico-organizzativi separati per intensità di cura nei PS, finalizzati a ridurre i tempi di permanenza e rendere più efficienti le attività e gli esiti;
 - completamento dell'attivazione di posti di OBI e realizzazione di percorsi di continuità assistenziale alla dimissione in PS, con conseguente riduzione dei ricoveri.
- Ridefinire il modello organizzativo delle reti tempo "dipendenti" e "materno-infantile" con particolare riferimento a:
 - la rete cardiologica che prevede tre tipologie di punti di offerta con relativi bacini di afferenza: centro con emodinamica, posti letto di cardiologia ed UTIC (tipo E), centro di tipo E con in più posti letto di Cardiocirurgia e di Chirurgia Vascolare (tipo E+); centro con posti letto di cardiologia ed UTIC (tipo C);
 - la rete trauma grave e neurotrauma che mantiene le tre tipologie previste dal Decreto n. 76/2010: Centro Trauma Specialistico (CTS), Centro Trauma di Zona (CTZ) e Pronto Soccorso Traumatologico (PST);
 - la rete ictus che mantiene le tre tipologie di punti di offerta previste dal Decreto n. 75/2010: Unità di Trattamento Neurovascolare di secondo livello (UTN II); Unità di Trattamento Neurovascolare di primo livello (UTN I); Team NeuroVascolare/Pronto soccorso esperto (TNV/Pse);
 - la rete perinatale che riconduce a due livelli (I e II) i precedenti tre livelli assistenziali previsti dal DCA 56/2010 con la contestuale riduzione del numero di punti nascita con un numero di parti inferiore a 1000/anno.
- Completare la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici, coerentemente con la riorganizzazione della rete ospedaliera, sulla base di un modello Hub & Spoke, che preveda la presenza di 8 laboratori Hub su un totale di 39 e la disattivazione di 34 laboratori (16 collocati all'interno di Asl e 18 all'interno di Ao/Aou), con diverse tipologie di offerta distinte per volume prestazioni e repertorio analitico:
 - Laboratorio di urgenza (200.000-1.000.000 esami/anno);
 - Laboratorio di base (500.000-1.500.000 esami/anno);
 - Laboratorio core (>2.500.000 esami/anno);
 - Laboratorio core con settori specialistici (>3.000.000 esami/anno);
 - Laboratorio specialistico;
 - Laboratorio di riferimento regionale;
- Realizzare la rete informatica per l'attuazione del Laboratorio Logico unico;
- Completare la riorganizzazione delle reti specialistiche disciplinari (microbiologia e virologia, anatomia patologica e laboratori di genetica) e dei laboratori di riferimento regionale;

- Procedere, previo coinvolgimento della parte privata, in materia di riordino della rete laboratoristica pubblica e privata, conformemente alle disposizioni cui alla DGR 1040/2007 ed al successivo Decreto 54/2010 e tenendo conto anche delle direttive impartite con le Linee Guida Ministeriali dell'anno 2011, verso l'attuazione di quanto normato ovvero di applicare a regime, quale soglia minima per la contrattualizzazione, 200.000 prestazioni/anno dall' 01.01.2016;
- Relativamente alla Medicina trasfusionale:
 - Recepimento dell'Accordo Stato/Regioni n. 149 del 25/07/2012 “ Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti”;
 - Definizione della nuova rete trasfusionale, prevedendo la riduzione del numero di sedi di produzione del sangue ed emocomponenti da 21 a 5 (S.Camillo–Forlanini, S. Filippo Neri, Policlinico Universitario Tor Vergata, Ospedale Bel Colle Viterbo, Ospedale SM Goretti Latina), il numero dei SIMT da 21 a 19 e confermando un unico centro di validazione biologica;
 - Completamento visite sui 19 SIMT programmati per verifica requisiti autorizzazione e accreditamento ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni n. 242/2010;
 - Verifiche presso le Unità di Raccolta associative per autorizzazione e accreditamento;
 - Monitoraggio e programmazione mensile delle raccolte legate al fabbisogno trasfusionale.
 - Coinvolgimento dei MMGG nella informazione alla popolazione;
 - Promozione dell'attività di invio del plasma dai SIMT all'industria per la produzione di farmaci plasmaderivati;
 - Formazione continua del Personale dei SIMT e delle Associazioni di Volontariato;
- Realizzare un sistema di teleconsulto sia per i mezzi di soccorso del 118 (trasmissione del tracciato ECG) che per il collegamento funzionale tra centri HUB e Spoke delle reti (trasmissioni di immagini, consulenza a distanza) finalizzato alla riduzione dei trasferimenti secondari.

Risultati e Cronoprogramma

- Emanazione di un provvedimento per l'attuazione del nuovo assetto della rete ospedaliera, rete dell'emergenza e dell'ARES e delle reti “tempo dipendenti” entro il 90 giorni dall'approvazione, con Decreto Commissariale, del presente documento che preveda:
 - individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura ed area assistenziale ad intensità di cura per acuti (medicina, chirurgia, area critica, materno infantile) nell'ambito delle discipline accreditate
 - individuazione del ruolo specifico di ciascuna struttura all'interno delle reti.
- Individuazione del primo blocco di ospedali dove realizzare moduli di week hospital entro il 30.09.2014;
- Adeguamento dei posti di OBI alle Linee guida del Ministero della Salute in corso di emanazione;
- Rimodulazione del modello organizzativo per la gestione dell'emergenza territoriale, attraverso la definizione del numero minimo di ambulanze e automediche da parte di ciascuna CO, in base a criteri di densità di popolazione, viabilità e tempi di percorrenza entro il 30.06.2014;
- Emanazione di un provvedimento di riordino della rete dei laboratori pubblici entro il 30.04.2014 che preveda:
 - presenza di 8 laboratori CORE-S a cui afferiscono 39 laboratori di base, urgenza e centri prelievo;
 - disattivazione di 34 laboratori di cui 16 localizzati su Asl e 18 in AO/AU e IRCCS;
- Emanazione di un provvedimento di riordino delle reti specialistiche disciplinari (microbiologia e virologia, anatomia patologica e laboratori di genetica) e dei laboratori di riferimento regionale entro il 31.10.2014;
- Attuazione del riordino della rete laboratoristica privata, con il supporto delle associazioni di categoria, con le modalità di aggregazione previste dalla normativa:
 - Entro il 30.4.2014 attivazione di un Tavolo Tecnico, che entro il 31.10.2014 , dovrà individuare i criteri di valutazione dell'attività delle strutture, al fine di consentire una corretta misurazione della capacità erogativa delle strutture private;
 - Proposta entro il 30.06.2014 da parte delle strutture alla Regione, con l'eventuale supporto delle associazioni di categoria, delle modalità di aggregazione prevista dalle norme

- Formalizzazione alla Regione, da parte delle strutture, delle procedure amministrative per l'attuazione di quanto su espresso, al fine di permettere alla stessa di valutare le scelte effettuate e quindi di definire la procedura, coerente con la normativa/regolamentazione vigente, da attuare;
- Definizione dei criteri di autorizzazione e accreditamento dei centri prelievo e della regolamentazione dei *service* entro il 31.10.2014;
- Contrattualizzazione delle prestazioni di laboratorio alle sole strutture con una soglia minima di attività in volume pari a 60.000 esami di laboratorio complessivamente erogati, a partire dal 01.01.2015;
- Contrattualizzazione delle prestazioni di laboratorio alle sole strutture con una soglia minima di attività in volume pari a 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati a partire dal 01/01/2016;
- Emanazione di un provvedimento di riordino della nuova rete trasfusionale entro il 30.04.2014 che preveda:
 - la riduzione del numero di sedi di produzione del sangue ed emocomponenti da 21 a 5;
 - la riduzione del numero di SIMT da 21 a 19;
 - recepimento dell'Accordo Stato/Regioni n. 149 del 25.07.2012;
- Completamento delle visite ispettive presso le Unità di Raccolta Associate entro il 31.10.2014;
- Autorizzazione e accreditamento definitivo di tutta la rete trasfusionale entro il 31.12.2014 ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni n. 242/2010;
- Monitoraggio e programmazione mensile a cura del CRS delle raccolte legate al fabbisogno trasfusionale per raggiungere l'autosufficienza, anche prevedendo il coinvolgimento dei MMGG nella informazione alla popolazione;
- Adeguamento dei SIMT ai requisiti previsti dalla farmacopea europea per l'immissione in commercio dei medicinali emoderivati prodotti dal plasma umano ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 29.10.2013;
- Realizzazione della rete informatica per l'attuazione del Laboratorio Logico Unico entro il 28.02.2015;
- Monitoraggio semestrale del livello di implementazione della rete ospedaliera attraverso indicatori di processo ed esito a partire dal primo semestre successivo alla riorganizzazione.

3.2.2 AZIONE 2: Operazioni sulla rete di offerta

3.2.2.1 Fusione per incorporazione dall'AO San Filippo Neri nella ASL Roma E

Contesto di riferimento

La Regione prevede il declassamento dell'Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri a Presidio dell'Azienda Sanitaria RM E da concludersi entro il 31.12.2014.

L'operazione è stata presa in considerazione sulla base delle seguenti circostanze:

- Nel 2012 l'A.O. S. Filippo Neri ha cumulato il 17% del disavanzo sanitario regionale (con un rapporto tra disavanzo e valore della produzione pari al 85%);
- Convertendo l'A.O. S. Filippo Neri a presidio a gestione diretta della ASL RM E si predispongono le condizioni che consentiranno lo sfruttamento delle sinergie potenziali fra l'attuale A.O. e l'Ospedale Santo Spirito. A tal proposito si prevede di:
 - mantenere e valorizzare la marcata "vocazione" chirurgica del S. Filippo Neri determinando i presupposti per cui l'attività chirurgica programmata dall'Ospedale Santo Spirito, sede di DEA di I livello, venga dirottata sul S. Filippo Neri, che metterebbe quindi a disposizione la propria capacità produttiva ed il relativo *know how*;
 - promuovere la condivisione tra le due strutture ospedaliere di una parte dei servizi quali, ad esempio: farmacia, centro trasfusionale, magazzini, laboratorio analisi e laboratorio di anatomia patologica, radiologia (integrazione on-line);

- rivalutare ed eventualmente redistribuzione le dotazioni tecnico-strumentali finalizzate ad un utilizzo più efficiente delle stesse e eliminare le eventuali ridondanze o sovrapposizioni; analogo discorso riguarda la gestione condivisa del personale sanitario e non sanitario;
- integrare gli omologhi reparti di Riabilitazione Cardiologica e Riabilitazione Neuromotoria attualmente presenti nelle due strutture;
- La necessità di proseguire e portare a regime la sperimentazione relativa ai PDTA territoriali già avviati dall'A.O. S. Filippo Neri e ASL RM E.

Obiettivi programmati

Al fine di attuare questo processo di fusione si rendono necessarie le seguenti azioni per la gestione delle discontinuità:

- Definire la *governance* della transizione, prevedendo un **commissario liquidatore** che supervisioni e indirizzi il processo di fusione nel suo complesso e riferisca al livello regionale;
- Completamento degli adempimenti formali e amministrativi per formalizzare la fusione per incorporazione del S. Filippo Neri nella Asl RM E entro il 01.01.2015;
- Formalizzare un piano di comunicazione alla popolazione ed altri stakeholders.

Risultati e cronoprogramma

- Nomina del Commissario Liquidatore da parte della Regione entro il 30.06.2014;
- Monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività con cadenza mensile;
- Avvenuto declassamento dell'A.O. S. Filippo Neri a presidio a gestione diretta della Asl RM E entro il 31.12.2014;

3.2.2.2 Integrazione Asl RM A e Asl RM E

Obiettivi Programmati

Garantire l'integrazione tra la Asl RM A e tra la Asl RM E che assumerà una nuova denominazione.

Contesto di riferimento

La Regione prevede l'integrazione tra tra la Asl RM A e tra la Asl RM entro il 31.12.2015.

Risultati e cronoprogramma

- Avvenuta integrazione tra tra la Asl RM A e tra la Asl RM E entro il 31.12.2015.

3.2.2.3 Vendita dell'immobile del CTO con focalizzazione della mission assistenziale in sinergia con INAIL

Obiettivi programmati

La Regione, con il duplice intento di qualificare l'offerta assistenziale in ambito ortopedico – riabilitativo e valorizzare il patrimonio immobiliare, intende avviare le seguenti attività presso la struttura "Centro Traumatologico Ospedaliero":

- Trasferimento di parte delle attività al Sant'Eugenio;
- Mantenimento dell'Unità Spinale Unipolare con un incremento dei posti letto, da 16 a 32 ed attivazione un'area di Terapia Intensiva dedicata;
- Valorizzazione patrimoniale dell'immobile e presentazione di un piano di vendita per la struttura;
- Conclusione del riscatto dell'immobile CTO e variazione del patrimonio connesso all'operazione di cartolarizzazione SANIM.
- Eventuale utilizzo di tali proventi per l'adeguamento tecnologico e/o la promozione di attività territoriali.

La manovra prevede la cessione dell'immobile ad INAIL con il mantenimento di un polo ortopedico - riabilitativo del SSR (100-120 PL) e lo sviluppo sinergico con l'istituto assicurativo su tematiche comuni quali:

- l'erogazione di prestazioni di assistenza riabilitativa in regime residenziale e semi-residenziale non ospedaliero e ambulatoriale;
- l'erogazione di prestazioni di terapia occupazionale intese come programma riabilitativo individuale, finalizzato a massimizzare l'abilità di rientro al lavoro;
- l'istituzione di uno "sportello informativo", in collaborazione con il Comitato Italiano Paraolimpico, ai fini della promozione dell'esercizio della pratica sportiva a livello agonistico ed amatoriale nei confronti delle persone con disabilità;
- l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica e fornitura di ausili;
- la sperimentazione clinica dei risultati della ricerca applicata sia in campo riabilitativo che protesico, condotta con Istituti di valenza nazionale ed internazionale.

Risultati e cronoprogramma

- Realizzazione di uno specifico filone progettuale finalizzato alla valorizzazione e successivo piano di vendita della struttura CTO entro 30.09.2014;
- Spostamento di parte dei posti letto al Sant'Eugenio entro 31.10.2014 (la richiesta di prestazioni per queste specialità per l'unità spinale viene garantita dalle equipe del Sant'Eugenio);
- Adeguamento dell'Unità Spinale Unipolare entro il 31.12.2014;
- Ricognizione degli spazi disponibili inutilizzati entro il 31.07.2014;

3.2.2.4 Razionalizzazione degli spazi utilizzati

Stante la riorganizzazione della rete ospedaliera, si renderanno eventualmente disponibili alla dismissione dal patrimonio immobiliare regionale ulteriori immobili, per i quali si procederà a formalizzare un piano di dismissione e vendita e/o riqualificazione per altre attività sanitarie. Tale operazione avverrà con il supporto e partecipazione dei Comuni e/o Enti locali di afferenza.

La Regione Lazio intende, a tal fine, avviare un'attività di ricognizione degli spazi aziendali di proprietà e/o in locazione al fine di razionalizzare eventuali canoni di affitto degli immobili di terzi e di ricondurre gli stessi entro il valore target definito dall'Agenzia del Territorio (canone al mq).

Obiettivi Programmati

Le Aziende dovranno effettuare una ricognizione attenta e puntuale dei fitti passivi in essere e degli spazi aziendali di proprietà, che porti ad un piano di riorganizzazione degli spazi utilizzati e permetterà di trarre benefici in varie aree:

- razionalizzazione del costo di locazione passiva ed aumento dei ricavi derivanti dalla locazione attiva;
- individuazione di spazi male o non utilizzati che potrebbero essere destinati ad altre attività o dismessi mediante alienazione per il reperimento di risorse utili ad incrementare gli investimenti sanitari;
- programmazione dell'utilizzazione dei proventi provenienti da eventuali alienazioni delle strutture e/o spazi aziendali non strumentali all'attività.

Risultati e Cronoprogramma

- Completamento ricognizione spazi aziendali da parte delle Asl entro il 30.09.2014 con dettaglio delle seguenti informazioni:
 - Numero mq disponibili;
 - Numero mq effettivamente utilizzati con relative attività effettuate;
 - Numero mq da destinare ad altre attività e/o dismettere;

- Stesura del piano di riorganizzazione degli spazi da parte delle Asl entro il 31.10.2014;
- Formalizzazione di un piano per la comunicazione ai cittadini di tutti gli immobili regionali da destinare a vendita entro il 31.12.2014.

3.3 INTERVENTO 3: Efficientamento della gestione

3.3.1 AZIONE 1: Regole di sistema

Contesto di riferimento

La Regione è chiamata ad operare in un contesto caratterizzato da diverse criticità che rendono complicato sia il risanamento economico-finanziario che la riqualificazione dei servizi di assistenza: contenzioso regionale pregresso e via via crescente, perpetuarsi di “situazioni” straordinarie che condizionano la gestione ordinaria e incancrenirsi di situazioni di difficoltà per tutti i suoi “fornitori di servizi” (primi fra tutti procedure di concordato fallimentare/ristrutturazione in atto da parte del privato cattolico).

Obiettivi programmati

La Regione intende procedere alla revisione delle “regole di sistema” al fine di poter governare i rapporti con gli erogatori di assistenza sanitaria pubblici e privati, perseguendo l’integrazione e la parità tra gli stessi e la libertà di scelta del luogo di cura dei cittadini secondo quanto disposto dal D.Lsg 502/92.

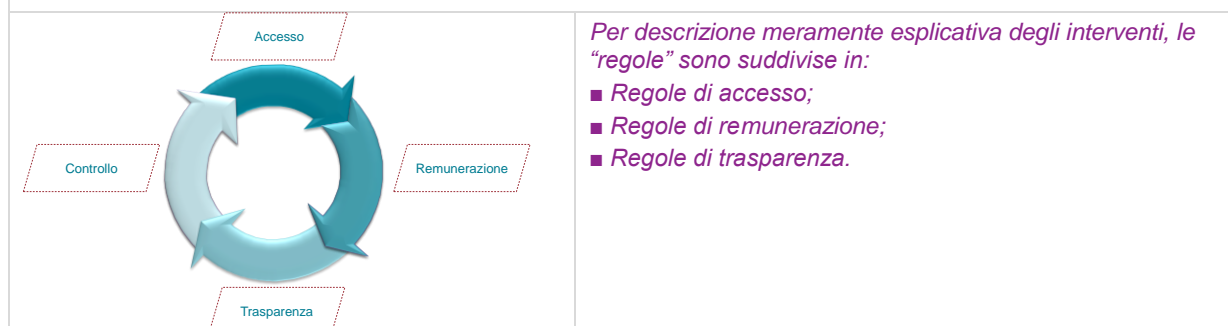
Agli erogatori privati in particolare si chiede di sviluppare la propria vocazione secondo un’ottica di complementarità e di collaborazione fattiva con gli erogatori pubblici.

Agli erogatori pubblici e privati si chiede di supportare la regione nel recupero della mobilità passiva, (coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti) e nell’incremento della mobilità attiva per ricoveri di alta complessità.

La Regione già nel corso del 2014 consoliderà il proprio ruolo di “holding sanitaria” e le Aziende Sanitarie (AO, ASL, Policlinici universitari pubblici ed IRCCS) saranno chiamate sempre più a svolgere il proprio ruolo di “soggetti attuatori” a livello locale delle indicazioni regionali per il conseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

Inoltre, al fine di potenziare efficientemente la propria capacità di governo del sistema sanitario regionale al Regione Lazio avvierà dei Protocolli di Intesa con Regione Lombardia (su Sistema dell'emergenza - urgenza e 118, Sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, Regole di Autorizzazione, Accreditamento e accordi contrattuali) e con Regione Emilia Romagna (su gestione ed il monitoraggio dei farmaci e dei dispositivi medici).

Figura 4 – Regole di sistema



Regole di accesso

La Regione intende:

- Adottare il Testo Unico della normativa sanitaria in merito al percorso di autorizzazione all'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale al fine di superare la frammentarietà dell'attuale quadro normativo che, a partire dalla L.R. 4/2003 ha visto l'emanazione di atti normativi modificativi e integrativi determinando una difficile lettura dell'iter autorizzativo e di accreditamento da parte dei soggetti interessati;
- Realizzare il Testo Unico dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento per le strutture che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- Rimodulare i requisiti organizzativi relativi alla dotazione organica sulla base dei livelli e volumi assistenziali resi e non, ad esempio, riferiti al numero di posti letto autorizzati/accreditati;
- Prevedere l'attivazione, anche ai fini della semplificazione dell'azione amministrativa, di una procedura informatizzata ed accessibile tramite portale regionale web, per il percorso di rilascio di autorizzazione ed accreditamento per le strutture pubbliche, analogamente a quanto già implementato per gli erogatori privati;
- Ridefinire i criteri di accesso per pazienti in riabilitazione ospedaliera, prevedendo l'introduzione della tracciabilità informativa dei ricoveri attraverso la valutazione dell'accesso da parte della struttura che ricovera in post acuzie;
- Revisionare lo schema degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati (inserendo, ove possibile, come previsto dal D.Lgs 502/92 art. 8 quinquies gli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate del presente Programma Operativo) con la previsione di estendere tale modalità anche agli erogatori pubblici;
- Rimodulazione della compartecipazione alla spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale attraverso l'adozione di un modello compartecipativo più equo, basato su una modulazione del contributo per fasce progressive di rimborso per l'ottenimento del gettito atteso dal Decreto Interministeriale 27.07.2011, applicativo della procedura prevista alla lettera p-bis), punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796 della L.27.12.2006 n.296, prevedendo l'affiancamento da parte dei Ministeri.

Regole di remunerazione

La Regione intende:

- Revisionare i criteri per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera in acuti e post acuti sulla base:
 - del fabbisogno di prestazioni a livello regionale;
 - di indicatori di appropriatezza organizzativa;
 - di indicatori di *outcome*;
- Revisionare i criteri per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera in acuti e post acuti al fine di supportare Regione Lazio nel recupero della mobilità passiva (coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti) e nell'incremento della mobilità attiva per ricoveri di alta complessità pur garantendo la riduzione del tasso di ospedalizzazione per allineamento al valore programmato e valorizzando la partecipazione alla rete di emergenza ed urgenza. Il tutto nel rispetto di quanto previsto dalla L.135/12;
- Revisionare i criteri alla base dell'assegnazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2 del D.Lgs 502/92 con il supporto di Agenas;
- Revisionare i criteri alla base dell'assegnazione delle funzioni di didattica e di ricerca, ai sensi dell'art. 7, comma 2 del D.Lgs 517/99, conformemente alle disposizioni previste nell'Accordo Stato-Regioni, previo richiamo delle stesse nei Protocolli di Intesa con le Università;
- Definire i *budget* per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale valorizzata sulla base delle nuove tariffe ai sensi del DCA n. 313 del 4.07.2013 ed al lordo della

compartecipazione, prevedendo, inoltre, per le prestazioni di radioterapia un tetto a livello regionale. Il tutto nel rispetto di quanto previsto dalla L.135/12;

- Introduzione di tariffe per la remunerazione dei “pacchetti” assistenziali per la presa in carico del paziente con patologie croniche specifiche (es: diabete mellito) oppure con multicronicità;
- Revisionare le tariffe per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati relativamente alle prestazioni di riabilitazione ex art.26 (coerentemente con i requisiti organizzativi di autorizzazione ed accreditamento);
- Definire le tariffe per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati relativamente alle prestazioni di livello estensivo, per pazienti non autosufficienti, anche anziani;
- Revisionare le tariffe per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati relativamente alle rette giornaliere per i trattamenti residenziali e semiresidenziali delle tossicodipendenze (coerentemente con i requisiti organizzativi di autorizzazione ed accreditamento);
- Definire i *budget* per la remunerazione delle prestazioni territoriali (RSA, Hospice, Neuropsichiatriche) in funzione del numero dei posti letto e di un tasso di ospedalizzazione degli stessi (98%) differenziato per tipologia di prestazione/assistenza e valorizzandone le giornate sulla base delle corrispondenti tariffe previste a livello regionale;
- Definire i budget per la remunerazione delle prestazioni territoriali – riabilitazione ex art.26, confermando per il 2014 i livelli di finanziamento e per il 2015 in coerenza con le tariffe rideterminate per i nuovi livelli assistenziali;
- Formalizzare una procedura standardizzata per la sottoscrizione degli accordi contrattuali, prevedendone durata biennale, con riferimento a:
 - Definizione dei budget e dei conseguenti tetti di spesa;
 - Previsione dell’eventuale trasferimento del budget per assistenza ospedaliera a quello per specialistica ambulatoriale, coerentemente con la deospedalizzazione di alcune prestazioni;
 - Adozione del Decreto di attribuzione del budget ed adozione dello schema di contratto che dovranno firmare le strutture erogatrici;
 - Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati;
 - Verifica con cadenza trimestrale, della regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa, con obbligo di aggiornamento in tempo reale dei riepiloghi sullo stato delle verifiche e dei pagamenti, al fine di allineare la spesa per gli erogatori privati entro il tetto di remunerazione massima;
- Definire l’Accordo Pagamenti per gli anni 2014-2015 con l’obiettivo della riduzione graduale dei tempi di pagamento grazie agli effetti benefici derivanti dalla anticipazione di liquidità erogata ai sensi del DL 35/2013.

Regole di trasparenza

La Regione intende:

- Avviare il Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali con i Direttori Generali delle Aziende del SSR con cadenza mensile a partire dal mese di marzo 2014;
- Rafforzare la cd “amministrazione attiva” per la predisposizione di atti e provvedimenti regionali, promuovendo la collaborazione tra i vari Uffici/Enti della Regione al fine di evitare “lungaggini burocratiche” e contenziosi futuri;
- Prevedere degli obblighi informativi di tipo contabile e gestionale (ad es: visione Bilanci e dotazione organica) cui dovranno adeguarsi tutti gli erogatori privati che ad oggi non sono soggetti a tali obblighi nei confronti della Regione;
- Attivare un coordinamento dell’attività relativa al contenzioso tra la Struttura Commissariale, Direzione regionale, le Direzioni aziendali e l’Avvocatura regionale/ di Stato;
- Avviare il monitoraggio del contenzioso in essere attraverso un sistema informativo, individuandone fasi, stati e esiti del giudizio, al fine di indirizzare la conseguente azione di difesa amministrativa.

Regole di controllo

La Regione intende:

- Promuovere ulteriori collaborazioni con altre Regioni/Aziende del SSN per tematiche specifiche;
- Verificare periodicamente il rispetto dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private attraverso le visite ispettive da parte delle Asl al fine dell'allineamento tra requisiti, budget e controlli;
- Rivedere e potenziare il sistema dei controlli a fronte della collaborazione con regione Lombardia. A tal proposito verrà istituito un tavolo di confronto con i rappresentanti delle aziende sanitarie regionali (AO, ASL, Policlinici universitari pubblici ed IRCCS), degli erogatori privati per favorire l'orientamento alla qualità ed all'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi;
- Realizzare il Programma dei controlli di appropriatezza:
 - Applicazione della metodologia APPRO 3 secondo quanto disposto dal DCA n.40/2012, entro il 31.03 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Effettuazione dei controlli sulla tipologia "ricoveri ripetuti" secondo quanto disposto dal DCA n.40/2012, entro il 31.03 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Effettuazione dei controlli sul rispetto degli standard di appropriatezza organizzativa per i ricoveri di frattura di femore in pazienti con età > 65 anni secondo quanto disposto dalla DGR n.613/2009, entro il 31.03 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Effettuazione dei controlli su quelle prestazioni erogate in DH che hanno una corrispondente prestazione APA ambulatoriale, secondo quanto disposto dalla DGR n.922/06 e s.m.i, entro il 31.03 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Condivisione dell'esito dei controlli effettuati con i Ministeri affiancanti, mediante la trasmissione di un report di sintesi annuale, entro il 31.07 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Verifica della corretta contabilizzazione da parte delle Aziende dei controlli e relative note di credito da richiedere a storno della fatturazione;
- Realizzare il Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO
 - Comunicazione entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno, di particolari eventi da sottoporre a controllo, in aggiunta a quelli mirati ai sensi del DCA 40/2012, da svolgersi nei semestri successivi di ogni anno;
 - Effettuazione di controlli di congruità analitici su eventi di interesse regionale che, maggiormente rispetto ad altri, possono essere influenzati dagli effetti distorsivi e manipolativi associati al sistema di pagamento a prestazione anche in coerenza con quanto disposto dal DM 10.12.2009 "Controlli sulle cartelle cliniche", nella misura di almeno il 12,5% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera, entro il 30.10 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Effettuazione dei controlli di congruità analitici su cartelle cliniche relative ai dimessi in riabilitazione post-acuzie, nella misura di almeno il 12,5% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera, entro il 30.10 dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Valorizzazione degli esiti di cui ai controlli sopra indicati nel mesi di novembre e dicembre dell'anno successivo a quello di erogazione dell'attività;
 - Verifica della corretta contabilizzazione da parte delle Aziende dei controlli e relative note di credito da richiedere a storno della fatturazione.

Obiettivi programmati

- Realizzazione del Testo Unico della normativa sanitaria in merito al percorso di autorizzazione all'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale 31.12.2014;
- Realizzazione del Testo Unico dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento entro il 31.12.2014;
- Avvio procedura standardizzata per il rilascio di autorizzazione ed accreditamento su portale regionale WEB unico per gli erogatori pubblici e privati entro il 31.01.2015;
- Ridefinizione dei criteri di accesso per pazienti in riabilitazione ospedaliera entro il 30.06.2014;

- Adozione provvedimento di rimodulazione della compartecipazione per prestazioni di specialistica ambulatoriale a partire dal 30.10.2014;
- Formalizzazione delle tariffe per “pacchetti” assistenziali per la presa in carico del paziente con patologie croniche specifiche (es: diabete mellito) oppure con multicronicità entro 31.12.2015 con vigenza 01.01.2016;
- Formalizzazione delle tariffe per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati relativamente alle prestazioni di riabilitazione ex art.26, coerentemente con i nuovi livelli assistenziali con il supporto di Agenas, entro il 30.06.2014 con vigenza 01.01.2015;
- Definizione dei criteri per l’assegnazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell’art. 8-sexies, comma 2 del D.Lgs 502/92 entro il 30.06.2014;
- Definizione dei criteri per l’assegnazione delle funzioni di didattica e di ricerca, ai sensi dell’art. 7, comma 2 del D.Lgs 517/99 entro il 30.06.2014;
- Formalizzazione dei budget provvisori per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli erogatori privati accreditati per il primo semestre 2014 nel rispetto del limite massimo fissato a livello regionale dalla L.135/2012 entro il 31.03.2014;
- Formalizzazione dei budget definitivi per la remunerazione delle prestazioni erogate di assistenza ospedaliera dagli erogatori privati accreditati entro il 30.06.2014 (budget pluriennale);
- Formalizzazione dei budget provvisori per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e territoriale (RSA, Hospice, Neuropsichiatriche e Riabilitazione ex art.26) per il primo semestre entro il 31.03.2014 (budget pluriennale);
- Formalizzazione dei budget definitivi per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e territoriale (RSA, Hospice, Neuropsichiatriche e Riabilitazione ex art.26), entro il 30.06.2014 (budget pluriennale);
- Definizione dell’Accordo Pagamenti per gli anni 2014-2015 entro il 30.04.2014;
- Verifica con cadenza trimestrale della regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa, con obbligo di aggiornamento in tempo reale dei riepiloghi sullo stato delle verifiche e dei pagamenti, al fine di allineare la spesa per gli erogatori privati entro il tetto di remunerazione massima;
- Avvio del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali con i Direttori Generali delle Aziende del SSR con cadenza mensile a partire dal mese di marzo 2014;
- Stipula del Protocollo di Intesa con la Regione Lombardia entro il 15.04.2014;
- Stipula del Protocollo di Intesa con la Regione Emilia Romagna entro il 30.06.2014;
- Rispetto delle scadenze previste per i controlli di appropriatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO.

3.3.2 AZIONE 2: Protocolli di intesa con le Università

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Il protocollo d’intesa sottoscritto tra la Regione Lazio e l’Università La Sapienza in data 11 dicembre 2013 è stato osservato dai Ministeri affiancanti con parere del 27.2.2014. La Regione Lazio condivide le osservazioni sostanziali dei ministeri e si impegna a verificare in tempi brevi – entro il 31.3 p.v. - con l’Università la disponibilità a sottoscrivere un nuovo protocollo coerente alle indicazioni. Sia in caso di accordo che di mancato raggiungimento dell’intesa, la Regione Lazio trasmetterà, entro e non oltre il **15.4.2014**, la proposta di nuovo protocollo al Ministero della Salute per l’approvazione, ovvero per l’esercizio dei poteri sostitutivi richiamato all’art. 1, comma 4, del D. Lgs. 517/99.

Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

La Regione Lazio ha aperto con l’Università il tavolo di verifica e aggiornamento del protocollo di intesa del 2005 che intende portare a compimento – anche alla luce della individuazione dell’assetto istituzionale definitivo del policlinico (Fondazione IRCCS) – entro il prossimo **30.6.2014**.

Università Cattolica del Sacro Cuore

Regione e Università stanno definendo gli ultimi aspetti del nuovo protocollo di intesa che verrà sottoscritto entro il prossimo **15.4.2014**.

Università Campus Biomedico

La Regione si impegna ad aggiornare il precedente protocollo di intesa, sottoscritto il 30.5.2008, entro il **30.6.2014**.

3.3.3 AZIONE 3: Ristrutturazione economico-finanziaria delle Aziende del SSR

Contesto di riferimento

Il disavanzo economico finanziario della Regione Lazio si è ridotto di 462€/mln dal 2010 al 2012 (-43%) passando da -1.066 €/mln a -604 €/mln. Aumentando nel 2013 prevalentemente a causa della riduzione del FSR.

Tabella 8 – Disavanzo regionale per tipologia di Azienda

Conti economici aggregati - Consuntivo 2012				
	AS IS			Totale
€/000.000	A.O. pubbliche (A)	Policlinici pubblici (B)	IRCCS pubblici (C)	Aziende (D=A+B+C)
Ricavi per produzione sanitaria	637,3	808,3	199,6	1.645,2
Ricavi non associati a produzione sanitaria	27,1	43,0	30,4	100,5
Totale Ricavi	664,4	851,2	230,0	1.745,6
Personale + IRAP	534,0	373,5	116,3	1.023,8
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	59,9	168,4	73,0	301,3
Altri Beni e Servizi	357,2	417,2	101,5	875,9
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	11,9	14,5	1,3	27,7
Accantonamenti	27,1	43,8	13,7	84,6
Variazione Rimanenze	(1,0)	0,1	0,9	0,0
Totale Costi Interni (B)	989,0	1.017,5	306,6	2.313,2
Medicina Di Base	0,0	0,0	0,0	0,0
Farmaceutica Convenzionata	0,0	0,0	0,0	0,0
Prestazioni da Privato	1,9	20,1	0,2	22,2
Totale costi prestazioni di servizi in mobilità	0,2	0,0	0,7	0,9
Totale Costi Esterni (C)	2,1	20,1	0,9	23,1
Totale Costi Operativi D=(B+C)	991,1	1.037,7	307,5	2.336,3
Margine Operativo E=(A-D)	(326,7)	(186,4)	(77,5)	(590,7)
Totale Comp. Finanziarie e Straordinarie (F)	4,0	1,6	(0,2)	5,3
Risultato Economico G=(E-F)	(330,7)	(188,0)	(77,3)	(596,0)

Obiettivi programmati

La Regione, al fine di poter programmare nel prossimo triennio gli obiettivi per il rientro dal disavanzo, intende strutturare un percorso di azione e monitoraggio con le Direzioni aziendali.

L'obiettivo di riduzione del disavanzo è formalizzato sulla base delle seguenti ipotesi:

- **Fase1:** valutazione ed eventuale ridefinizione della struttura dei ricavi in funzione della riorganizzazione della rete ospedaliera e/o delle operazioni straordinarie in atto e relativa struttura

efficiente dei costi in base a costi unitari attesi definiti dal livello regionale sentita la Direzione regionale centrale acquisti;

- **Fase2:** definizione della dotazione di personale coerente con i volumi efficienti di attività determinati in base al punto precedente e con valori degli indicatori min/prestazioni coerenti con i requisiti organizzativi e di accreditamento regionali;
- **Fase3:** efficientamento della struttura dei costi in base a costi unitari definiti dal livello regionale sentita la Direzione regionale centrale acquisti a partire dal *case mix* storico e ottimizzazione delle degenze medie (allineamento delle durate delle degenze a valori di riferimento).

A fronte della necessità di rientro dal disavanzo di ciascuna Azienda saranno forniti degli obiettivi di riallineamento della struttura dei costi delle stesse ai Direttori Generali che concorreranno alla valutazione degli stessi. Sulla base delle disposizioni contenute nei contratti sottoscritti dai Direttori generali, si prevede infatti:

- La verifica dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi individuati all'atto di nomina con le modalità di cui all'art. 3 bis, comma 6, del D.Lgs 502/92, introdotto dall'art. 3, comma 3, del D.Lgs 229/99 dopo i 18 mesi dalla nomina;
- La grave inadempienza ai fini della confermabilità dell'incarico di direttore generale in caso di mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, ai sensi dell'Intesa Stato-regioni del 23.03.2005, attuativa dell'articolo 1, comma 173, della legge 30.12.2004, n.311;
- La presentazione da parte del Direttore generale alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria ove si prospettino casi di squilibrio economico finanziari di un apposito piano di rientro a pena di decadenza ai sensi dell'art. art. 1, comma 274, della legge 23.12.2005, n.266. La decadenza è dichiarata dal Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale adottata trascorsi sessanta giorni dalla contestazione formale ad adempiere senza che il Direttore Generale abbia provveduto;
- La risoluzione ope legis del contratto, ai sensi dell'art. dell'art. 52, comma 4, lettera d), della legge 289/2002, a seguito della comunicazione al direttore generale dell'esito negativo della verifica sul raggiungimento degli obiettivi economici, assegnati in sede di concordamento dei budget annuali, effettuata dalla competente Direzione Regionale e approvata dalla Giunta regionale.

A partire dal mese di marzo 2014, è istituito un **Tavolo di monitoraggio e verifica regionale** con cadenza mensile con ciascuna Direzione aziendale al fine di:

- comunicare alle stesse le linee di indirizzo regionali;
- approvare il "Piano industriale per il rientro dal disavanzo 2014-2015";
- monitorare l'attuazione dello stesso.

In attesa dell'implementazione di tali piani, per l'avvio delle attività con i Direttori Generali nella seguente tabella sono indicati i valori di riferimento regionali per le strutture ospedaliere (siano esse presidi di ASL e/o Aziende Ospedaliere, Policlinici universitari pubblici o IRCCS pubblici) che dovranno essere intesi come "**livelli di costo massimo**"³ in percentuale rispetto al valore della produzione.

Si precisa che i valori di cui sopra dovranno essere presi in considerazione come "**livelli di costo massimo**" e pertanto verranno ritenuti elemento di valutazione negativa per i Direttori Generali eventuali incrementi di costo sulle voci per le quali le aziende risultano già oggi virtuose.

³ Nella tabella di cui sopra, in prima approssimazione ed ai fini della definizione degli indirizzi regionali di cui al presente Programma Operativo, si è ritenuto di prevedere come *driver* univoco per la valutazione del costo dei diversi beni e servizi rispetto al valore dei ricavi le "giornate di degenza". Tale approssimazione verrà superata in fase di declinazione del "Piano industriale per il rientro dal disavanzo 2014-2015" per singola Azienda Regionale.

I “piani industriali” saranno formalizzati per ciascuna Azienda con specifici obiettivi di risanamento che saranno alla base della contrattazione dei budget aziendali 2014 con effetti a partire dal secondo semestre 2014.

Risultati e Cronoprogramma

- Avvio del Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali con i Direttori Generali delle Aziende del SSR con cadenza mensile a partire dal mese di marzo 2014;
- Definizione delle linee guida del “Piano industriale per il rientro dal disavanzo 2014-2015” per ciascuna Azienda entro il 01.06.2014;
- Approvazione del “Piano industriale per il rientro dal disavanzo 2014-2015” per ciascuna Azienda entro il 01.07.2014;
- Valutazione dei Direttori Generali anche sulla base degli esiti del Tavolo Tecnico per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti aziendali come previsto dal contratto sottoscritto.

3.3.4 AZIONE 4: Razionalizzazione dei Beni & Servizi e Farmaci

Contesto di Riferimento

La Direzione Centrale Acquisti attraverso la sua attività di analisi e pianificazione dei fabbisogni di acquisto, controllo e monitoraggio della spesa per beni e servizi ha consentito di frenare la dinamica di crescita della spesa dell’aggregato Prodotti Farmaceutici e Beni e servizi, al IV trimestre 2013 si registra un dato sostanzialmente allineato al valore registrato a consuntivo 2012 (+0,33%).

La Regione Lazio intende integrare i dettami della L.135/2012 e s.m.i. concentrandosi su un recupero di efficienza che coinvolge sia la Direzione Centrale Acquisti che le Direzioni Generali Aziendali *owner* delle due leve gestionali di intervento ovvero i prezzi e le quantità rispettivamente.

3.3.4.1 Analisi degli scostamenti a livello regionale (prezzi e quantità).

Obiettivi Programmati

La Regione Lazio si propone di realizzare una sempre maggiore integrazione tra l’analisi dei conti economici e le variabili gestionali che determinano tale effetto (**Determinanti di spesa**).

Attraverso tale integrazione tra l’Area “Risorse finanziarie, analisi di bilancio e contabilità analitica e crediti sanitari” (con il supporto della Centrale Acquisti) potrà monitorare la voce “Altri Beni e Servizi” rispetto all’andamento storico, all’andamento tra le aziende ed allo scostamento rispetto al valore previsto nel “Piano industriale per il rientro dal disavanzo 2014-2015”, interpretando gli andamenti.

In quest’ottica assume un ruolo prioritario il monitoraggio delle determinanti principali dei contratti (*Term-Sheet*) che costituiranno già nel corso del 2014 debito informativo delle singole Aziende Sanitarie nei confronti di Regione Lazio.

I singoli *Term Sheet* saranno oggetto di uno specifico sistema informativo sviluppato da Regione Lazio i cui requisiti saranno declinati dalla struttura commissariale con il supporto della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio Sanitaria” (nello specifico con l’Area “Risorse finanziarie, analisi di bilancio e contabilità analitica e crediti sanitari”) e con il supporto della Direzione Regionale Centrale Acquisti.

La tempestiva alimentazione di tale sistema informativo rientrerà negli obiettivi dei Direttori Generali Aziendali e la mancata alimentazione costituirà grave inadempienza.

Requisito essenziale di tale sistema informativo sarà la necessaria riconducibilità di ciascun *Term Sheet* ad una o più voci di CE, affinché si possa nel corso dei trimestri per singola natura monitorare lo stato del contratto. Tra le determinanti dovranno essere specificate in modo chiaro i *driver* di

riferimento (ad esempio giornate di degenza, metri quadrati, numero di interventi chirurgici per tipologia, numero medici, numero infermieri, eccetera) su cui lo stesso è stato dimensionato.

Le aziende sono tenute a comunicare i *term sheet* anche qualora i loro consumi siano derivati da una gara espletata dalla centrale acquisti. Tale previsione si aggiunge a quanto di seguito riportato nei paragrafi "Potenziamento del modello organizzativo della Centrale Acquisti" e successivi. In particolare si aggiunge a quanto previsto dal DCA 191/2012

Tale sistema costituirà nel tempo lo standard per la gestione aziendale delle Richieste di Acquisto (RdA) di beni e servizi.

Risultati e Cronoprogramma

- Definizione dei requisiti del sistema *Term Sheet* da parte della struttura commissariale entro il 15.05.2014;
- Studio di fattibilità del sistema informativo. Tale studio dovrà necessariamente verificare dell'esistenza in Regione Lazio di un sistema che possa essere utilizzato per gli obiettivi definiti in fase di declinazione dei requisiti 31.12.2014;
- Implementazione di una soluzione temporanea immediatamente fungibile in attesa della messa in produzione del sistema informativo e definizione del tracciato informativo del "*term sheet*" entro il 31.05.2014;
- Monitoraggio trimestrale dei contratti in essere delle Aziende Sanitarie.

3.3.4.2 Potenziamento del modello organizzativo della Centrale Acquisti.

La centralizzazione degli acquisti rappresenta un elemento strategico fondamentale per la razionalizzazione della spesa, l'allocazione efficiente delle risorse dell'Amministrazione Regionale e per garantire l'erogazione di servizi di qualità al cittadino.

Nonostante un processo organizzativo complessivo regionale, che ha visto la riduzione delle strutture direzionali da 20 a 12, è stata istituita una Direzione ad hoc che ha esteso il proprio ambito di azione nell'ottica del conseguimento degli obiettivi di:

- governo e contenimento della spesa per beni e servizi;
- attuazione del piano di rientro dal debito sanitario;
- ottimizzazione dei processi di approvvigionamento dei beni e servizi e razionalizzazione dei processi di erogazione dei servizi stessi.

La Direzione Regionale Centrale Acquisti, avvalendosi del sistema precedentemente descritto, è stata tra i precursori a livello nazionale nella realizzazione di Prezzi di Riferimento, fornendo così un efficace strumento a livello regionale di omogeneizzazione e razionalizzazione la spesa sanitaria. A tal fine, si è dapprima, definita una procedura operativa che individua l'iter di definizione dei prezzi disciplinata dalla Determina n. B09414 del 10.12.2012.

Sulla base di tale procedura, sono state già definiti prezzi di riferimento per le seguenti categorie:

- Prezzi di riferimento per specifici Dispositivi Medici, contraddistinti univocamente per mezzo di un codice fornitore, afferenti ai dispositivi "Protesici Impiantabili", per "Apparato Cardio Circolatorio", "Sutura", e "Chirurgia mini-invasiva" (con la Determinazione n. B04276 del 27.09.2013);
- Prezzi di riferimento per "materiali per emodinamica", definiti sulla base di categorie di beni omogenei per finalità d'uso dall'altro (con la Determinazione n. G01212 del 29.10.2013).

Obiettivi programmati

La Regione Lazio, al fine di potenziare le attività di governo e razionalizzazione della spesa per beni e servizi, intende porre la Direzione Regionale Centrale Acquisti quale organo centrale negli interventi di pianificazione e controllo della spesa, valutazione dell'appropriatezza nonché adozione e condivisione di "best practice" già esistenti sul territorio.

Le principali linee di attività che riguardano la pianificazione degli acquisti e il governo dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie condotte dalla Centrale Acquisti, sono:

- Prezzi di riferimento;
- Richieste di autorizzazione come monitoraggio ex-ante;
- Pianificazione delle gare centralizzate
- Attivazione di sistemi di e-procurement regionali;
- Collaborazione con Consip.

Prezzi di riferimento

Sulla base della reportistica generata mediante la Spending Analysis è stato avviato, a partire dall'ultimo trimestre 2013, un processo strutturato di individuazione di ulteriori categorie merceologiche per le quali la Direzione Centrale Acquisti procederà con l'individuazione di nuovi prezzi di riferimento.

Richieste di autorizzazione come monitoraggio ex-ante

L'attività di gestione delle richieste di autorizzazione permette un puntuale monitoraggio degli acquisti delle aziende ed una puntuale programmazione delle iniziative centralizzate. Per rafforzare tale controllo, la Centrale Acquisti verifica periodicamente i bandi di gara pubblicati dalle Aziende Sanitarie, al fine di identificare tempestivamente eventuali anomalie ed indirizzare azioni correttive.

Per il triennio 2013-2015 la Centrale Acquisti è impegnata a proseguire l'attività di gestione e monitoraggio delle richieste di autorizzazione, rafforzando il controllo sulle attività di indizione e successiva pubblicazione di gare da parte delle Aziende.

La Regione Lazio, con DCA 191/2012, ha previsto un ampliamento ed un rafforzamento delle attività della Centrale Acquisti in merito a:

- l'obbligo di richiesta di autorizzazione, da parte delle Aziende Sanitarie, per le iniziative di acquisto per beni e servizi, attraverso la compilazione e trasmissione di un modello standard integrato rispetto al precedente formato con alcune informazioni necessarie ai fini della validità dell'autorizzazione;
- l'obbligo di pubblicità, al momento dell'indizione delle iniziative non preventivamente autorizzate dalla Centrale Acquisti, attraverso la compilazione e trasmissione da parte delle Aziende Sanitarie di un modello standard di report contenente ulteriori informazioni sulle iniziative pubblicate;
- l'applicazione di sanzioni alle Aziende Sanitarie che indicano gare che non sono state preventivamente autorizzate dalla Centrale Acquisti, prevedendo una prima fase di segnalazione da parte della Struttura regionale al Direttore Generale della Azienda interessata della violazione delle disposizioni contenute nel decreto stesso, seguita da un successivo momento di contraddittorio fino all'individuazione degli interventi sanzionatori da applicare.

Questo, inoltre, rafforza il vincolo delle Aziende Sanitarie alla centralizzazione degli acquisti al fine di raggiungere l'obiettivo di razionalizzare ed omogeneizzare i fabbisogni garantendo risparmi anche su categorie merceologiche che non vengono gestite centralmente.

La Centrale Acquisti ha, inoltre, indirizzato le Aziende Sanitarie sulle modalità di acquisizione più opportune, in modo da massimizzare i risparmi e garantire al contempo la continuità del servizio prevedendo:

- Autorizzazione a procedere: Per le categorie merceologiche che non saranno affrontate entro i prossimi 12-18 mesi con gara centralizzate, le Aziende Sanitarie possono procedere autonomamente, purché conseguano un risparmio di almeno il 10% rispetto alla spesa precedentemente sostenuta;

- Nessuna Autorizzazione: nessuna autorizzazione è stata fornita alle AA.SS. per merceologie che saranno oggetto di centralizzazione nei prossimi mesi. I risparmi attesi dalle gare centralizzate sono quelli definiti all'interno del piano gare 2010-2012;
- Richiesta di ricorso a Convenzione Consip: quando per la categoria merceologica in esame esiste una Convenzione Consip attiva, è stato chiesto all'azienda sanitaria di far ricorso a tale strumento;
- Richiesta di ricorso a Me.PA Consip: quando l'importo della spesa e la categoria merceologica permettono di rivolgersi al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione in Consip, è stata ribadita l'obbligatorietà di questo strumento.

La Regione, inoltre, con DCA 308/2013 ha disciplinato la necessità di un preventivo percorso istruttorio soggetto alla valutazione della Direzione Regionale Centrale Acquisti e Direzione Salute e Integrazione per alcune tipologie di servizi e di beni ad impatto strategico sulla programmazione sanitaria e sull'attività tipica delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda:

- Servizi di supporto informatico, data entry ed elaborazione dati;
- Servizi di supporto logistico; Servizi di archiviazione e gestione documentale;
- Servizi di facchinaggio;
- Servizi di prenotazione front-office e back-office;
- Servizi amministrativi;
- Servizi infermieristici e ausiliario;
- Servizi di assistenza domiciliare;
- Servizi residenziali, semiresidenziali e socio-riabilitativi;
- Servizi di lavoro interinale.

Le Aziende Sanitarie saranno pertanto tenute ad effettuare una istruttoria da cui si evinca l'adozione preliminare di ogni utile misura per la riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni, individuando nell'ambito di tale riorganizzazione, i margini di efficientamento conseguibili e promuovendo, contestualmente, iniziative sul versante dell'appropriatezza erogativa.

In particolare, la Direzione Centrale Acquisti, per le richieste di autorizzazione di particolare impatto economico e di rilevanza Sanitaria, proseguirà il percorso di indirizzo verso procedure espletate tramite unioni di acquisto di più Aziende Sanitarie. Nei casi in cui rinverrà fabbisogni comuni ma non centralizzabili, inviterà le Aziende coinvolte a formulare una proposta di un capitolato unico, da valutare congiuntamente con la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. Solo a seguito di tale parere verrà eventualmente valutata l'autorizzazione a procedere.

Inoltre, al fine di garantire un governo integrato dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali, le relative richieste di autorizzazione, verranno valutate dalla Direzione Centrale Acquisti congiuntamente con LAit SpA e con la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria.

In considerazione dell'attività di programmazione avviata tramite l'istituzione di un'apposita Area all'interno della Direzione Centrale Acquisti, ed al fine di consentire un governo della spesa delle Aziende Sanitarie di più ampio respiro, si ritiene, a partire dal 2014, grazie alla implementazione di una piattaforma di e-procurement, di evolvere dal concetto di autorizzazione della singola gara, al concetto di Piano degli Acquisti di ciascuna Azienda Sanitaria, da autorizzare preventivamente ed in coerenza con il Piano degli Acquisti Centralizzato. La nuova piattaforma di e-procurement regionale rappresenterà infatti lo strumento attraverso il quale la Centrale Acquisti potrà acquisire i fabbisogni complessivi di acquisto delle singole Aziende Sanitarie e valutarne una pianificazione strutturata per il biennio successivo. Si rimanda alla sezione di dettaglio per il cronoprogramma di dettaglio ed i risultati attesi.

Pianificazione delle gare centralizzate

Si riporta una sintesi delle iniziative di gara finora gestite dalla Centrale Acquisti e la pianificazione degli acquisti centralizzati per il triennio 2013-2015. Tale pianificazione comprende le categorie merceologiche e/o i servizi che la Struttura regionale, a partire dall'analisi dei fabbisogni di acquisto delle Aziende Sanitarie, ritiene necessario "aggregare" attraverso acquisti centralizzati. In particolare:

- Gare centralizzate espletate e già contrattualizzate;
- Gare centralizzate già decretate ed in fase di espletamento;
- Le iniziative centralizzate già decretate in fase di pubblicazione.

Con riferimento a tali iniziative si fornisce di seguito l'evidenza del valore di transato annuo tramite gare centralizzate (inteso come valore di aggiudicazione per le iniziative già aggiudicate e come valore di base d'asta per le iniziative indette e non ancora aggiudicate) rispetto al totale della spesa potenzialmente aggregabile con le medesime iniziative.

Quest'ultimo valore, con riferimento ai dati di consuntivo 2012, è pari a circa 2,6 €/Mld e comprende le seguenti voci di spesa: Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati, Altri Beni Sanitari, Beni Non Sanitari, Servizi Appalti, Servizi Utenze, Premi di assicurazione, Altri Servizi Sanitari e Non, Altri servizi non sanitari da privato, Godimento Beni di terzi, Canoni di noleggio e leasing, Assistenza Integrativa e Protesica da Privato.

Il valore di transato per iniziative centralizzate al 2013 è pari a circa 930€/Mln (36% della spesa aggregabile), e per le annualità successive è possibile stimarlo pari a 1.060 €/Mln nel 2014 (41% della spesa aggregabile) e circa 1.110 €/Mln nel 2015 (pari a circa il 43% della spesa aggregabile).

Attivazione di sistemi di e-procurement regionali

La Direzione Centrale Acquisti si sta dotando di una piattaforma di e-procurement che verrà messa a disposizione oltre che della Regione e degli Enti regionali, anche delle Aziende Sanitarie. La realizzazione della piattaforma di e-procurement consentirà di conseguire importanti risultati sia in termini di maggiore trasparenza delle procedure di acquisto che in termini di riduzione e semplificazione degli adempimenti amministrativi sia per le AA.SS. che per le Imprese.

A tal proposito è stato già realizzato uno studio di fattibilità relativamente all'implementazione della piattaforma informatica. In considerazione della necessità di conseguire, a breve termine, gli obiettivi sarà adottata in questa fase iniziale una soluzione in service che consente alla Regione Lazio di consolidare il percorso di informatizzazione senza dover sostenere investimenti onerosi necessari per lo sviluppo di una nuova piattaforma.

Collaborazione con Consip

In attesa dell'implementazione della piattaforma di e-procurement regionale, al fine di garantire una maggiore efficienza nella gestione del processo di gara e promuovere una dematerializzazione del processo di acquisto, la Centrale Acquisti si è avvalsa della piattaforma tecnologica Consip per le gare Farmaci.

Le iniziative di gara centralizzata "Farmaci 3" e "Farmaci 2013", sono state interamente gestite con la modalità di acquisto del Sistema Dinamico di Acquisizione (SDA) attraverso la piattaforma elettronica di Consip "Acquistinretepa". La Regione Lazio è stata tra le prime amministrazioni in Italia a pubblicare un bando semplificato tramite lo SDAPA con evidenti benefici in termini di trasparenza, efficienza e durata delle procedura di gara.

La scelta dello strumento innovativo di acquisto (SDA) trova invece motivazione nel consentire alle amministrazioni aggiudicatrici di disporre di un ventaglio particolarmente ampio di offerte e, quindi, di assicurare un'utilizzazione ottimale delle finanze pubbliche grazie all'ampia concorrenza che si viene a instaurare. I benefici che ne derivano sono:

- processo interamente informatizzato;
- offerte migliorabili successivamente;

- dinamismo della partecipazione grazie all'entrata continua di nuovi fornitori;
- trasparenza e concorrenzialità della procedura;
- flessibilità nel soddisfare esigenze specifiche delle Amministrazioni.

La Direzione Centrale Acquisti, inoltre, ha rafforzato l'attività di indirizzo delle Aziende Sanitarie nell'utilizzo della piattaforma elettronica Me.P.A. e delle convenzioni Consip, anche alla luce delle disposizioni contenute nel Decreto Legge 52/2012 convertito con legge n. 94/2012.

A tal proposito, nella gestione delle autorizzazioni, seguendo le direttive dei decreti sopra citati, la Direzione Centrale Acquisti ha monitorato ed autorizzato il piano dei fabbisogni indirizzando le Aziende Sanitarie all'utilizzo delle convenzioni Consip nelle procedure di acquisto svolte. Qualora si sia riscontrata una richiesta di autorizzazione ad indire autonoma procedura di gara per categorie merceologiche già oggetto di convenzioni Consip attive, la Centrale Acquisti ha negato l'autorizzazione invitando le Aziende richiedenti ad aderire alla relativa convenzione.

Nei casi di richieste di autorizzazioni per beni e servizi acquistabili tramite la piattaforma del mercato elettronico nazionale, la Direzione richiede alle Aziende Sanitarie di verificare, in via preventiva rispetto all'espletamento di procedure di gara, la disponibilità dei beni e servizi necessari sul mercato Me.P.A.

La Direzione Centrale Acquisti monitora l'effettivo adempimento da parte delle Aziende Sanitarie alle prescrizioni sopra descritte, attraverso ricognizioni mensili effettuate utilizzando lo strumento informatico messo a disposizione da Consip.

Risultati e Cronoprogramma

- Individuazione di ulteriori categorie merceologiche per le quali la Direzione Centrale Acquisti procederà con l'individuazione di nuovi prezzi di riferimento sulla base della reportistica generata mediante la *Spending Analysis*
- Produzione di un report trimestrale relativo alle gare bandite dalle Aziende Sanitarie, con la segnalazione di eventuali comportamenti difformi dalle prescrizioni per l'attivazione del processo sanzionatorio
- Intercettazione della domanda per beni e servizi delle Aziende Sanitarie, analisi dei fabbisogni e progressiva pianificazione e ottimizzazione degli acquisti durante il biennio;
- Ampliamento delle categorie merceologiche oggetto di intervento e diversificazione della modalità di acquisto durante il biennio;
- Generazione di risparmi attraverso l'aggregazione della domanda e l'espletamento di gare centralizzate programmate per il triennio 2013-2015;
- Adozione delle "best practice" di acquisto delle Aziende Sanitarie, individuate tramite opportune e mirate analisi di benchmark durante il biennio;
- Studio di fattibilità per l'implementazione di una piattaforma di *e-procurement* regionale;
- Implementazione della piattaforma di *e-procurement* entro il 31.12.2014;
- Proseguire l'attività di supporto all'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie degli strumenti di acquisto, ove disponibili, messi a disposizione da Consip.

3.3.4.3 Altri interventi in materia di Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi e Farmaci

Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012)

- Abbattimento della spesa sui contratti relativi ai servizi e beni non sanitari, tramite la rinegoziazione del 10% e l'allineamento dei prezzi corrisposti dalle Aziende Sanitarie con i prezzi di riferimento della AVCP;
- Abbattimento della spesa sui contratti relativi a servizi di ristorazione e pulizie.

Health technology assessment

- Ricezione da parte dell'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie delle richieste di investimento inviate dalle Aziende Sanitarie entro il 31.05.2014;
- Valutazione, attraverso la metodologia HTA, delle richieste di investimento inviate dalle Aziende da parte del Nucleo di Valutazione Regionale, entro il 30.09.2014;
- Emanazione della Delibera di assegnazione del finanziamento regionale da parte dell'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie entro il 31.10.2014.

3.3.4.4 Assistenza farmaceutica

Distribuzione Diretta e per Conto

Obiettivi Programmati

La Distribuzione per conto è stata avviata nella Regione Lazio nel novembre 2006 ed ha avuto successive implementazione nel numero di prodotti distribuiti e nelle riduzione della remunerazione alla filiera distributiva.

Risultati e Cronoprogramma

- Rinnovo degli accordi con le aziende farmaceutiche per l'acquisto dei farmaci in DPC;
- Valutazione delle offerte economiche dei principi attivi presenti nel nuovo Accordo DP;
- Modifica delle remunerazione secondo il nuovo accordo DP.

Altri inventi

- Revisione del Prontuario Terapeutico ospedaliero;
- Realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico relativamente alle nuove terapie per il trattamento dell'HCV, costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo;
- Realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico relativamente all'Emofilia, costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo e analisi farmaeconomica;
- Realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico relativamente alla Sclerosi Multipla, costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare e recepimento documento di indirizzo in condivisione con l'Area Programmazione Rete Ospedaliera e con l'Area Programmazione dei Servizi Territoriali e delle attività Distrettuali della Integrazione Socio Sanitaria;
- Incremento dell'appropriatezza prescrittiva, secondo le evidenze disponibili in letteratura, privilegiando i farmaci a brevetto scaduto all'interno delle categorie terapeutiche in cui sono presenti. Aggiornamento Decreto Commissariale 71/2012;
- Monitoraggio attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione di farmaci equivalenti attraverso il supporto del sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, let. b) del DL78/2010;
- Emanazione di direttive sull'uso di farmaci a miglior rapporto costo/efficacia;
- Recupero extrasconti delle strutture classificate attraverso le informazioni economico-amministrative presenti nel registro monitoraggio AIFA;
- Recupero del payment by results;
- Monitoraggio sull'utilizzo di farmaci oncologici alto spendenti ed individuazione dei centri e specialisti prescrittori per i nuovi farmaci autorizzati con Determina AIFA;
- Predisposizione delle linee di indirizzo regionali sui farmaci biosimilari;
- Razionalizzazione dell'uso dei farmaci oncologici e riduzione del rischio clinico;
- Razionalizzazione dell'uso dei farmaci in regime di ricovero;
- Efficientamento procedure di acquisto.

3.3.5 AZIONE 6: Gestione del Personale

3.3.5.1 Linee di indirizzo per la gestione del personale

Contesto di riferimento

La Regione, a seguito della riorganizzazione delle reti di assistenza sanitaria, ed in particolare per quanto riguarda la rete ospedaliera, intende procedere alla revisione del fabbisogno in termini di forza lavoro da impiegare per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, stante il rispetto di tutti i vincoli normativi ed in particolare il rispetto dell' art. 2, comma 71, della legge n.191/2009 che stabilisce il vincolo fondamentale in tema di spesa di personale per gli anni 2010-2012 (spesa 2004 diminuita dell'1,4%, pari a complessivi € 706.068.000) e confermato – in base alle disposizioni del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in legge in legge n. 135/2012 - fino all'anno 2015.

Obiettivi Programmati

Alla luce dell'attuazione della riorganizzazione delle reti assistenziali, la Regione intende:

- Completare il disegno complessivo di razionalizzazione delle unità operative complesse e semplici (in attuazione degli standard stabiliti dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26.03.2012) e degli incarichi di coordinamento e delle posizioni organizzative;
- Ridefinire le linee guida per gli Atti Aziendali fornendo dei parametri per la valutazione del fabbisogno aziendale in termini di forza lavoro;
- Verificare la conformità delle dotazioni organiche, redatte dalle Aziende sanitarie, alle linee di indirizzo regionali stabilite formulando, ove nel caso, eventuali rilievi;
- Valutare le unità di personale in esubero/carenze presentati negli atti aziendali da ciascuna Azienda in linea con il fabbisogno di personale necessario per garantire l'attuazione della nuova rete assistenziale;
- Definire un regolamento per la mobilità del personale con un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al fine di garantire corretta riallocazione delle risorse tra Aziende e gli Enti del SSR, a partire dalle posizioni di esubero/carenza di personale degli stessi (cd "camera di compensazione regionale"), in particolare per le figure dedicate all'assistenza infermieristica;
- Procedere a nuove assunzioni di personale esclusivamente dopo la ricollocazione del personale a livello regionale per le posizioni carenti, tenendo conto delle eventuali norme che interverranno in materia di stabilizzazione del precariato, previa autorizzazione regionale e nel rispetto del budget concordato con la Regione per la spesa del personale e del limite invalicabile stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (pari alla spesa personale 2004 diminuita dell'1,4%). In attesa della piena attuazione della riorganizzazione della rete, resta vigente il blocco del turnover nella misura del 85%; le eventuali assunzioni in deroga concesse sono fissate nella misura del 15% del numero del personale cessato dell'anno precedente;
- Pubblicazione bando di Dirigenti infermieristici Asl/AO nel rispetto delle deroghe entro il 30.06.2014;
- Potenziare il sistema di monitoraggio del personale attraverso:
 - il Piano Annuale delle Cessazioni, quale strumento programmatico con cui le Aziende comunicano alla Regione il numero delle unità di personale che, per unità operativa e figura professionale, in base all'anzianità lavorativa maturata o sopraggiunti limiti di età è probabile cessino durante il corso dell'anno (indicando la data stimata di cessazione);
 - il sistema di monitoraggio mensile per la verifica della coerenza tra Piano Annuale delle Cessazioni e le effettive cessazioni comunicate dai Direttori Generali. Questi dovranno comunicare tempestivamente per ciascuna cessazione la data effettiva della cessazione, il motivo e l'unità operativa di appartenenza del personale cessato;
 - il potenziamento dei sistemi di rilevazione strutturali del personale dipendente in sostituzione dei flussi cartacei precedenti, con priorità al flusso relativo al personale impiegato a qualsiasi titolo per unità operativa mediante la messa a regime del flusso informativo FluPers, avvalendosi dell'affiancamento di cui al sottoscrivendo Protocollo di Intesa tra Regione Lazio e Regione Lombardia;

- il potenziamento dei flussi informativi di cui sopra integrandoli con la rilevazione dei principali informazioni relative al personale non dipendente;
- Stabilire i sistemi di sanzione per i Direttori Generali in caso di mancato rispetto del blocco del turnover e di mancato invio dei flussi informativi previsti (Schede di ricognizione del personale al 31/12, Piano delle Cessazioni), per la valutazione degli stessi in base alle disposizioni contenute nei contratti sottoscritti dai Direttori generali.

Si specifica altresì che la rideterminazione delle piante organiche, dovrà essere effettuata al netto dei servizi esternalizzabili che ciascuna Azienda ed Ente dovrà individuare in accordo con la Regione e nel rispetto della riorganizzazione dei servizi sanitari.

Risultati programmati e cronoprogramma

- Formalizzazione delle Linee Guida per gli Atti Aziendali entro 30 giorni dall'approvazione dei Programmi Operativi 2013-2015, in coerenza a standard di accreditamento e normativa nazionale;
- Presentazione degli Atti Aziendali da parte delle Aziende del SSR entro 60 giorni dall'emanazione delle Linee Guida per gli Atti Aziendali;
- Valutazione degli Atti Aziendali da parte della Regione e approvazione, previa eventuale modifica da parte delle Aziende del SSR, entro 60 giorni dalla presentazione degli Atti Aziendali,
- Valutazione delle unità di personale in esubero/carenza presentate da ciascuna Azienda a seguito alla dismissione dei presidi ospedalieri e delle unità operative della rete ospedaliera;
- Avvio di un tavolo con le organizzazioni sindacali per favorire i processi di mobilità intra regionale in funzione del fabbisogno determinato dalle aziende negli atti aziendali;
- Adozione del regolamento della mobilità intra-aziendale entro 30 giorni dall'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera;
- Avvio delle attività relative alla "camera di compensazione" entro 60 giorni dalla dichiarazione di esubero/carenza presentate da ciascuna Azienda da parte della regione;
- Revisione ed adozione del decreto contenente la Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turn-over entro 30 giorni dal ricevimento del parere ministeriale sulla bozza già trasmessa;
- Avvio della raccolta dei documenti di programmazione aziendale "Ricognizione del personale-Piano annuale delle assunzioni" entro il 31.03 di ogni anno;
- Avvio del monitoraggio delle aree di sovra-sottodotazione del personale in base a confronti tra Aziende ed in coerenza a standard di accreditamento e la normativa nazionale sui dati raccolti nelle schede di ricognizione del personale previste dalla procedura per l'assunzione in deroga, da autorizzarsi solo dopo aver attivato procedure di mobilità interaziendali sulla base delle disponibilità in "camera di compensazione";
- Adozione della circolare istitutiva del monitoraggio sulle cessazioni entro il 30.04.2014 ed invio da parte delle Aziende della prima rilevazione entro il 31.05.2014 (entro il 28.02.2015 per l'anno 2015);
- Monitoraggio mensile del flusso delle cessazioni con indicazione delle figure di personale cessate per unità operativa a partire dal 31.05.2014;
- Invio di una relazione trimestrale ai Ministeri affiancanti sul monitoraggio del rispetto del blocco del turn-over e delle procedure di deroga previste dalle indicazioni regionali (evidenza di eventuali assunzioni non autorizzate) a partire dal 30.06.2014;
- Aggiornamento e messa a regime del Flusso Flupers per il monitoraggio della gestione del personale delle Aziende e degli Enti del SSR entro il 31.12.2015.

3.3.5.2 Altri interventi operativi sul personale

Monitoraggio del ricorso a prestazioni aggiuntive, personale convenzionato e consulenze

- Emanazione di linee guida regionali ai fini di un corretto ed uniforme utilizzo delle prestazioni aggiuntive da parte delle Aziende entro il 30.06.2014.

- Verifica trimestrale della congruenza del dato economico rilevato in contabilità dalle singole aziende, rispetto all'obiettivo di contenimento della spesa, e rispetto alla consistenza e al contenuto dei progetti di attivazione di prestazioni aggiuntive comunicati alla Regione e da questa autorizzati;
- Adozione del Provvedimento regionale per il contenimento della spesa per specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie, contenente il disciplinare con le modalità di deroga al divieto assoluto del conferimento di nuovi incarichi e/o aumento di ore degli specialisti entro il 30.11.2014;
- Report di monitoraggio trimestrale delle ore e della spesa per gli specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie a partire dal 30.09.2014;
- Adozione della circolare per la compilazione del Piano annuale delle Consulenze entro il 31.05.2014 e formulazione delle proposte aziendali entro il 30.06.2014.

Determinazione dei fondi della contrattazione integrativa

- Adozione dei provvedimenti aziendali di adeguamento dei fondi contrattuali entro il 31.12.2014;
- Adozione dei provvedimenti aziendali di adeguamento dei fondi contrattuali a fronte degli avvenuti processi di redistribuzione e riallocazione del personale conseguente alla revisione della rete ospedaliera e territoriale;
- Monitoraggio semestrale della corrispondenza della consistenza del fondo e dell'utilizzo del medesimo con particolare riferimento al fondo del disagio della dirigenza e del comparto;

Impatto economico

Incluso all'interno del risparmio sul blocco del Turn Over

Ricollocazione del Personale inidoneo alla mansione specifica

- Avvio del monitoraggio relativo al personale soggetto a minori aggravii e beneficiario di L104/92 per unità operativa e figura professionale;
- Predisposizione d'intesa con le Aziende di linee guida per la ricollocazione, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e contrattuali, dei dipendenti oggetto di visita ai nuovi compiti e/o incarichi, anche in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale e con l'adozione dei nuovi Atti aziendali e monitoraggio entro il 31.11.2014.

Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale

- Definizione di disposizioni regionali necessarie per consentire l'adeguamento dei processi di gestione dell'attività libero – professionale attualmente in essere presso le aziende ed enti del S.S.R. alle recenti novità legislative introdotte dall'art. 2 del decreto legge 13.09.2012, n. 159, convertito con modificazioni in legge 8 novembre 2012, n. 189 entro il 31.06.2014.

Contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 DL 78/2010, come convertito dalla L. 30 luglio 2010, n. 122) e accentramento delle funzioni amministrative di supporto

- Individuazione delle funzioni amministrative rientranti nel processo di accentramento, da selezionare tra: provveditorato, logistica, patrimonio e sistemi informativi e delle Aziende in possesso dei requisiti necessari per la gestione delle attività per conto delle altre Aziende del SSR;
- Approvazione di Linee guida regionali per la definizione di appositi interventi per il contenimento del costo degli apparati amministrativi, ai sensi di quanto previsto dall'art. 6 del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n. 122 entro il 30.06.2014;
- Definizione delle caratteristiche organizzative dell'articolazione funzionale prescelta per l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto, inclusive del corretto dimensionamento del personale, entro il 31.12.2014;
- Implementazione del modello organizzativo entro il 31.12.2015.

Razionalizzazione dei servizi di pagamento delle retribuzioni

- Avvio della fase di gestione sperimentale in parallelo del pagamento stipendi secondo il progetto “Noi_Pa”, che utilizzando l’omonima piattaforma del MEF intende realizzare un sistema unico per la gestione giuridica-economica del personale e per la rilevazione presenze;
- Realizzazione delle attività propedeutiche per l’implementazione del progetto in tutte le Aziende del SSR e messa a regime entro il 31.01.2015.

Analisi costo medio del personale

- Perequazione, nel rispetto delle competenze della Regione e delle Aziende nonché dei contratti collettivi nazionali e integrativi vigenti, delle voci stipendiali accessorie anche per consentire i processi mobilità intraregionale;
- Emanazione linee di indirizzo regionali sulla contrattazione integrativa aziendale condivise con le organizzazioni sindacali entro il 31.03.2015;
- Monitoraggio sull’applicazione delle linee guida entro il 31.12.2015.

Dirigenza sanitaria e governo clinico

- Trasmissione da parte delle Aziende ed Enti del SSR entro e non oltre 30 giorni dalla notifica del DCA che approva i presenti Programmi Operativi 2013-2015 alle competenti strutture regionali del proprio piano di valutazione del personale dirigenziale secondo le indicazioni regionali;
- Trasmissione da parte di ciascuna Azienda al termine della valutazione alle competenti strutture regionali tutta le risultanti inerenti la valutazione relativa all’anno precedente entro il mese di febbraio dell’anno successivo.

3.4 INTERVENTO 4: Flussi informativi

3.4.1 AZIONE 1: Integrazione dei flussi informativi

Contesto di riferimento

Il sistema informativo ha assunto la funzione, così come in numerosi altri contesti, di vero e proprio sistema nervoso del Servizio Sanitario. Il suo compito è quello di rilevare i “segnali “ prodotti nelle diverse articolazioni del sistema, integrarli ed elaborarli secondo schemi ben definiti, per rendere poi disponibile l’informazione appropriata ai diversi livelli decisionali (erogazione dell’assistenza, gestione, programmazione e governo).

In questa prospettiva la Regione Lazio ha avviato nel 2013 un progetto di armonizzazione ed integrazione tra i diversi flussi informativi che hanno avuto, finora, modalità di implementazione e di gestione piuttosto eterogenee.

A conclusione del progetto di armonizzazione, i flussi informativi “verticali” condivideranno “nativamente” un nucleo centrale di basi di dati (popolazione, strutture, nomenclatori, etc.) e potranno pertanto essere considerati sottosistemi di un unico sistema informativo sanitario regionale.

L’elemento più innovativo di questo progetto è l’Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR) che, relativamente alla componente degli assistiti/assistibili è già costantemente allineata, per il tramite di SOGEI, con il MEF nell’ambito del progetto tessera Sanitaria. Nel corso del 2014 saranno nativamente integrate su ASUR le soluzioni relative alla scelta e revoca del MMG/PLS, STP, ENI e gestione esenzioni per patologia.

Partendo da ASUR sarà anche completata e messa a regime la “funzione di correlazione anagrafica”, così come definita nella scheda 12A dell’ adottando Regolamento regionale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, e le conseguenti procedure di anonimizzazione univoca dei dati individuali che permetteranno, per le finalità di valutazione, programmazione e governo, di ricostruire ed analizzare, in forma anonima, i percorsi di cura dei singoli assistiti.

ASUR rappresenta anche la base di riferimento per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in attuazione della Legge 9 agosto 2013, n. 98, e secondo i tempi e le modalità definite nell'emanando DPCM, già oggetto di assenso da parte della Conferenza Stato-Regioni.

In questo contesto l'Ufficio Servizio Informativo Sanitario assume un ruolo di indirizzo e coordinamento per lo sviluppo dei sistemi informativi Aziendali di Aziende Pubbliche, AO, IRCCS e Policlinici.

Risultati e Cronoprogramma

- Collegamento ad ASUR di tutte le aziende sanitarie pubbliche entro il 31.12.2014;
- Approvazione, con Delibera di Giunta Regionale, del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, entro il 30.04.2014;
- Realizzazione della funzione di correlazione anagrafica, entro il 30.12.2014;
- Realizzazione e avvio dell'alimentazione del FSE, entro il 30.06.2015.

Gli altri elementi del progetto di armonizzazione che la Regione intende realizzare sono:

- Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale (SIAT), a supporto dell'assistenza domiciliare, della residenzialità sanitaria assistenziale, della riabilitazione estensiva e di mantenimento e del ricovero in hospice. Già realizzato e in fase di test presso due ASL pilota. In produzione entro il 30.09.2014;
- Sistema Informativo Ospedaliero. Piattaforma di integrazione dei sistemi aziendali ospedalieri che consente il recupero in tempi diversi (sincroni, ASAP, ex posto, etc. etc.) di informazioni necessarie a livello centrale (es. ADT, SDO, lettera di dimissioni, etc.) sia per il controllo e il monitoraggio sia per i fini clinico sanitari (alimentazione del FSE). In produzione entro il 30.04.2015;
- Prescrizione elettronica/Dematerializzazione della ricetta, secondo quanto concordato il 4.03.2014 con la Ragioneria Generale dello Stato e il Ministero della Sanità. Raggiungimento dell'85% di prescrizione elettronica entro settembre 2014 e passaggio alla dematerializzata entro il 31.12.2014;
- Distribuzione referti. Realizzazione di una infrastruttura centrale che raccoglie tutti i referti di laboratorio delle ASL e delle AO e che consente ai cittadini la possibilità di ritirare un referto in modalità elettronica, con piena validità legale (firmato digitalmente). La realizzazione di questa componente è di fondamentale importanza nell'ottica del realizzando FSE. Già operativo in due ASL, a regime entro il 31.12.2014;
- Implementazione, in linea con quanto previsto dall'agenda digitale italiana, di un sistema regionale per il pagamento del ticket con modalità elettroniche alternative al contante, entro marzo 2015.
- Istituzione del sistema informativo per la salute mentale", per la parte concernente il modulo che attiene alla residenzialità psichiatrica, in attuazione del Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010, entro il 31.12.2014
- Implementazione del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze' (SIND), in attuazione del Decreto Ministeriale 11 giugno 2010. SIND a regime per la totalità dei Ser.T. regionali entro il 31.12.2014.

3.5 INTERVENTO 5: Altri Interventi Operativi di Gestione

3.5.1 AZIONE 1: Sanità Pubblica

Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione

- Avvio della nuova progettazione del PRP annualità 2014 – 2018, contestualmente alle attività connesse al PNP in sede CIP – Coordinamento Interregionale Prevenzione e Ministero della Salute, entro il 31.12.2014;
- Coordinamento operativo del Piano regionale della prevenzione: assistenza e supporto alle ASL, ai referenti regionali e ai soggetti interessati ai fini dello svolgimento delle attività e del

raggiungimento dei risultati programmati, e conseguente verifica delle attività PRP svolte dalle ASL anche ai fini della certificazione ministeriale entro il 31.03 di ciascun anno.

Qualificazione dei programmi di screening oncologici e adeguamento agli standard nazionali

- Valutazione performance degli screening aziendali per i Direttori Generali (già inseriti tra gli indicatori di valutazione degli stessi DG con DGR 42/2014) e monitoraggio secondo gli indicatori dell'Osservatorio Nazionale degli screening, entro il 31.06.2014;
- Diffusione e verifica di utilizzo di un Manuale Operativo e fornitura di un pacchetto formativo alle ASL su re-training degli operatori entro il 31.06.2014;
- Attività di record linkage tra l'archivio delle vaccinate HPV e screening, monitoraggio delle ASL con programmi che utilizzano il test HPV come test di screening attraverso il calcolo degli indicatori di performance ONS, entro il 31.06.2014;
- Costruzione di una rete di stakeholder (MMG, Associazioni) per l'aumento della compliance allo screening entro il 30.06.2014, mediante una preliminare effettuazione di un censimento degli stakeholder attivi sul territorio e reingegnerizzazione dello screening individuale verso quello organizzato attraverso il coinvolgimento dei MMG, l'utilizzo dei CUP/RECUP entro il 31.12.2014;
- Monitoraggio dei piani di digitalizzazione delle ASL e integrazione RIS/SIPSOweb entro il 31.06.2014 per l'implementazione del SIPSOweb su tutte le ASL e monitoraggio continuo delle performance aziendali entro il 31.12.2014;
- Emanazione di un documento regionale in materia di screening oncologici che aggiorni la DGR 4236/97 istitutiva degli screening ed espliciti modelli organizzativi, requisiti, risorse sia umane che tecniche, protocolli e debito informativo, entro il 30.09.2014.

Prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

- Realizzazione dei progetti finalizzati di prevenzione e vigilanza sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ai fini del raggiungimento del LEA, entro il 31.12 di ogni anno;
- Realizzazione delle attività progettuali in partnership con INAIL finalizzate alla sperimentazione di almeno una procedura di ogni azienda sanitarie pubblica entro il 30.06.2015;
- Adozione del manuale e delle linee di indirizzo da parte della Regione Lazio entro il 31.10.2015.

3.5.2 AZIONE 5: Sicurezza e Rischio Clinico

Metodologia e strumenti per il Governo Clinico

- Istituzione di un tavolo permanente, che si riunisce con cadenza mensile, dei risk manager delle varie Aziende del SSR, per agevolare lo scambio di informazioni e di esperienze ed il coordinamento delle strategie, anche mediante l'introduzione di nuovi obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per aumentare la sicurezza delle cure, assicurare l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico, e diminuire l'ammontare dei risarcimenti legati a casi di responsabilità medica;
- Istituzione di gruppi di lavoro (composti dai risk manager, dai medici legali e dai dirigenti degli uffici legali delle Aziende del SSR) per l'adozione:
 - entro il 31.03.2014 delle Linee Guida per la redazione del Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico e delle ICA e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano Annuale;
 - entro il 30.04.2014 di Linee Guida per la composizione ed il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri a livello aziendale;
 - di Linee Guida per il monitoraggio ed il contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Monitoraggio del flusso informativo SIMES e dei piani di miglioramento a seguito di eventi sentinella

- Istituzione di un apposito Gruppo di Coordinamento Rischio Clinico costituito da 3 Risk Manager, che si riunisce con cadenza settimanale, che abbia tra le altre le seguenti funzioni:

- validazione delle Schede A e B e Piani d'azione degli eventi avversi/sentinella da trasmettere al Ministero della Salute, al fine di assicurare il corretto e tempestivo flusso informativo nel rispetto della normativa nazionale;
- compiti di second opinion per sinistri/eventi di particolare gravità;
- supporto nell'elaborazione e l'implementazione delle indicazioni ministeriali e delle Buone Pratiche in tema di Rischio Clinico e conseguente monitoraggio della corretta applicazione.

Monitoraggio check list in Sala Operatoria

- Individuazione di responsabili aziendali dell'uso della check list in Sala Operatoria e monitoraggio costante sul relativo utilizzo attraverso la compilazione periodica di uno specifico questionario e la conseguente elaborazione di interventi correttivi da parte del Tavolo Permanente dei Risk Manager, entro il 31.12.2014;
- Configurazione, entro il 31.12.2014, dell'uso della check list in Sala Operatoria quale requisito per la conservazione del titolo di autorizzazione all'esercizio per le strutture private.

Sicurezza nella terapia oncologica

- Assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende del SSR un obiettivo specifico legato all'implementazione della raccomandazione in questione, entro il 31.12.2014;
- Istituzione di un Gruppo di Lavoro (composto da alcuni risk manager delle Aziende del SSR) per adottare uniformi direttive circa l'implementazione della raccomandazione in questione ed assicurare il monitoraggio sull'effettiva e puntuale osservanza della stessa da parte di tutte le Aziende del SSR, anche mediante l'introduzione di specifici percorsi formativi rivolti agli operatori del SSR, entro il 31.12.2014;
- Configurazione, entro il 31.12.2014, del rispetto della raccomandazione quale condizione necessaria per la conservazione del titolo autorizzativo e di accreditamento per i privati autorizzati all'esercizio e per quelli accreditati.

Qualità e sicurezza dei pazienti tra i criteri di valutazione dei D.G.

Inserire quali obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende del SSR :

- adozione ed attuazione di un Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, orientato alla sicurezza di pazienti, operatori, e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contemplici ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione;
- la partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale.

Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo

- Definizione strategia di gestione del rischio assicurativo entro 31.12.2014.

3.5.3 AZIONE 2: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Riquilibratura e riorganizzazione del nodo regionale

- Istituzione del tavolo permanente di coordinamento multidisciplinare in materia di Sanità Veterinaria e sicurezza Alimentare tra le due componenti professionali della sicurezza degli alimenti (medica e medico-veterinaria) coordinato dal Direttore della Direzione salute ed integrazione socio-sanitaria entro il 30.06.2014;
- Predisposizione di Linee Guida che prevedano la costituzione, all'interno del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dell' Area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, integrando in tale contesto anche le funzioni dei Servizi Igiene degli alimenti e della nutrizione oltre a quelle tipiche dei servizi Veterinari, in coerenza con quanto previsto dall'art. 7 quater del D.Lgs 502/92, entro il 30.04.2014.

Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

- Predisposizione, entro il 30.06.2014, di un macro-obiettivo complesso "Assicurazione dei Livelli essenziali di Assistenza in Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare" che tenga conto del

contesto nazionale di valutazione LEA e inserimento dello stesso nelle procedure di valutazione dei Direttori Generali e avvio della valutazione entro il 30.04.2015.

Adozione ed attuazione di un sistema di audit sulle Autorità competenti, nonché implementazione di un piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale

L'obiettivo generale è di estendere l'adozione e l'attuazione di un sistema di audit sulle Autorità competenti, attualmente in essere solo per i Servizi Veterinari, nonché di completare la formazione di tutti gli attori del controllo ufficiale. A tal fine sono previste le seguenti azioni:

- Recepimento a livello regionale dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle Asl in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" entro il 30.03.2014;
- Individuazione di 12 operatori presso i Servizi di igiene degli alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle ASL entro il 31.03.2014 e formazione degli operatori individuati per gli audit sulle autorità competenti entro il 31 luglio 2014. Formazione successiva degli altri operatori SIAN per l'effettuazione degli audit sugli OSA;
- Integrazione a partire dalla programmazione 2015 (da effettuare entro il 28.02.2015) del piano di audit regionale sulle autorità competenti delle aziende sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 4 comma 6 del REG. CE 882/2004, attualmente in essere solo per i Servizi Veterinari, anche alla componente dei SIAN.

3.5.4 AZIONE 3: Sanità Penitenziaria

Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR - tutela della salute in carcere

- Monitoraggio sull'adozione delle Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio, entro il 30.09.2014;
- Convalida degli inventari, validati e trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende Sanitarie Locali da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia, entro il 30.09.2014;
- Convenzioni per uso dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende Sanitarie Locali, entro il 31.09.2014.

Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti

- Verifica attuazione della DGR 277/12, concernente l'attivazione delle articolazioni sanitarie negli istituti penitenziari individuati, con la finalità di concorrere al superamento degli OOPPGG e individuazione di un'ulteriore sede ove realizzare un'articolazione sanitaria per maggiore copertura del territorio, entro il 31.12.2014;
- Verifica della presa in carico da parte delle ASL di competenza territoriale dei pazienti OPG dimissibili da punto di vista sanitario, entro il 31.09.2014;
- Verifica degli impegni derivanti dalla Determinazione B08697/12 (ripartizione del Fondo per il Cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN 2009), in particolare per l'integrazione tra DSM e OPG per il reinserimento sociale di soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, ricoverati in OPG, entro il 30.11.2014;
- Realizzare la formazione di tutti gli operatori delle ASL e in particolare dei DSM che si occuperanno della cura e della gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato, entro il 31.12.2014.

Tutela della salute in carcere

- Informatizzazione della cartella sanitaria per soggetti assistiti nel circuito penitenziario, entro il 31.12.2014;

- Adozione di un programma di prevenzione sul tema suicidario che indichi i criteri per la gestione dei nuovi detenuti e la prevenzione del suicidio, entro il 30.06.2014;
- Attivazione di unità terapeutiche per detenuti con disagio psichico presso un istituto penitenziario, tramite accordo con PRAP, entro il 31.12.2014;
- Sperimentazione di modelli di telemedicina per migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali ai detenuti ed evitare trasferimenti evitabili agli Ospedali e/o Presidi ambulatori.

3.5.5 AZIONE 4: Formazione e Comunicazione ai Cittadini

Formazione del personale.

- Attivazione e perfezionamento della Convenzione con l'Agenda nazionale per i servizi sanitari (A.Ge.Na.S), entro il 30.06.2014, in applicazione della DGR Lazio n. 265 del 7/8/2013 per la realizzazione della piattaforma informatica personalizzata finalizzata all'accreditamento dei Provider ECM regionali e dei relativi enti formatori;
- Emanazione della Delibera di Giunta regionale recante il nuovo Piano Formativo triennio 2013 – 2015, entro il 31.03.2014, in attuazione del Piano Formativo Nazionale, tenendo conto degli indirizzi formulati dalla Commissione ECM regionale, anche in riferimento alle necessità di innovazione dei modelli organizzativi, al Piano della prestazione e dei risultati, al sistema di misurazione e valutazione delle prestazioni, all'organizzazione e gestione manageriale;
- Emanazione determina della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dell' Osservatorio regionale ECM, entro il 31.12.2013, avente finalità di controllo e di valutazione qualitativa e formale sulle attività formative svolte dai provider.

Promozione della carta dei servizi nelle Aziende Sanitarie

- Predisposizione delle Linee guida regionali per l'aggiornamento della Carta dei Servizi Sanitari entro il 30.09.2014 e adozione nelle strutture sanitarie del Lazio entro il 31.03.2015;
- Realizzazione, sulla base della normativa regionale sull'Open Data, dello specifico spazio web sul portale regionale dedicato alle Carte dei Servizi Sanitari, mediante la formalizzazione di un gruppo di lavoro che coordini gli URP aziendali nella costruzione omogenea dei tracciati record e nella creazione di un flusso informativo che garantisca la qualità e l'aggiornamento dei dati, entro il 30.06.2015;
- Stesura di un report di valutazione dello stato di implementazione della Carta dei Servizi nelle strutture regionali e dello stato di implementazione di progetti aziendali di empowerment entro il 30.11.2015.

Rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

- Costituzione di un Gruppo di lavoro regionale in grado di realizzare strumenti per la valutazione civica delle performance e dei risultati aziendali entro il 15.06.2014, che conduca una ricognizione del funzionamento dei tavoli misti permanenti della partecipazione (entro il 30.10.2014) e fornisca una mappatura di progetti di miglioramento della qualità percepita (entro il 30.09.2014);
- Avvio della sperimentazione di progetti regionali sistematici di attività di Audit Civico entro il 31.12.2014 e valutazione dello stato di diffusione di tali attività nelle aziende sanitarie regionali entro il 31.03.2015. Tale attività è finalizzata alla produzione di rapporto di Audit Civico entro il 31.12.2015.

Disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni e per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione

- Pubblicazione, nei siti web istituzionali delle AA. SS.LL., delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, dei relativi bilanci e conti consuntivi, nonché i costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini;
- Realizzazione di almeno un corso di formazione ai soggetti responsabili dell'attuazione degli interventi volti a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed illegalità nelle Aziende Sanitarie e nelle strutture sanitarie della Regione Lazio.

Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti

- Costituzione di un Gruppo di progetto regionale, entro il 30.04.2014, che analizzi i bisogni formativi per aree critiche e individui il gap di competenze e le esperienze realizzate o in corso;
- Progettazione un Piano di Formazione specifico per il biennio 2014 - 2015 sulla sicurezza dei pazienti in collaborazione con le Aziende Sanitarie del Lazio che promuova le eccellenze formative, metodi e strumenti per la sicurezza dei pazienti ed incentivi l'utilizzo di modalità formative innovative, con conseguente verifica della predisposizione, da parte delle Aziende sanitarie e delle strutture sanitarie della Regione Lazio, dei Piani Formativi Aziendali specifici sulla sicurezza dei pazienti, entro il 31.10.2014;
- Realizzazione degli interventi formativi entro il 31.10.2015 e valutazione entro il 31.12.2015.

3.6 INTERVENTO 6: Altri Interventi per il Governo del Programma Operativo

3.6.1 AZIONE 1: Adempimenti LEA

- Istituzione di un Tavolo di lavoro di monitoraggio dei LEA che predisponga un Piano superamento degli adempimenti LEA.

Programmazione Economico – Finanziaria

- Adozione dei Bilanci di Previsione delle Aziende Sanitarie in coerenza con il quadro macro economico di riferimento e con gli interventi previsti nei presenti Programmi Operativi;
- Adozione dei Bilanci di Previsione degli anni successivi secondo le modalità e le tempistiche previste dall'art. 25 del D.Lgs 118/2011;
- Adozione del Provvedimento di ripartizione del FSR secondo le indicazioni strategiche previste, entro il 30.06 di ciascuno degli anni di riferimento.

3.6.2 AZIONE 2: Attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011

Attuazione delle disposizioni del Decreto Legislativo 118/2011

- Organizzazione di incontri formativi, con cadenza trimestrale e a partire dal 31.05.2014, con tutte le Aziende in merito al nuovo piano dei conti e alle Linee Guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA al fine di garantire il rispetto delle nuove indicazioni e l'omogeneità nelle rilevazioni contabili tra la GSA e le Aziende Sanitarie;
- Implementazione dell'attuale piattaforma informatica, entro il 31.12.2015, nella quale integrare la contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità economico patrimoniale che la Regione deve attivare per adempiere agli obblighi stabiliti dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;
- Formalizzazione di un sistema di controllo interno che comprenda procedure e figure professionali adeguate a garantire il rispetto delle norme con un sistema di reporting trimestrale e annuale capace di evidenziare le attività di controllo avviate e le relative risultanze entro il 31.05.2014;
- Redazione di un rapporto trimestrale concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR, a partire dal 30.04.2014.

3.6.3 AZIONE 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Attuazione art. 79 L. 133/2008

- Costituzione di gruppi di lavoro, in collaborazione con l'Advisor contabile e gestionale, per il consolidamento di linee guida che le singole aziende dovranno recepire nell'aggiornamento dei propri manuali procedurali per la corretta rilevazione contabile dei fatti aziendali inerenti l'area debiti-costi, crediti-ricavi, immobilizzazioni, rimanenze, patrimonio netto e disponibilità liquide, con la finalità di completare il programma di Certificabilità dei bilanci del SSR entro l'esercizio 2016, anche mediante verifiche trimestrali sullo stato d'avanzamento.

3.6.4 AZIONE 4: Contabilità Analitica

Contesto di riferimento

La Regione Lazio con DGR 203/2005 ha adottato le linee guida per il controllo di gestione delle Aziende Sanitarie con l'obiettivo tra l'altro di avviare la contabilità analitica delle Aziende del SSR, descrivendone i principi e le procedure di rilevazione. Con nota prot. n. 141693 del 26 novembre 2009 la Regione ha definito il manuale relativo alla prima fase dell'implementazione dei principi e delle procedure per l'avvio del sistema informativo regionale sulla contabilità analitica delle Aziende del SSR.

Allo stato attuale l'implementazione della contabilità analitica a livello aziendale risulta ancora limitata a causa sia dell'assenza di un adeguato contesto culturale-professionale sia delle condizioni gestionali che ne garantiscano l'effettiva adozione.

Obiettivi programmati

- Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;
- Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti;
- Gradi di utilizzo della contabilità analitica;
- Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature;
- Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni;
- Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA;
- Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Al fine di raggiungere gli obiettivi ministeriali, la Regione Lazio intende implementare un sistema di Contabilità Analitica che consenta di conoscere tempestivamente costi e ricavi generati nelle singole Aziende Sanitarie; tale sistema di contabilità analitica consentirà la collocazione dei costi e dei ricavi per:

- voce di costo (di tipo amministrativo e sanitario);
- specialità medica/chirurgica;
- commessa/progetto (nel caso di IRCCS).

Per fare ciò è stato stabilito un percorso di lavoro che prevede:

- L'istituzione di un Gruppo di Lavoro, che avvii l'implementazione in due aziende pilota, una ASL ed una AO, con il compito di analizzare e verificare il sistema informativo-contabile, la struttura organizzativa indicata nell'Atto Aziendale, i dati strutturali dell'organizzazione, il piano dei centri di costo amministrativi e sanitari adottato, le modalità di implementazione del sistema di controllo, la modalità di trasmissione dei flussi informativi dai "generatori di spesa" alla contabilità, gli oggetti deputati al "controllo" e la tipologia di report;
- L'individuazione, per tipologia di costo/ricavo del flusso informativo più lineare che descriva il processo che intercorre tra la "individuazione" e/o la "generazione" di un costo/ricavo e la sua collocazione contabile. In modo particolare, verrà posta l'attenzione sulla tempistica delle operazioni suddette, sui flussi informativi alimentanti e sulle loro caratteristiche, sulle unità organizzative da coinvolgere nella fornitura di tali flussi e di quelle, rientranti nell'area pianificazione, programmazione e controllo, cui demandare lo svolgimento delle attività di rilevazione delle variabili monitorate dal Sistema;
- Sulla base del "percorso" del flusso informativo definito in queste due aziende pilota, verranno individuati i requisiti minimi per l'implementazione del sistema informativo-contabile, affinché il flusso delle informazioni sia acquisito dai sistemi informativi in maniera costante e strutturata;
- Contemporaneamente, presso la Regione Lazio, verrà introdotto un piano dei centri di costo e di ricavo che cominci ad essere alimentato dalle informazioni trasmesse dalle due aziende pilota.

Al termine di tale percorso, il lavoro verrà successivamente esteso alle altre aziende del SSR con l'obiettivo di produrre dei dati economici per natura e per destinazione al fine di utilizzare la contabilità analitica a supporto delle decisioni strategiche in sede di programmazione sanitaria, sia a livello regionale che a livello di singola azienda.

Risultati e cronoprogramma

- Istituzione del Gruppo di Lavoro entro 30.04.2014;
- Analisi e verifica del sistema informativo-contabile, della struttura organizzativa, dei dati strutturali dell'organizzazione, del piano dei centri di costo amministrativi e sanitari adottato, del sistema di controllo, della modalità di trasmissione dei flussi informativi dai "generatori di spesa" alla contabilità, degli oggetti deputati al "controllo" e della tipologia di report, per le due aziende pilota, entro il 30.09.2014;
- Definizione del flusso informativo, della tempistica e delle unità organizzative per le due aziende pilota, entro il 31.12.2014;
- Definizione dei requisiti minimi per l'implementazione del sistema informativo-contabile, entro il 31.03.2015;
- Introduzione di un piano regionale dei centri di costo e di ricavo, entro il 31.12.2014;
- Implementazione delle restanti aziende SSR, entro il 31.12.2016.

3.6.5 AZIONE 5: Regole di Pagamento

3.6.5.1 Accordo Pagamenti

Con il DCA 501/2013 e il DCA 20/2014 - che hanno definito l'Accordo Pagamenti anche per gli anni 2014-15 (con possibilità di rinnovo per altri 2 anni) - la Regione intende consolidare i vantaggi già ottenuti con l'Accordo Pagamenti (2009-2013) ed in particolare l'ottimizzazione dei processi di pagamento sul debito recente, la trasparenza, la puntualità e la parità di trattamento nel pagamento dei soggetti che intrattengono rapporti di fornitura con il SSR, e contestualmente operare per allineare la Regione alle disposizioni in tale ambito previste dal D. L.gs. 192/2012, che si applicano a fatture emesse per contratti stipulati dal 1° gennaio 2013.

Nel 2014 la Regione ha pianificato un piano di lavoro finalizzato alla riduzione dei tempi di pagamento attraverso l'attuazione di due azioni principali: interventi di efficientamento sulle procedure di liquidazione messe in atto dalle Aziende Sanitarie per la diminuzione dei tempi di liquidazione delle fatture e disponibilità di liquidità a seguito dell'anticipazione ottenuta grazie a quanto previsto dal DL 35/2013, che sarà utilizzata per il pagamento dei crediti fino al 31.12.2012, con possibilità di utilizzare la rata corrente del Fondo per il pagamento delle fatture dell'anno in corso, riducendo gradualmente i tempi previsti nell'Accordo Pagamenti fino a ottenere l'allineamento con la normativa vigente.

Ad oggi si è già potuto disporre della seguente liquidità, in particolare ca. 832 ml (I° tranche del piano di pagamento) e ca.665 mln (anticipazione della II° tranche del piano di pagamento), che ha portato ad una riduzione dei tempi di pagamento a 150 giorni. Sono inoltre stati assegnati ulteriori 1.7 mld relativamente alla II° tranche; a seguito di tale ulteriore erogazione sarà possibile proseguire con il percorso di allineamento dei tempi previsti dalla normativa vigente, che porterà, tra l'altro, ad una graduale riduzione del ricorso alla cessione del credito, percorso ad oggi già avviato così come evidenziato dalla tabella seguente:

ANNO	Dati				
	Somma di CEDUTO	Somma di NON CEDUTO	Somma di TOTALE	% CEDUTO	% NON CEDUTO
2009	522.367.196,15	32.372.031,89	554.739.228,04	94,16%	5,84%
2010	1.791.203.813,30	675.741.236,43	2.466.945.049,73	72,61%	27,39%
2011	2.077.711.336,67	1.071.491.450,26	3.149.202.786,93	65,98%	34,02%
2012	2.529.980.917,21	1.586.274.520,58	4.116.255.437,79	61,46%	38,54%
2013	2.899.940.724,38	2.029.460.256,93	4.929.400.981,31	58,83%	41,17%
2014	778.067.061,56	546.437.292,80	1.324.504.354,36	58,74%	41,26%
2009-2014	10.599.271.049,27	5.941.776.788,89	16.541.047.838,16	64,08%	35,92%

3.6.5.2 Procedure di attuazione del Piano dei Pagamenti

La Regione Lazio, al fine di ottemperare a quanto previsto dal DL 35/2013, convertito con modificazioni dalla Legge 64/2013, e accedere all'anticipazione di liquidità di cui all'articolo 3, comma 2 dello stesso decreto, ha definito una procedura finalizzata alla predisposizione e alla gestione del piano di pagamenti. Si riassume di seguito le fasi principali del percorso messo in atto dalla Regione:

- Predisposizione del tracciato per l'acquisizione dalle Aziende Sanitarie delle fatture certe, liquide ed esigibili, emesse fino al 31 dicembre 2012 (non pagate entro il 9 aprile 2013) e delle linee guida per l'identificazione puntuale e secondo criteri omogenei dei crediti certi, liquidi ed esigibili da includere nella certificazione;
- Monitoraggio dell'attività di certificazione messa in atto dalle Aziende Sanitarie e supporto per la predisposizione dei file da inviare, firmati digitalmente dal Responsabile amministrativo di tale procedura straordinaria;
- Attività di verifica e controllo dei dati ricevuti dalle Aziende Sanitarie, predisposizione e confezionamento del dato definitivo da trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze relativo alle fatture pagabili, quindi certe, liquide ed esigibili;
- Stipula del contratto di mutuo per l'erogazione dei fondi da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze e trasferimento degli stessi alle Aziende Sanitarie, per la parte non relativa al ristoro di cassa (di cui al successivo paragrafo);
- Definizione di una procedura per il trasferimento/accreditamento dei fondi da Regione alle Aziende Sanitarie finalizzata ad evitare il pignoramento delle somme (costituzione di un sottoconto vincolato, delibera di impignorabilità, etc.); indicazione delle corrette scritture contabili di accertamento e di chiusura; predisposizione della "dichiarazione liberatoria" da acquisire dai creditori prima del pagamento;
- Monitoraggio dei dati di rendicontazione sui pagamenti effettuati dalle Aziende Sanitarie (secondo il tracciato predisposto da Regione) e acquisizione delle dichiarazioni liberatorie;
- Puntuale rendicontazione al MEF dei trasferimenti effettuati alle Aziende e delle relative chiusure contabili;

Ad oggi tale procedura è stata espletata relativamente alla I° tranche del piano dei pagamenti e all'anticipazione della II° tranche; relativamente alla II° tranche si è in procinto di sottoscrivere il contratto di mutuo con il MEF per l'assegnazione definitiva delle risorse.

Relativamente al debito che risultasse ancora aperto dopo il completamento degli adempimenti previsti dal DL 35/2013, si prevede di effettuare una ricognizione puntuale del debito commerciale pregresso delle Aziende Sanitarie, attraverso un'analisi accurata dei dati contabili presenti nei partitari delle Aziende, al fine di accertare le posizioni debitorie effettivamente ancora aperte e dovute ovvero le regolarizzazioni da effettuare. Parallelamente si prevede l'avvio di una procedura di circolarizzazione in cui venga richiesto ai creditori, di comunicare, entro un termine definito, la presenza di posizioni aperte nei confronti del SSR.

In particolare, l'attività ricognitiva programmata è finalizzata ad accertare e classificare il debito commerciale nelle seguenti tipologie di partite debitorie: posizioni debitorie dovute; posizioni debitorie in avanzato stato di contenzioso, non ancora concluso, per cui la Regione ha ragionevole convinzione sulla non esigibilità del credito richiesto; posizioni debitorie prescritte; posizioni debitorie non dovute in quanto la prestazione non è avvenuta ovvero non è avvenuta correttamente in base alla normativa vigente; posizioni debitorie insussistenti in quanto non risultanti come ancora dovute al titolare del credito; posizioni debitorie da regolarizzare in quanto a seguito del lavoro di accertamento sulla certezza ed esigibilità del credito è risultato necessario effettuare apposite regolarizzazioni contabili.

3.6.5.3 Definizione delle modalità di estinzione del Credito iscritto nel Bilancio Consolidato SSR al 31/12/2011 nei confronti della Regione

Con riferimento alle modalità di estinzione dei crediti iscritti nel Bilancio Consolidato del SSR Lazio nei confronti della Regione per Euro 4.239 mln al 31.12.2011, ed al fine di dare riscontro ai rilievi al

riguardo formalizzati dal Tavolo di Verifica per gli adempimenti da Piano di Rientro nella riunione del 17.04.2013, la Regione Lazio intende procedere come segue.

In base a quanto previsto dall'art. 3 comma 1 del DL 35/2013 recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali", la Regione Lazio può accedere, ad un'anticipazione finanziaria erogata dallo Stato per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili degli Enti del Servizio Sanitario Regionale in relazione alle seguenti fattispecie:

- Ammortamenti non sterilizzati antecedenti all'applicazione del Decreto Legislativo 118/2011;
- Mancate erogazioni per competenza e/o per cassa (come nel caso della Regione Lazio) delle somme dovute dalle Regioni ai rispettivi servizi sanitari regionali a titolo di finanziamento del SSR, ivi compresi i trasferimenti di somme dai conti di tesoreria e dal Bilancio Statale e le coperture regionali dei disavanzi sanitari, come risultanti nelle voci crediti verso regione per spesa corrente e crediti verso regione per ripiano perdite nelle voci di credito degli enti del SSN verso le rispettive regioni nei modelli SP (al 31/12/2011).

Al riguardo, in base a quanto previsto dai commi 2 e 3 del richiamato articolo 3 del D.L. 35/2013, sono intervenuti:

- Il Decreto Direttoriale del Ministero delle Finanze 2 luglio 2013 ha autorizzato per la Regione Lazio una prima anticipazione pari ad Euro 832.052,00 a valere sugli importi stanziati nella sezione dedicata agli enti del SSN del "Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili" istituito nello Stato di Previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze per gli esercizi 2013 e 2014. Al riguardo con nota prot. 156363 del 14/08/2013 la Regione ha provveduto a trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze la Rendicontazione dei pagamenti effettuati a valere sugli 832 mln per un primo ammontare pari ad Euro 824,69 mln di Euro e successivamente con nota prot. 7/2013 del 2/10/2013 per la restante parte di 7,4 mln di Euro, per complessivi 832 mln di Euro pari alla prima tranche del DL 35/2013.
- A seguito di quanto disposto dal comma 7 dell'art. 13 del D.L 102 del 31/08/2013, la Regione con nota prot. 339356 del 13/09/2013 ha presentato ulteriore domanda di accesso anticipato a quota parte delle risorse da assegnarsi con il procedimento di cui al comma 3 dell'articolo 3 del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, per un importo pari all'80% delle somme singolarmente assegnate con i decreti direttoriali del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 16 aprile 2013 e del 2 luglio 2013, per un valore pari a 665 mln di Euro (80% di 832 mln). Al riguardo con nota prot. 67495 del 4/02/2014 la Regione ha provveduto a trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze la Rendicontazione dei pagamenti effettuati a valere su i 665 mln di Euro assegnati in conto anticipazione delle seconda erogazione del DL 35/2013.
- Con nota prot. 166729 del 13/12/2013 la Regione Lazio, nelle more della definitiva assegnazione da parte del Ministero delle Finanze, ha presentato entro il termine del 15 dicembre 2013 istanza di ulteriore accesso all'anticipazione di liquidità di cui all'art. 3 comma 3 del DL 35/2013. Detta richiesta è stata successivamente integrata con la specificazione degli importi richiesti, con la nota prot. 121770 del 26 febbraio 2012, a seguito dell'adozione da parte del Ministero delle Finanze del Decreto Direttoriale 20 febbraio 2014.
- Il Decreto Direttoriale 14 marzo 2014 concernente il riparto definitivo fra le Regioni, comprensivo anche degli importi previsti per l'anno 2014, dell'anticipazione di liquidità fino alla concorrenza massima di 13,850 mld di Euro, in proporzione ai valori derivanti dalle ricognizioni delle somme di cui alle fattispecie sopra riportate (ammortamenti non sterilizzati e mancate erogazioni per cassa/competenza) ha assegnato alla Regione Lazio accesso ad un'ulteriore anticipazione di liquidità pari ad Euro 1.700 mln. Anche tali somme saranno destinante interamente, così come prescritto dalla norma, al pagamento dei debiti certi liquidi ed esigibili cumulati alla data del 31/12/2012 di cui al Piano dei Pagamenti da prodursi da parte della Regione ai sensi di quanto disposto dal comma 5 del richiamato articolo 3 del D.L. 35/2013.

Il Decreto Direttoriale del Ministero delle Finanze 2 luglio 2013 ha autorizzato per la Regione Lazio una prima anticipazione pari ad Euro 832.052,00 a valere sugli importi stanziati nella sezione dedicata agli enti del SSN del "Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi

ed esigibili” istituito nello Stato di Previsione del Ministero dell’Economia e delle Finanze per gli esercizi 2013 e 2014. Al riguardo con nota prot. 156363 del 14/08/2013 la Regione ha provveduto a trasmettere al Ministero dell’Economia e delle Finanze la Rendicontazione dei pagamenti effettuati a valere sugli 832 mln per un primo ammontare pari ad Euro 824,69 mln di Euro e successivamente con nota prot. 7/2013 del 2/10/2013 per la restante parte di 7,4 mln di Euro, per complessivi 832 mln di Euro pari alla prima tranche del DL 35/2013.

A seguito di quanto disposto dal comma 7 dell’art. 13 del D.L 102 del 31/08/2013, la Regione con nota prot. 339356 del 13/09/2013 ha presentato ulteriore domanda di accesso anticipato a quota parte delle risorse da assegnarsi con il procedimento di cui al comma 3 dell’articolo 3 del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, per un importo pari all’80% delle somme singolarmente assegnate con i decreti direttoriali del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 16 aprile 2013 e del 2 luglio 2013, per un valore pari a 665 mln di Euro (80% di 832 mln). Al riguardo con nota prot. 67495 del 4/02/2014 la Regione ha provveduto a trasmettere al Ministero dell’Economia e delle Finanze la Rendicontazione dei pagamenti effettuati a valere su i 665 mln di Euro assegnati in conto anticipazione delle seconda erogazione del DL 35/2013.

Restituzione dei Crediti del SSR verso Regione (dati in milioni di Euro)

Descrizione	Importo	Atto Assegnazione	Termine Pag.to	Pagato	Rendicontato
Crediti SSR verso Regione da SP al 31/12/2011	4.239,00				
Prima anticipazione Liquidità DL 35/2013	- 786,74	832,05	30/09/2013	825	14/08/2013
Ulteriore Accesso al Fondo SSN di cui al DL 35/2013 e al DL 72/2013	- 45,31			7	21/08/2013
Acconto Erogazione II tranche (80% 832 mln)	- 665,00	Comma 6 art. 13 D.L 102/2013	15/12/2013		04/02/2014
	- 1.220,00	Decreto MEF 20 febbraio 2014	31/05/2014		
Saldo Erogazione DL 35/2013 (II tranche)	- 480,00	Decreto MEF 14 marzo 2014	31/05/2014		
Ammortamenti non sterilizzati iscritti in competenza	396,26	Decreto MEF 2 luglio 2013			
Residuo dopo DL 35/2013	1.438,21				
Credito Fisiologico a fine Esercizio convenzionale	- 1.000,00		<i>Fisiologico</i>		
Residuo da restituire entro il 31/12/2014	438,21		31/12/2014		
Richiesta di ulteriore accesso al Fondo per 800 mln					

I termini di pagamento devono intendersi in linea con i trasferimenti effettivamente ricevuti dallo Stato

Al riguardo la Regione si impegna ad estinguere il suddetto residuo entro il termine del 31 dicembre 2014, ferme restando le seguenti considerazioni:

- Il definitivo accertamento del valore dei crediti vantati dal sistema sanitario regionale verso la Regione, a seguito delle operazioni di transazione ed estinzione dei debiti pregressi condotte in particolare nell’anno 2012 e 2013, e non scontate nel valore di saldo al 31/12/2011 considerato nel D.L. 35/2013;
- La sussistenza di un valore fisiologico dello stock di credito del sistema sanitario regionale verso Regione alla data convenzionale di chiusura dell’esercizio finanziario, fissata al 31.12. dell’anno solare di riferimento, ascrivibile ai trasferimenti finanziari di fine esercizio e stimabile in circa il 10% del valore complessivo degli stessi trasferimenti e quindi per un importo nell’ordine di circa 1 mld/anno.
- La possibilità di accedere ad una ulteriore erogazione per circa 500 mln a valere su eventuali disponibilità residue del “Fondo per assicurare la liquidità per i pagamenti dei debiti certi liquidi ed esigibili”, così come richiesto con la nota prot. 121770 del 26 febbraio 2014.

Si evidenzia infine che il definitivo allineamento dei tempi di pagamento dei fornitori del SSR potrà essere conseguito anche a seguito dell’erogazione da parte dello Stato degli importi residui a credito

per la Regione Lazio a valere sulle quote premiali del Fondo Sanitario regionale e delle manovre fiscali non ancora erogate per complessivi 1,6 mld c.a.

Programmatico 2014-2015

3.7 Sintesi delle manovre

Sintesi delle manovre		
	2014	2015
Tendenziale	(-433.695)	(-502.139)
Manovre di contenimento	215.895	453.479
Beni e servizi - Riequilibrio disavanzi strutturali delle Aziende	130.887	327.217
Blocco del turnover al 90% (Pers. T.I.)	49.538	98.736
Altre manovre sul personale (consulenze, atti aziendali)	16.471	48.526
Farmaceutica	19.000	19.000
Accantonamenti sulle manovre di contenimento		(-40.000)
Altre manovre	0	79.550
Rimodulazione compartecipazione	0	8.000
Governance - riduzione contenzioso	0	38.950
Tempi di pagamento	0	32.600
Manovre di sviluppo		(-30.890)
Risultato di esercizio	(-217.800)	-
Altre manovre non valorizzate a CE		
Chiusura Agenzia Trapianti	5.000	5.000

3.8 Manovre di contenimento

3.8.1 INTERVENTO 3: Efficientamento della gestione

3.8.1.1 AZIONE 3: Ristrutturazione economico-finanziaria delle Aziende del SSR

La Direzione Centrale Acquisti attraverso la sua attività di analisi e pianificazione dei fabbisogni di acquisto, controllo e monitoraggio della spesa per beni e servizi ha consentito di frenare la dinamica di crescita della spesa dell'aggregato Prodotti Farmaceutici e Beni e servizi, al IV trimestre 2013 si registra un dato sostanzialmente allineato al valore registrato a consuntivo 2012 (+0,33%).

La Regione Lazio intende integrare i dettami della L.135/2012 e s.m.i. concentrandosi su un recupero di efficienza che coinvolge sia la Direzione Centrale Acquisti che le Direzioni Generali Aziendali *owner* delle due leve gestionali di intervento ovvero i prezzi e le quantità rispettivamente.

Se si considera l'andamento del valore della produzione con l'andamento dell'aggregato delle voci connesse a "Beni e Servizi" per le Aziende Ospedaliere, Policlinici e IRCCS pubblici, ad esempio, si osserva che se da un lato la produzione delle strutture si è ridotta a fronte degli interventi sull'appropriatezza delle prestazioni, dall'altro l'aggregato di beni e servizi non si è ridotto ma ha smesso di crescere.

A tal fine, obiettivo della Regione Lazio per il prossimo biennio sarà la riduzione della spesa per "Beni e Servizi" mediante:

- Allineamento dei costi unitari per unità di produzione ai valori di riferimento regionali (in prima approssimazione, è identificata come unità di produzione la "giornata di degenza") – fase 1;
- Ulteriore riduzione dei costi a fronte dell'efficientamento delle durate delle degenze a parità di casistica (con contestuale riduzione attesa del fabbisogno di beni e servizi – quantità - a fronte dei costi unitari di riferimento di cui sopra) – fase 2.

Tali valori di riferimento rappresentano delle stime aggregate per voce che saranno dettagliate e contestualizzate nell'ambito della definizione dei Piani Industriali con le Aziende. Ciò al fine di tenere

conto di esigenze specifiche di rientro su alcune voci o particolari specificità (quali gli IRCCS). In particolare, i riferimenti individuati (elaborati per le Aziende Ospedaliere) saranno contestualizzati per l'applicazione ai presidi a gestione diretta.

Per quanto riguarda l'ulteriore efficientamento, si specifica che gli interventi sulla rete di offerta dovranno consentire di allineare la durata di degenza a *benchmark* nazionali per disciplina, portandola da un valore complessivo di ca **6,9gg** ad un valore nell'ordine di **5,6gg**.

Infine, si specifica che il ricorso alla giornata di degenza quale unità di produzione di riferimento trattasi di semplificazione giustificata dal fatto che:

- le attività ambulatoriali sono riconducibili principalmente al costo del personale (la cui manovra è valorizzata nell'ambito del *turnover*), al netto di situazioni puntuali quali laboratorio analisi o diagnostica per immagini;
- i maggiori costi connessi al pronto soccorso dovrebbero trovare copertura nella definizione della remunerazione delle funzioni assistenziali che non rientrano nel valore della produzione.

In ogni caso, in sede di definizione dei Piani Industriali delle Aziende saranno applicati i correttivi necessari per tenere conto di eventuali situazioni di efficienza delle attività non di degenza.

Nella successiva tabella, si riporta l'impatto della manovra stimato a livello regionale distinguendo l'impatto su:

- **Aziende Ospedaliere – IRCCS - Policlinici**, per cui è già stimata sia l'allineamento dei costi unitari a valori di riferimento sia l'impatto sulle quantità derivante dalla riduzione delle durate della degenza;
- **Presidi a Gestione diretta**, per cui è stimata soltanto l'impatto derivante dall'efficientamento delle durate di degenza.

Si osservi che rispetto all'impatto complessivo della manovra, 115€/mln sono già stati assorbiti nella costruzione del Conto Economico a Tendenziale. La manovra residua, pari a ca **410€/mln**, è abbattuta prudenzialmente del 60% per i prodotti farmaceutici per un valore di atterraggio di ca **88€/mln** e del 90% per beni e servizi per un valore di atterraggio di **238€/mln**.

La manovra al 2015 è quindi determinata complessivamente in **327€/mln**, di cui si stima che il 40% sarà già attuato nel 2014 ed il restante messo a regime nel 2015.

A titolo precauzionale sono inoltre accantonati ca40€/mln come rischio su tutte le manovre di contenimento.

Tabella 9 – Impatto manovra

Sintesi impatti economici			
	Costi unitari - FASE 1	Riduzione giornate - FASE 2	Totale
Prodotti Farmaceutici			
Impatto totale stimato	82.665	64.931	147.596
Obiettivo 2015 (%)	60%	60%	
Manovra al 2015	49.599	38.959	88.558
Beni e servizi			
Impatto totale stimato	149.035	231.141	380.177
Manovra già scontata a Tendenziale - spending review		114.893	114.893
Impatto economico residuo	149.035	116.248	265.284
Obiettivo 2015 (%)	90%	90%	
Manovra al 2015	134.132	104.623	238.755
Totale Manovra al 2015	183.731	143.582	327.313

BOLIVIA

Tabella 10 – Stima dettaglio manovra B&S e prodotti farmaceutici

Manovra B&S									
			AO, Policlini, IRCCS - con giornate attuali				AO, Policlini, IRCCS - con giornate a tendere		
Voci	Voci aggregabili	Costo/gg riferimento	Costi AO CE 2012 [€/1.000]	Costo/gg AO, Policlinici, IRCCS	Costi AO con costi riferimento [€/1.000]	Delta FASE 1 [€/1000]	Costi AO con costi riferimento [€/1.000]	Delta FASE 2 [€/1000]	
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	SI	129	300.903	178	218.238	(-82.665)	167.049	(-133.854)	
Altri Beni Sanitari	SI	157	284.143	168	264.913	(-19.230)	202.776	(-81.367)	
Beni Non Sanitari	SI	8	12.848	8	12.848	0	9.834	(-3.014)	
Servizi - netto consulenze	SI	221	479.021	283	373.226	(-105.795)	285.684	(-193.337)	
Consulenze	NO	16	19.772	12	19.772	0	19.772	0	
Costi Intramoenia	SI	32	77.391	46	53.380	(-24.011)	40.859	(-36.532)	
Beni e servizi		433	873.175	516	724.140	(-149.035)	558.926	(-314.249)	
Prodotti Farmaceutici, Beni e servizi		562	1.174.078	694	942.378	(-231.700)	725.975	(-448.103)	
Giornate di degenza			1.691.632				1.294.850		

Per Aziende Ospedaliere – IRCCS - Policlinici, è stimata la manovra sia per l'allineamento dei costi unitari a valori di riferimento sia per l'impatto sulle quantità derivante dalla riduzione delle durate della degenza

Manovra B&S					
Presidi a gestione diretta - con giornate a tendere					
Voci	Voci aggregabili	Costi Presidi CP 2012 [€/1.000]	Costo/gg Presidio	Costi AO con costi riferimento [€/1.000]	Delta FASE 2 [€/1000]
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	SI	99.216	57	85.474	(-13.742)
Altri Beni Sanitari	SI	208.819	120	179.896	(-28.923)
Beni Non Sanitari	SI	3.736	2	3.219	(-517)
Servizi - netto consulenze	SI	263.429	151	226.942	(-36.487)
Consulenze	NO	17.456	10	17.456	0
Costi Intramoenia	SI	0	0	0	0
Beni e servizi		493.440	283	427.512	(-65.928)
Prodotti Farmaceutici, Beni e servizi		592.656	340	512.986	(-79.670)
Giornate di degenza		1.743.843		1.502.307	

Per i Presidi a Gestione diretta è stimata soltanto l'impatto derivante dall'efficientamento delle durate di degenza, in base ai costi unitari storici.

3.8.1.2 AZIONE 4: Razionalizzazione di Beni&Servizi e Farmaci

L'azione congiunta delle azioni indicate in premessa porterebbe nel caso di totale applicazione la valorizzazione economica per il 2013 di seguito rappresentata:

- A - riduzione della spesa lorda procapite convenzionata del 4% a seguito delle azioni sui prescrittori con una valorizzazione economica di € 40.000.000;
- B - riduzione della spesa con un maggior utilizzo dei biosimilari o farmaci con il miglior rapporto costo/efficacia con una valorizzazione economica di circa € 2.000.000 per effetto della Determinazione B01060/2013 (allo stato attuale è in corso un contenzioso con azienda farmaceutica produttrice di brand);
- C - governo della spesa per i nuovi farmaci nella terapia dell'epatite cronica con un incremento di spesa di circa € 10.000.000 a fronte di un possibile incremento di € 30.000.000 in assenza di un sistema di governance (PDA e Decreto);
- D - governo della spesa per i nuovi farmaci per la fibrillazione atriale con un incremento di spesa di circa € 13.000.000 se inseriti in DPC verso un incremento di spesa doppia se tali farmaci graviteranno sulla spesa convenzionata.

In sintesi i risparmi ottenibili dal raggiungimento completo delle azioni suesposte dovrebbero attestarsi a circa 19€/mln, obiettivo il cui raggiungimento è ipotizzabile già nel 2014.

Tabella 11 – Impatto manovra farmaceutica

Manovra aggiuntiva su farmaceutica						
	Spesa convenzionata I trimestre 2012	Spesa convenzionata I trimestre 2013	Δ '12-'13	Risparmio annuo previsto	Incremento Spesa	Totale
A	514.466.157	492.329.995	-4,3%	40.000.000		40.000.000
B				2.000.000		2.000.000
C					10.000.000 -	10.000.000
D					13.000.000 -	13.000.000
Totale					23.000.000	19.000.000

3.8.1.3 AZIONE 5: Gestione del personale

Blocco del turnover

L'azione individua l'attivazione del blocco del turn over (di seguito BTO) per gli anni 2013-2015 con deroghe pari al 15% dei cessati dell'anno precedente.

La stima dell'impatto economico connesso alla presente azione si è basato sulle seguenti ipotesi e fonti informative:

- Unità di personale a tempo indeterminato (per profilo professionale) presenti al 31.12.2012, così come rilevato dalle tabelle di Conto Annuale 2012 (Tabella T1);
- Unità di personale cessato nel corso del 2013 per profilo professionale, così come da rilevazione regionale resasi disponibile in sede di chiusura dell'anno 2013. Il dato delle cessazioni include le mobilità interregionali e intercompartimentali, ma esclude le cessazioni per mobilità intraregionale che per definizione non comportano risparmi;
- Cessazioni per gli anni 2014-2015 in linea con l'incidenza osservata nel 2013 sul totale dei presenti nell'anno precedente;
- Assunzioni in linea con l'obiettivo di blocco del turn over al 85% per il biennio 2014-2015. Per il 2013, a fronte di 1.715 cessazioni 2012 (così come rilevate in Tabella 5 del Conto Annuale, al netto di figure professionali riconducibili ad Organi Direttivi) il numero di assunzioni in deroga al blocco del turnover è stato pari a 103, di cui 83 riconducibili alla cessazione dell'INRCA. Nelle

stime, prudenzialmente, anche il valore delle assunzioni 2013 è stato posto pari al 10% dei cessati dell'anno precedente (172 unità);

- Costo medio per figura professionale ipotizzato costante e pari ai valori da Conto Annuale 2012 (Tabelle 12 e 13; per la stima degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, si è stimato un'incidenza pari al 27% del costo del lavoro);
- Effetto economico delle fuoriuscite previste dal BTO ipotizzato lineare durante l'anno di applicazione;
- Impatto sull'IRAP calcolato in funzione dell'incidenza del valore dell'IRAP per il personale dipendente e costo del personale dipendente registrata al IV Trimestre 2013 (ca 7%).

Per la stima delle cessazioni, si è reso necessario impiegare il dato puntuale del 2013 a fronte delle disposizioni normative introdotte con la cosiddetta Riforma Fornero delle pensioni (Decreto Salvaterra del dicembre 2011) e successive modifiche integrazioni, del Decreto del Fare (Legge n.98 del 9 Agosto 2013), in attesa del consolidamento della rilevazione delle cessazioni 2013, la stima si configura come stima prudenziale. Sul 2013, infatti, la percentuale di cessazioni (media regionale) è pari al 2% rispetto ad un valore medio regionale osservato nel periodo 2010-2012 pari a 3,9% (dati Conto Annuale: Tabella T5 e Tabella T1).

Calcolo BTO 2014-2015

Le successive tabelle illustrano i passi metodologici per la valorizzazione del blocco del turnover.

Si specifica che, con riferimento ai dati relativi ad un'Azienda, nelle more del consolidamento della rilevazione delle cessazioni, è noto il numero delle cessazioni 2013 senza distinzione per profilo professionale.

Per un calcolo puntuale per profilo dell'incidenza delle cessazioni dell'anno 2013, sono stati esclusi i dati della suddetta Azienda per cui non è possibile avere tale dettaglio (vedi Tabella 12); ai fini delle stime del BTO relativo all'Azienda mancante, questo è stato valorizzato ricorrendo a valori medi regionali. Si ribadisce che trattasi di correttivi per la stima del complessivo impatto regionale e pertanto, con particolare riferimento alla stima delle assunzioni, non si riferiscono agli impatti specifici del blocco del turnover per l'azienda in questione.

Tabella 12 – Calcolo fuoriuscite 2013-2015 e relativa valorizzazione

Calcolo impatto turnover																
Qualifica	Costo medio 2012 [€]			2013						2014				2015		
	Presenti	Cessati		Cessati	Assunti	Presenti	Valore turnover	% cessazione	Cessati	Assunti	Presenti	Valore turnover	Cessati	Assunti	Valore turnover	
	31/12/2012	2012		2013	2013	31/12/2013	2013 [€]	2013	2014	2014	31/12/2014	2014 [€]	2015	2015	2015 [€]	
	alfa	A	B	C	D=10%*B	E=A-C+D	V1 = alfa*(C-D)	beta = C/A	F=beta*E	G=0,15*C	H=E-F+G	V2 = alfa*(F-G)	I=beta*H	L=0,15*F	V3=alfa*(I-L)	
Personale Sanitario	59.622	34.245	1.062	608	106	33.743	35.226.098	1,8%	598	91	33.237	35.386.219	588	90	34.693.676	
Medici	109.212	8.374	404	230	40	8.184	20.706.646	2,7%	225	35	7.994	20.782.270	220	34	20.296.775	
Infermieri	40.925	20.156	471	268	47	19.935	9.040.312	1,3%	265	40	19.710	9.202.491	262	40	9.098.163	
Riabilitatori	35.717	1.046	28	13	3	1.036	364.313	1,2%	13	2	1.025	390.145	13	2	385.975	
Tecnici	41.857	2.565	86	41	9	2.533	1.356.174	1,6%	40	6	2.498	1.437.047	40	6	1.417.328	
Dirigenti Sanitari non medici	93.769	1.342	46	33	5	1.314	2.663.042	2,5%	32	5	1.286	2.564.738	32	5	2.511.494	
Farmacisti	84.666	196	4	6	0	190	474.129	3,1%	6	1	185	417.282	6	1	406.685	
Altro	42.278	566	23	17	2	551	621.481	3,0%	17	3	537	592.245	16	2	577.256	
Personale Tecnico	35.896	5.503	265	157	27	5.373	4.766.284	2,9%	153	24	5.243	4.739.415	150	23	4.619.783	
Dirigenti	89.592	75	8	4	1	72	286.695	5,3%	4	1	69	289.323	4	1	276.186	
Comparto	35.189	5.428	257	153	26	5.301	4.479.589	2,8%	149	23	5.174	4.450.092	146	22	4.343.597	
Personale Amministrativo	35.037	5.484	295	151	30	5.363	4.291.812	2,8%	148	23	5.238	4.489.265	144	22	4.383.910	
Dirigenti	89.592	163	17	2	2	163	26.878	1,2%	2	0	161	151.977	2	0	150.162	
Comparto	35.189	5.321	278	149	28	5.200	4.264.934	2,8%	146	22	5.077	4.337.288	142	22	4.233.748	
Personale Professionale	71.837	128	15	3	2	127	112.627	2,3%	3	0	124	179.382	3	0	175.336	
Dirigenti	89.592	77	9	2	1	76	98.551	2,6%	2	0	74	149.747	2	0	146.241	
Comparto	35.189	51	6	1	1	51	14.076	2,0%	1	0	50	29.635	1	0	29.095	
Altro Personale	31.873	33	4	3	0	30	82.869	9,1%	3	0	28	73.742	3	0	68.168	
Contrattisti	31.873	33	4	3	0	30	82.869	9,1%	3	0	28	73.742	3	0	68.168	
Organi Direttivi																
Totale netto PUI	53.795	45.393	1.641	922	164	44.635	44.479.690	2,0%	904	138	43.869	44.868.023	887	136	43.940.873	
Correttivo Azienda mancante	53.795	1.794	74	39	7	1.762	1.699.919	2,0%	36	6	1.732	1.610.995	35	5	1.604.119	
Totale	53.795	47.187	1.715	961	172	46.398	46.179.609	2,0%	940	144	45.601	46.479.018	922	141	45.544.993	

Impatto economico

Di seguito gli impatti economici del blocco del turnover sopra determinato, nell'ipotesi di linearità delle fuoriuscite sopra stimate per gli anni 2013-2015.

Per l'anno 2014, si stima sia il trascinarsi di metà del risparmio derivante dai cessati 2013 (esposto nella precedente tabella), sia la metà della quota di risparmio associabile ai cessati attesi nel 2014 come effetto dell'ipotesi di andamento lineare delle fuoriuscite durante l'anno di applicazione della manovra; stesso discorso per il 2015 per cui vale il trascinarsi di metà manovra 2014 e il 50% della manovra di competenza dell'anno.

Tabella 13 – Valorizzazione blocco del turnover

L'effetto di trascinarsi della manovra sul personale			
€	2014	2015	Totale
Valorizzazione economica BTO 2013	23.089.804		23.089.804
Valorizzazione economica BTO 2014	23.239.509	23.239.509	46.479.018
Valorizzazione economica BTO 2015		22.772.496	22.772.496
Valorizzazione BTO	46.329.313	46.012.005	92.341.318
IRAP	3.208.213	3.186.240	6.394.452
Totale manovra	49.537.526	49.198.245	98.735.771

Punti di attenzione

- Al fine di raggiungere a pieno i risultati economici di cui sopra, si reputa necessario:
 - avviare la ricognizione mediante “Piano Annuale delle Cessazioni” previste per l'anno in corso con dettaglio di figura professionale e unità operativa;
 - portare a regime il monitoraggio strutturato e sistematico delle cessazioni effettive (con cadenza mensile) per profilo professionale e unità operativa;
 - portare a regime il monitoraggio strutturato e sistematico delle assunzioni in deroga al blocco del turnover effettive (con cadenza mensile) per il rispetto del vincolo del blocco del turnover al 90%;
 - avviare la ricognizione dell'allocazione del personale (impiegato a qualsiasi titolo e per tutti i profili professionali) sui diversi servizi del SSR;
 - avviare il monitoraggio strutturato e sistematico del personale che opera nelle Aziende con altre forme contrattuali (tempo determinato, co.co.co.,...) per profilo professionale e unità operativa di impiego (con cadenza trimestrale);
 - gestione centralizzata delle richieste di nuove assunzioni in deroga al blocco del turnover attraverso la condivisione tra ASL e Regione mediante la “Procedura per l'assunzione del personale nelle Aziende del SSR in deroga al blocco del turnover”.

A livello gestionale:

- ottimizzare l'allocazione delle risorse di personale attraverso l'accorpamento di reparti sotto dimensionati in Unità Organizzative con una dimensione gestionalmente efficiente in cui avviene una sinergica condivisione del personale;
 - attivare flussi di mobilità interna del personale dalle attività dove si registra un'eccedenza di personale verso situazioni di potenziale sottodimensionamento dell'organico o, in alternativa, verso progetti di ampliamento di nuovi servizi (quale, ad esempio, la nuova rete territoriale);
- implementazione di un piano operativo per la gestione del personale con idoneità e limitazioni e per il contenimento del tasso di assenteismo registrato nelle diverse strutture.

Atti aziendali

L'approvazione dei nuovi atti aziendali (con le conseguenti riduzioni ipotizzate di UOC e UOS) porterà ad una rideterminazione dei fondi contrattuali (tale da assicurare l'invarianza degli attuali trattamenti economici), l'azione potrebbe generare risparmi quantificabili approssimativamente in 16.5 milioni di euro a regime nel 2015.

In attesa della programmazione della nuova rete assistenziale, la stima è stata effettuata tenendo conto dei seguenti elementi:

- sulla base delle più recenti indicazioni, i nuovi atti aziendali prevedono una riduzione di 401 UOC ospedaliera, 825 UOS ospedaliera, 220 UOC non ospedaliera e 785 UOS non ospedaliera;
- i titolari di UOC che perderanno l'incarico non godranno più dell'indennità di struttura complessa (il cui ammontare varia a seconda del comparto di appartenenza) e godranno di un'indennità di posizione più bassa (il differenziale dipende dal comparto di appartenenza);
- analoga considerazione può essere fatta per i titolari di UOS che perderanno l'incarico;
- ai fini della stima è stata considerata un'indennità media tra quelle applicabili ai vari comparti.

Per quanto riguarda l'impatto della manovra per l'anno 2014 considerando i tempi di disponibilità delle nuove linee guida per gli atti aziendali, e i tempi necessari per le successive approvazioni, adozioni e attuazioni degli atti aziendali stessi è ragionevole e cautelativo pensare che il pieno effetto si possa avere dal 1 ottobre 2014 e perciò siano quantificabili in 3 i mesi di piena applicazione della manovra per l'anno 2014.

Risparmi derivanti da riduzioni unità operative					
	U.O.C ospedaliera	U.O.C non ospedaliera	U.O.S. non ospedaliera	U.O.S. ospedaliera	Totale
A) Riduzione prevista	- 421	- 220	- 785	- 825	- 2.251
B) Indennità di struttura (valore medio annuo €)	10.218,00	10.218,00	-	-	
C) Indennità di posizione (valore medio annuo €)	5.000,00	5.000,00	3.220,71	5.038,00	
D) Risparmio atteso a regime D= A*(B+C)	- 6.406.778,00	- 3.347.960,00	- 2.528.257,35	- 4.156.350,00	-16.439.345,35
E) Mesi effetto manovra 2014	3,00	3,00	3,00	3,00	
F) Risparmio 2014 = D*(E/12)	- 1.601.694,50	- 836.990,00	- 632.064,34	- 1.039.087,50	- 4.109.836,34

Consulenze

Come già esposto nel programma, a partire dall'anno 2013 e con il raggiungimento dell'obiettivo previsto per il 2015, la spesa annua per incarichi di consulenza non sanitaria dovrà essere ridotta del 80% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 in relazione a quanto stabilito dal D.L. 78/2010 art. 6, comma 7; mentre si ritiene che la spesa per consulenze sanitarie dovrà essere ridotta del 50% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 in virtù del fatto che tali prestazioni concorrono all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Già nel 2011 e 2012, c'è stata una diminuzione di tale spesa rispetto all'anno di riferimento, 2009, ma non tale da consentire il raggiungimento dell'obiettivo previsto.

I valori a CE 2009 per le voci connesse a consulenze sanitarie e non sanitarie e gli obiettivi di riduzione sono quali i seguenti:

Consulenze			
	Valore 2009	Riduzione	Regime
Non sanitarie	14.135	-80%	2.827
Sanitarie	64.246	-50%	32.123
Totale	78.381		34.950

A fronte dei valori tendenziali, si ipotizza un risparmio a regime pari a 12€/mln nel 2014 e pari a 32€/mln nel 2015.

Valore Consulenze Tendenziale		
	2014	2015
Non sanitarie	10.044	10.224
Sanitarie	55.809	56.813
totale	65.853	67.037
Piano recupero		
	2014	2015
Non sanitarie	40%	100%
Sanitarie	40%	100%
totale		
Programmatico		
	2014	2015
Non sanitarie	7.157	2.827
Sanitarie	46.335	32.123
totale	53.492	34.950
Manovra		
Non sanitarie	2.887	7.397
Sanitarie	9.474	24.690
Totale	12.361	32.087

Non sono state prese in considerazione le voci relative al:

- Lavoro interinale;
- Collaborazioni Coord. e continuative;
- Indennità al personale Universitario.

3.9 Altre manovre

3.9.1 INTERVENTO 3: Efficiamento della gestione

3.9.1.1 AZIONE 1: Regole di sistema - Contenzioso

A fronte del percorso di rafforzamento della *governance*, mirato ad incrementare la trasparenza delle regole di sistema e i relativi meccanismi di controllo, si ritiene che si possa ottenere una riduzione degli accantonamenti per rischio.

Atteso che il fondo rischi 2012 si è incrementato di ca 243€/mln rispetto al 2011 connessa all'esigenza di sviluppare meccanismi di tutela del sistema.

Si ritiene, pertanto, che le misure di cui alla presente azione possano determinare sul 2015 una riduzione del 20% degli accantonamenti per rischi iscritti a tendenziale, pari a ca **39€/mln**.

3.9.1.2 AZIONE 1: Regole di sistema – Rimodulazione compartecipazione assistenza specialisti

Con l'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 (Legge di stabilità) è stato riattivato il disposto dell'art. 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 concernente l'applicazione di una quota fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, aggiuntiva rispetto a quelle eventualmente in vigore presso le singole regioni, e alla quota di ticket nazionale pari a 36,15 Euro sulle ricette aventi valore complessivo superiore a 36 Euro.

La Regione Lazio si è adeguata al disposto della normativa nazionale riattivando la suddetta compartecipazione nelle modalità previste dalla legge di stabilità. La riattivazione del detto contributo a ricetta si è sovrapposta alla forma di compartecipazione regionale pre-esistente, di 4,00 5,00 e 15,00 Euro per ricetta, già introdotta sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale con Decreto del Commissario ad acta n. 42 del 2008.

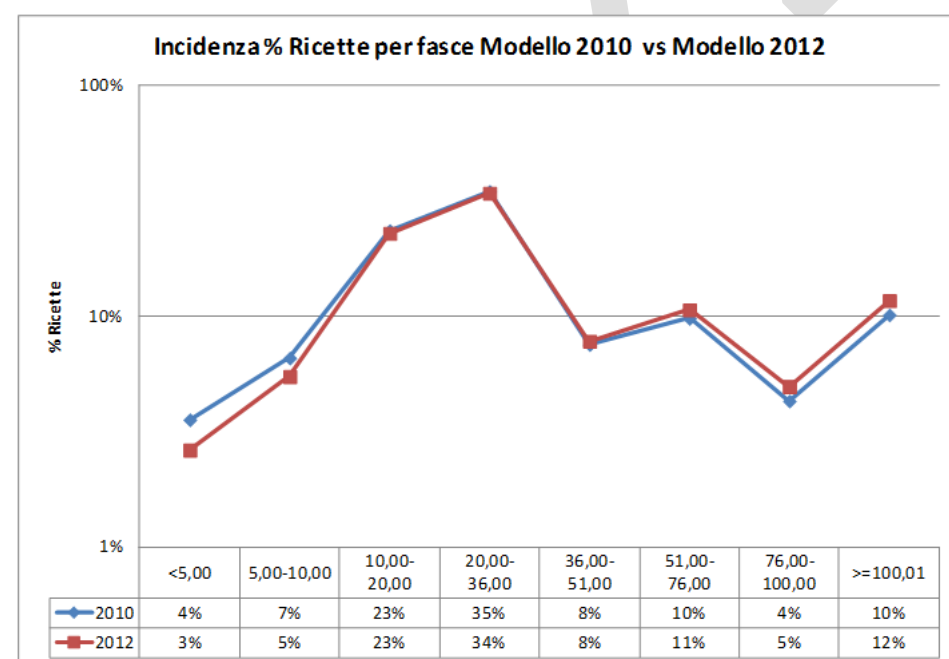
La lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, pure riattivata dalla sopracitata legge 111/2011, prevede tuttavia che le Regioni possano procedere ad una rimodulazione della manovra di compartecipazione previo concordamento con il Ministero delle Finanze, ovvero previa approvazione da parte del Tavolo di Verifica per gli adempimenti, ed a patto che la stessa risulti equivalente in termini di gettito garantito alla manovra nazionale. A tale riguardo, i Ministeri della Salute e delle Finanze, hanno emanato un Decreto Interministeriale, nel quale, attraverso i dati di attività in possesso dell'archivio Tessera Sanitaria, hanno calcolato i livelli attesi di gettito per singola regione.

I dati SIAS rilevano dal 2010 al 2012 infatti:

- una riduzione nel numero delle ricette da circa **7,3€/mln** a ca **5,6€/mln** (-23%);
- una riduzione della compartecipazione per quota fissa da **96€/mln** a ca **80€/mln**.

Valutando, in particolare, le percentuali di incidenza delle prestazioni rese per fasce di valore tariffario, risulta evidente che tra il 2010 e il 2012 si è ridotto fortemente il numero delle prestazioni rese a più basso valore di rimborso tariffario, mentre sono incrementate le prestazioni a più alto valore di rimborso.

Tabella 14 – Ricette 2010-2012: Distribuzione per valore della ricetta



Il vigente assetto compartecipativo della Regione, derivato dalla sovrapposizione della manovra nazionale del 2011 al DCA 42/2008, potrebbe pertanto essere rimodulato al fine di renderlo maggiormente equo ed efficace all'ottenimento del gettito atteso e preventivato.

Obiettivo regionale è quindi la completa ridefinizione del sistema di compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale, basata sull'individuazione di un contributo articolato per fasce progressive di rimborso tariffario al fine di riportare riallineare gli importi di quota fissa ai valori attesi in linea con il 2010.

Considerando la tempistica necessaria per la formulazione del decreto e la messa a regime (impatto sulla domanda di prestazioni), l'incremento del gettito per ca **16€/mln** (con impatti in termini di maggiori entrate proprie e minore costi per prestazioni da privato) si stima possa essere realizzato solo nel 2015 per un importo pari al **50%**.

3.9.2 INTERVENTO 6 - Altri Interventi per il Governo del Programma Operativo

3.9.2.1 AZIONE 5: Tempi di pagamento

Si ritiene che il miglioramento dei tempi di pagamento e l'allineamento ai valori attesi dalla normativa nazionale (60gg) possano determinare un risparmio per interessi pari a **32,6 €/mln**.

3.10 Manovre di sviluppo

Le risorse rese disponibili dalla manovre di contenimento e dalle ulteriori manovre (al netto degli ulteriori accantonamenti come rischio sulle manovre di contenimento) pari a ca **30€/mln** sono messe a disposizione per gli interventi di sviluppo della rete. In particolare, la strategia regionale si focalizzerà sul potenziamento della rete territoriale:

- Attuazione del modello della Casa della Salute;
- Contestuale potenziamento dei percorsi per la presa in carico del paziente cronico;
- Eventuale potenziamento dell'offerta territoriale a fronte della rivalutazione del fabbisogno;

e inoltre, recupero della mobilità passiva e aumento dell'attrattività del SSR laziale.

Appendice 1

BONZA

Riorganizzazione dell'offerta assistenziale

Riorganizzazione della rete ospedaliera

Tabella 15 – Schema generale del nuovo assetto del Sistema Trasfusionale

Nuovo assetto del Sistema Trasfusionale	
SIMT / Attività di prelievo e raccolta	Officina produzione /SIMT
SIMT S.CAMILLO -FORLANINI	SIMT officina produzione
S.Eugenio	SIMT
S.Giovanni	SIMT
Ospedale Grassi di Ostia	SIMT
IRCCS IFO	AF
FBF S.Giovanni Calibita	AF
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	SIMT
SIMT A.O S. Filippo Neri	SIMT officina produzione
Policlinico LA Sapienza	SIMT
Policlinico A. Gemelli	SIMT
FBF Villa S.Pietro	SIMT
S.Andrea	SIMT
Ospedale di Rieti	SIMT
Ospedale S.Spirito	SIMT
Civitavecchia S.Paolo	AO
SIMT Policlinico Universitario Tor Vergata	SIMT officina produzione
Ospedale S.Pertini	SIMT+NAT
Ospedale di Frosinone	SIMT + AO Sora e Cassino
Ospedale Velletri	SIMT + AO Anzio
Ospedale di Tivoli	SIMT + AO Colferro
Campus Biomedico	AF
SIMT Ospedale di Latina	officina produzione/ sede di raccolta provinciale + AO Formia
SIMT Ospedale Bel Colle di Viterbo	officina produzione/ sede di raccolta provinciale
Area (officina) di Produzione	<i>Tutte le attività</i>
SIM T	<i>Tutto tranne la produzione e la qualificazione biologica</i>
Articolazione Funzione (AF)	<i>Raccolta omologa e autologa e esami paziente (regolamentazione tramite convenzione del SIMT i riferimento)</i>
Articolazione Organizzativa (AO)	<i>Raccolta omologa e autologa</i>
Unità raccolta associative	<i>Solo raccolta omologa</i>

Le Aree di Produzione* identificate nella Regione Lazio dal D.C.A. n. U00480/13

Officina di produzione	Centri e territori afferenti per area di produzione
SIMT S.Camillo - Forlanini	A.O. San Camillo Forlanini, Ospedale S.Eugenio, A.O. San Giovanni Addolorata, Ospedale Grassi di Ostia, Articolazione Funzionale dell'IRCCS IFO, Articolazione Funzionale F.b.F San Giovanni Calibita, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
SIMT A.O. San Filippo Neri	A.O. San Filippo Neri, Policlinico "La Sapienza", Policlinico S.Andrea, Policlinico Agostino Gemelli, F.b.F Villa San Pietro, Ospedale di Rieti, Ospedale Santo Spirito, Articolazione Organizzativa Ospedale Civitavecchia
SIMT Policlinico Universitario Tor Vergata	Policlinico Tor Vergata, Ospedale Sandro Pertini, Ospedale di Frosinone con le Articolazioni Organizzative di Sora e di Cassino., Ospedale di Velletri con l' Articolazione Organizzativa di Anzio, Ospedale di Tivoli e l' Articolazione Organizzativa di Colferro
SIMT Ospedale di Latina	tutta la Provincia di Latina e l' Articolazione Organizzativa di Formia
SIMT Ospedale Bel Colle di Viterbo	tutta la Provincia di Viterbo

*Oltre alla normale attività di S.I.M.T. svolgono attività produttiva.

Razionalizzazione dei Beni & Servizi e Farmaci

Potenziamento del modello organizzativo della Centrale Acquisti

Tabella 16 – Gare centralizzate espletate e già contrattualizzate

Gare centralizzate espletate e già contrattualizzate
Antisettici e disinfettanti 1
Emoderivati
Ossigeno domiciliare 1
Ossigeno domiciliare 2
Medicazioni
Farmaci 1
Farmaci 2
Farmaci genericati
Farmaci 3
Fili di sutura 1
Fili di sutura 2
Dispositivi per diabetici
Vaccini 1
Vaccini 2
Vaccini 3
Vaccini antinfluenzali 2013
Acquisizione ottica immagini per ricette farmaceutiche e specialistiche
Servizi di Tesoreria
Servizio di Lavanolo 1
Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 1
Servizio di Vigilanza 1
Ausili per invalidi ad uso territoriale
Dispositivi da somministrazione, raccolta e prelievo
Materiale consumabile da laboratorio
Noleggio e Service per i SIMT
Pacemaker e defibrillatori impiantabili
Servizio di Ristorazione 1
Ausili per incontinenti e neonati 1
Farmaci 2013

Tabella 17 – Gare centralizzate decretate in fase di espletamento

Gare centralizzate decretate in fase di espletamento
Servizio di Lavanolo 2
Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 2
Servizio di Pulizie e sanificazione
Servizio di Vigilanza 2
Ausili per incontinenti e neonati 2
Sistema informativo Ares 118
Servizio di Ristorazione 2
Servizio di soccorso in emergenza – Ares 118

Tabella 18 – Iniziative centralizzate decretate in fase di pubblicazione

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

Tabella 19 – Pianificazione degli acquisti centralizzati per il triennio 2013-2015

Procedura d'acquisto	Attività programmata	Scadenza
Farmaci 2013	Stipula contratti	31/03/2014
Servizio di Lavanolo 2	Aggiudicazione	31/03/2014
	Stipula contratti	31/05/2014
Servizio di gestione e smaltimento rifiuti speciali 2	Aggiudicazione	30/04/2014
	Stipula contratti	30/06/2014
Servizio di Pulizie*	Stipula contratti	31/03/2014
Ausili per incontinenti e neonati 2	Aggiudicazione	20/03/2014
	Stipula contratti	30/04/2014
Sistema informativo Ares 118	Aggiudicazione	31/05/2014
	Stipula contratti	31/07/2014
Servizio di Ristorazione 2	Aggiudicazione	30/06/2014
	Stipula contratti	31/08/2014

Appendice 2

Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

Indicatori demografici, socio-sanitari e struttura della popolazione

Sintesi dei principali risultati

Popolazione

Al 2011 il Lazio mostra un tasso di crescita totale positivo in linea con il resto d'Italia. Rispetto al decennio precedente, la speranza di vita alla nascita continua ad aumentare in entrambi i generi e questo stesso andamento si osserva in tutte le Province. Gli anziani costituiscono pertanto un'importante componente della popolazione (pari al 20% in tutta la Regione), specialmente nelle Province di Rieti e di Viterbo, dove rappresentano quasi il doppio della popolazione di età 0-14 anni.

Mortalità per causa

Nel 2011 si sono verificati 52.962 decessi per tutte le cause tra i residenti nella Regione Lazio, con una mortalità generale maggiore nei maschi rispetto alle femmine (596,0 rispetto a 378,4 per 100.000 residenti rispettivamente).

I tumori maligni rappresentano la prima causa di decesso nei maschi e i tassi risultano essere quasi il doppio rispetto alle femmine (211,3 e 125,8 per 100.000 residenti, rispettivamente). I tumori rappresentano inoltre la terza causa di morte nei bambini e nelle bambine di 0-14 anni.

Le malattie del sistema circolatorio sono invece la prima causa di morte tra le femmine e la seconda tra i maschi. In termini assoluti i decessi per questa causa sono maggiori nelle femmine rispetto ai maschi, ma i tassi standardizzati sono rispettivamente 197,3 (per 100.000 residenti) nei maschi e 133,1 (per 100.000 residenti) nelle femmine. I tassi standardizzati presentano eterogeneità nelle ASL e Province, con tassi di mortalità più elevati rispetto alla media regionale in alcune ASL della Provincia di Roma e nella Provincia di Frosinone.

Ospedalizzazioni

Adulti 15+ anni

Le malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni rappresentano i grandi gruppi di cause di ricovero più frequenti (rispettivamente il 20% e il 10% circa dei ricoveri ordinari totali). I tassi di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio nei maschi sono quasi il doppio di quelli delle femmine (19,0 per 1.000 maschi rispetto a 9,8 per 1.000 femmine), con tassi più elevati in alcune ASL della Provincia di Roma e nelle Province di Rieti e Latina. Nel 2011 vi sono stati circa 64.000 ricoveri per tumori maligni, in ugual numero nei maschi e nelle femmine, con tassi più elevati in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma.

Rispetto ai dati precedenti riferiti al quinquennio 2001-2005, disponibili solo per il Comune di Roma, (http://www.asplazio.it/salute_popolazione_roma_01/), si evidenzia una sostanziale riduzione nelle dimissioni in regime ordinario per tutte le cause, per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori maligni. Si evidenzia anche una riduzione del numero di day hospital per tutte le cause, in controtendenza con l'incremento osservato negli anni precedenti.

Bambini 0-14 anni

Nel 2011 vi sono stati circa 35.000 ricoveri ordinari e 58.000 day hospital per tutte le cause, con tassi di ospedalizzazione maggiori nei bambini rispetto alle bambine. I tassi di ospedalizzazione per tumori maligni sono invece simili nei due generi. Per questa patologia, il numero di day hospital totali è tre volte maggiore del numero di ricoveri ordinari (2.718 e 864, rispettivamente).

Anche in questa categoria di popolazione si osserva un trend in diminuzione delle dimissioni sia in regime ordinario che di day hospital rispetto ai dati precedenti riferiti al quinquennio 2001-2005 per il Comune di Roma.

Prevalenza di BPCO e diabete

Nel Lazio la prevalenza di BPCO stimata (dati 2008) per 1.000 residenti è pari a 100,9 nei maschi e 71,9 nelle femmine e il tasso è eterogeneo tra le diverse ASL e Province; la prevalenza è più elevata nelle ASL della Provincia di Roma. Anche la prevalenza di diabete è maggiore nei maschi (87,2 rispetto a 67,6 nelle femmine per 1.000 residenti) e si evidenzia una notevole eterogeneità tra le ASL del Lazio; la prevalenza maggiore si osserva tra le ASL della Provincia di Roma. La prevalenza di diabete stimata nel Lazio è in linea con il dato nazionale stimato (periodo 1998-2002) e lievemente inferiore al dato stimato per il Centro Italia (il 12% dei maschi e il 9% delle femmine) (dati Progetto Cuore, <http://www.cuore.iss.it/>).

Incidenza di primi eventi coronarici e cerebrovascolari

L'incidenza annuale di eventi coronarici acuti (dati 2006-2009) è tre volte maggiore nei maschi rispetto alle femmine (331,1 e 109,7 per 1.000 residenti, rispettivamente); in entrambi i generi si osservano i tassi di incidenza più elevati nelle ASL della Provincia di Roma. I dati indicano un incremento nell'incidenza di questa patologia nei maschi rispetto al dato stimato nel 2000 per il Centro Italia (228 ogni 100.000 maschi e 100,2 ogni 100.000 femmine) (<http://www.cuore.iss.it/indicatori/incidenza.asp>). L'incidenza di eventi cerebrovascolari nello stesso periodo è pari a 182,8 nei maschi e 115,3 nelle femmine (per 100.000 residenti); i tassi più elevati si registrano nella Provincia di Viterbo.

Indicatori demografici

La Regione Lazio (5 Province e 378 Comuni) ha raggiunto nel 2011 i 5.728.688 residenti (di cui 52% femmine) rispetto ai 5.140.371 residenti del 1991. La quota di popolazione straniera è pari a 542.688, corrispondenti al 9,5% della popolazione totale, a fronte del 7,5% di stranieri residenti su tutto il territorio nazionale (Fonte: demo.istat.it).

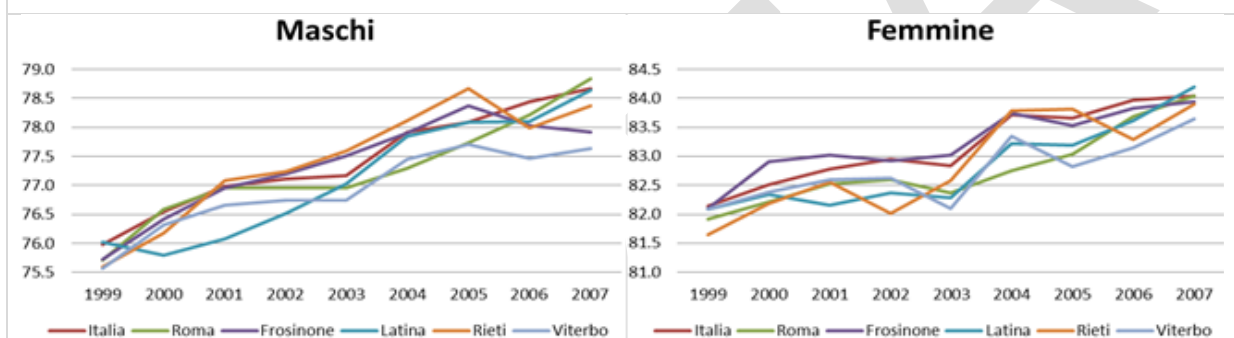
Gli indicatori demografici stimati dall'ISTAT (Tab.1) non mostrano sostanziali differenze tra il Lazio e l'Italia: il tasso di natalità è in diminuzione, il tasso di mortalità in aumento, la speranza di vita alla nascita (79,1 anni nei maschi e 84,5 anni nelle femmine nel Lazio) e a 65 anni (18,3 anni nei maschi e 21,9 anni nelle femmine nel Lazio) è in aumento per entrambi i generi (Fig.1). Solo nel Lazio si nota un forte decremento del saldo migratorio totale (attribuibile alle variazioni avvenute nella Provincia di Roma) e un indice di crescita naturale che seppur in diminuzione rimane positivo. Quest'ultimo indicatore è comunque eterogeneo tra le Province del Lazio con valori positivi solo nelle Province di Latina e di Roma. Per gli indici di dipendenza e di vecchiaia non si osservano differenze tra il Lazio e l'Italia né nei valori assoluti né nei trend. Nelle Province del Lazio i valori più bassi si stimano nella Provincia di Latina e i più alti nella Provincia di Rieti; l'indice di vecchiaia, nel 2010, è 121% e 186% rispettivamente. L'età media della popolazione coincide con il valore medio nazionale (43 anni), sostanzialmente stabile negli anni. L'indicatore varia tra 42 anni a Latina a 45 anni a Rieti.

Tabella 20 – Principali indicatori di crescita e di struttura** della popolazione residente, in Italia e nella Regione Lazio, e nelle Province del Lazio anni 2006 e 2010, Fonte ISTAT

Tipo indicatore	Italia		Lazio		Roma		Viterbo		Rieti		Frosinone		Latina	
	2006	2010	2006	2010	2006	2010*	2006	2010*	2006	2010*	2006	2010*	2006	2010*
tasso di natalità (x1000)	9.5	9.3	9.8	9.5	10.2	9.7	8.2	8.3	8.1	7.6	8.5	8.9	9.8	10.1
tasso di mortalità (x1000)	9.5	9.7	9.1	9.4	8.9	9.2	11.1	11.2	11.7	11.7	9.7	10.4	8.1	8.7
saldo migratorio totale (x1000)	6.2	5.2	34.2	8.1	44.8	8.9	11.2	9.6	7.1	7.1	1.6	2.2	6.2	6.6
crescita naturale (x1000)	0.0	-0.4	0.7	0.1	1.3	0.5	-2.9	-2.9	-3.6	-4.1	-1.2	-1.5	1.7	1.4
tasso di crescita totale (x1000)	6.2	4.7	34.9	8.2	46.1	9.4	8.3	6.7	3.5	3.0	0.4	0.7	7.9	8.0
numero medio di figli per donna	1.4	1.4	1.3	1.4	1.4	1.4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4
speranza di vita alla nascita - maschi	78.4	79.4	78.1	79.1	78.2	79.1	77.5	77.8	78.0	79.1	78.0	78.5	78.1	78.8
speranza di vita a 65 anni - maschi	17.8	18.4	17.7	18.3	17.7	18.2	16.9	17.4	17.7	18.3	17.6	18.0	17.5	18.2
speranza di vita alla nascita - femmine	84.0	84.5	83.6	84.5	83.7	83.9	83.2	83.7	83.3	83.6	83.8	84.0	83.6	84.5
speranza di vita a 65 anni - femmine	21.6	21.9	21.3	22.0	21.3	21.5	20.9	21.2	21.2	21.3	21.6	21.4	21.3	21.9
indice di dipendenza strutturale (%) - al 1/1	51	52	49	51	49	52	51	51	55	54	50	49	46	47
indice di dipendenza degli anziani (%) - al 1/1	30	31	29	30	28	30	32	32	36	35	29	30	25	26
indice di vecchiaia (%) - al 1/1	140	144	138	142	136	140	172	169	184	186	145	153	114	121
età media della popolazione - al 1/1	43	43	43	43	43	43	44	44	45	45	42	43	41	42

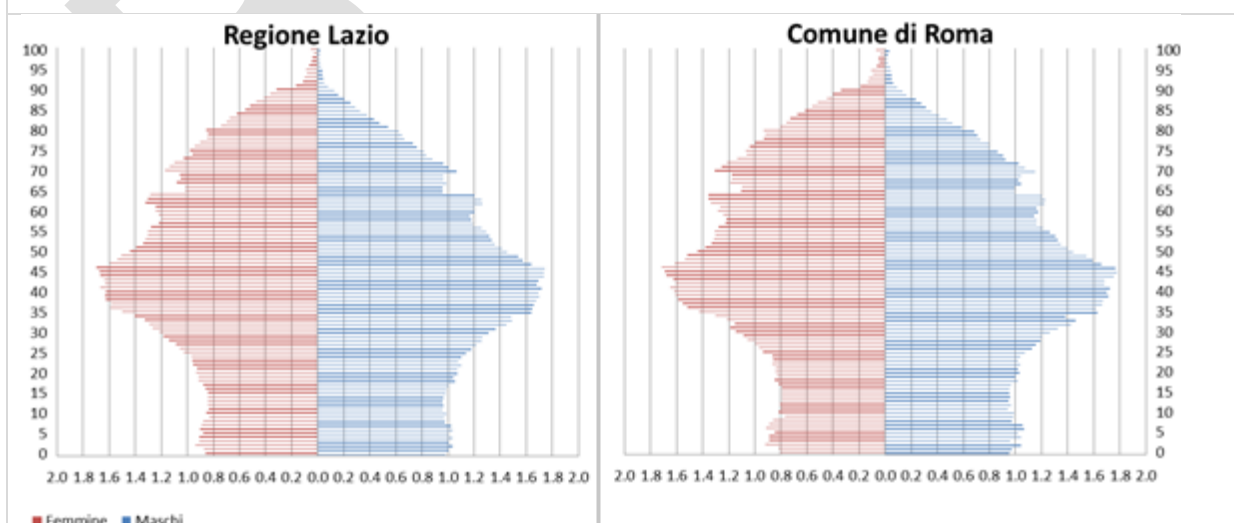
** La definizione degli indicatori è disponibile sul sito <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html>

Figura 5 – Andamento temporale della speranza di vita alla nascita in Italia e nelle Province nel Lazio



La struttura per età della popolazione della Regione Lazio (Fig.2), stimata dall'Istat al 1/1/2011, mostra una proporzione di maschi maggiore rispetto alle femmine dalla nascita fino a circa 34 anni di età, nelle età successive tale differenziale si inverte fino a raggiungere il suo massimo dopo gli 80 anni. Non si evidenziano differenze sostanziali tra la popolazione della Regione Lazio e del Comune di Roma.

Figura 6 – Distribuzione percentuale della struttura per età e genere della popolazione residente nelle Regione Lazio e nel Comune di Roma, Istat



Il Lazio si caratterizza per una percentuale di popolazione di età 0–14 anni pari al 14%, tra i 15-64 anni pari al 66% e oltre i 65 anni pari al 20% (Tab.2), in linea con la distribuzione per età a livello

nazionale. Sia nei maschi che nelle femmine le Province con più giovani sono Roma e Latina mentre quella con popolazione più anziana è Rieti.

Tabella 21 – Distribuzione della popolazione residente per grandi gruppi di età e aree di residenza, Regione Lazio, Istat

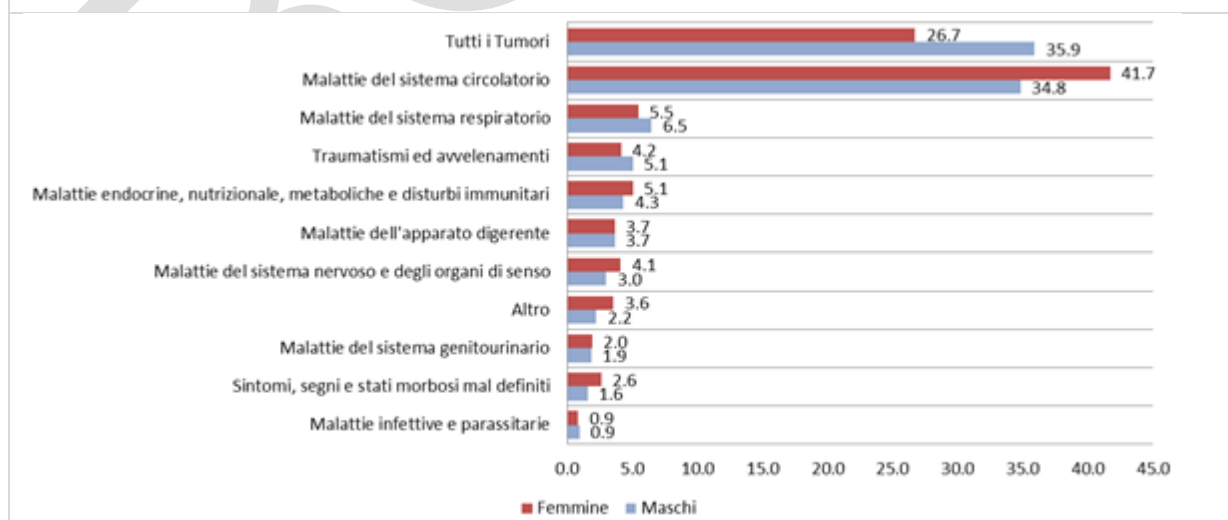
Area di residenza	Totale						
	0-14		15-64		65+		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
Lazio	799740	14	3792926	66	1136022	20	5728688
ASL RM A	57720	12	315414	65	115557	24	488691
ASL RM B	102651	15	468318	67	132981	19	703950
ASL RM C	70883	13	342645	63	126288	23	539816
ASL RM D	84956	15	370080	65	118001	21	573037
ASL RM E	72649	14	338442	64	115877	22	526968
Comune di Roma	377350	14	1785782	65	598345	22	2761477
ASL RM F	48096	15	217371	68	53437	17	318904
ASL RM G	73783	15	333515	68	81788	17	489086
ASL RM H	84602	15	376984	68	92030	17	553616
Provincia di Roma	595340	14	2762769	66	835959	20	4194068
Provincia di Viterbo	40199	13	212313	66	67782	21	320294
Provincia di Rieti	19449	12	104616	65	36402	23	160467
Provincia di Frosinone	64633	13	335047	67	98487	20	498167
Provincia di Latina	80119	14	378181	68	97392	18	555692

Indicatori dello stato di salute

Mortalità proporzionale

L'analisi della mortalità proporzionale per grandi gruppi di cause nel Lazio nel 2011 (Fonte: Registro Nominativo Cause di Morte ReNcAM, Lazio), espressa come proporzione tra le morti dovute ad una specifica causa rispetto alle morti totali, non mostra sostanziali differenze rispetto al dato nazionale (ISTAT, anno 2009) (Fig.3). I tumori sono la causa più frequente nei maschi, a seguire le malattie del sistema circolatorio entrambe con frequenza intorno al 36%. Nelle femmine le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di decesso (42%) seguite dai tumori (27%).

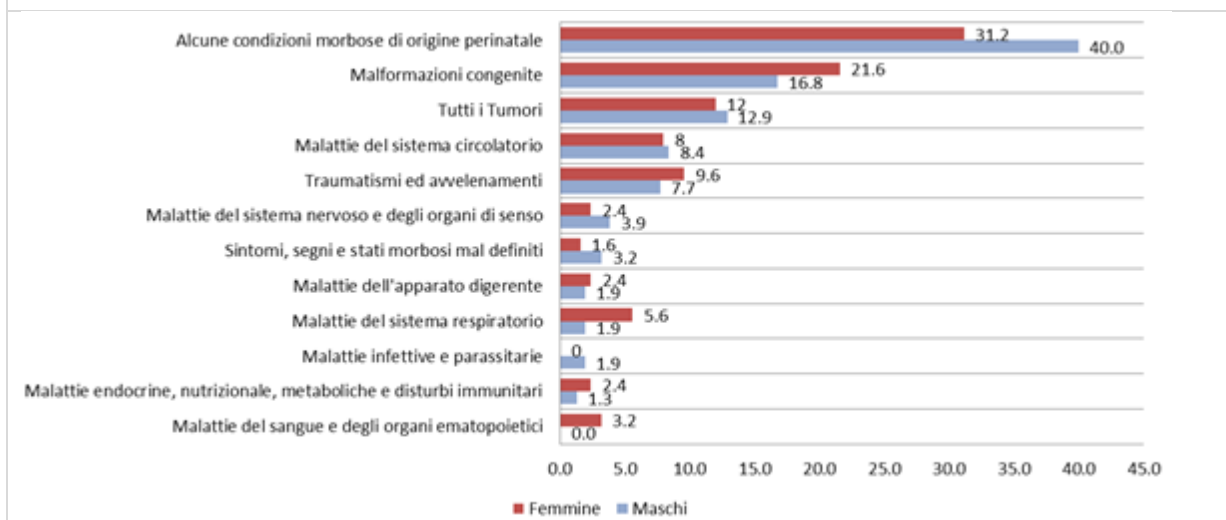
Figura 7 – Mortalità proporzionale, tutte le età per genere, residenti nella Regione Lazio, ReNcAM 2011



Non si osservano differenze tra il dato regionale e quello delle singole Province eccetto nella Provincia di Viterbo e di Frosinone dove le malattie del sistema circolatorio nei maschi sono presenti in proporzione maggiore (35,9% e 41,0% rispettivamente, dati non in figura).

Nella popolazione in età pediatrica (Fig.4), più del 70% dei decessi è attribuibile a condizioni morbose di origine perinatale (40,0% nei maschi e 31,2% nelle femmine), alle malformazioni congenite (16,8% nei maschi e 21,6% nelle femmine) e ai tumori (circa 12,5%).

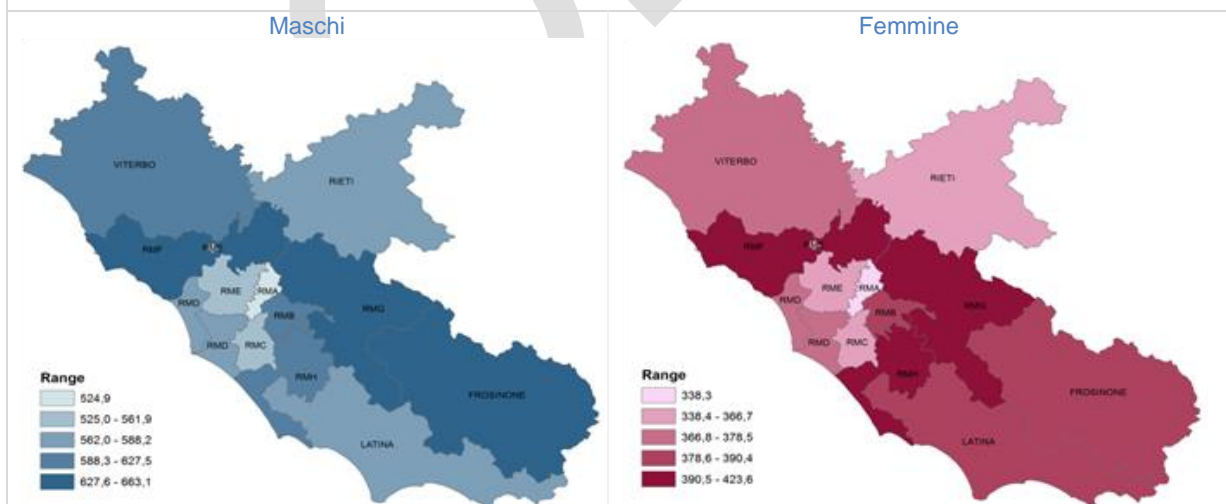
Figura 8 – Mortalità proporzionale, età 0-14 per genere, residenti nella Regione Lazio, ReNCaM



Mortalità per causa

La Fig.5 mostra i tassi di mortalità per tutte le cause per 100.000 residenti nelle ASL della Regione Lazio per genere. È evidente un'eterogeneità tra le ASL e tra i due generi, con i tassi di mortalità più elevati nelle ASL RM F, RM G e nella Provincia di Frosinone nei maschi, e nelle ASL RM F, RM G e RM H nelle femmine.

Figura 9 – Tasso (per 100.000 residenti) standardizzato di mortalità per tutte le cause (001-999) per genere e ASL e Provincia di residenza nella Regione Lazio. Anno 2011



A seguire vengono riportati i seguenti indicatori: numero di decessi osservati nel 2011 (fonte: ReNCaM 2011), tasso grezzo di mortalità e tasso standardizzato per età per 100.000 residenti (riferimento: popolazione europea) e limiti di confidenza al 95% (IC 95%), Rischio Relativo (RR, rapporto tra il tasso standardizzato dell'area di interesse ed il tasso regionale), limiti di confidenza del RR al 95%. Tutte le misure sono stratificate per genere e area di residenza (Lazio, Province, ASL e Comune di Roma). Nelle tabelle i RR significativi sono evidenziati in grassetto.

Tutte le cause

Il numero di decessi nel 2011 è di 52.962 di cui il 48,8% nei maschi (Tab.3). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 596,0 nei maschi e 378,4 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella ASL RM B, RM F, RM G e nella Provincia di Frosinone; nelle femmine i RR sono maggiori di 1 nelle ASL RM F, RM G, RM H.

Tabella 22 – Mortalità per tutte le cause (001-999), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011

Area di residenza	MASCHI									FEMMINE								
	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%			
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				2011	grezzo		standard	Inf.	Sup.	Inf.
Lazio	25832	937.9	596.0	588.5	- 603.6	1			27130	912.1	378.4	373.3	- 383.6	1				
ASL RM A	2256	980.5	524.9	502.2	- 548.7	0.88	0.84	- 0.92	2803	1083.9	338.3	323.4	- 353.9	0.89	0.85	- 0.94		
ASL RM B	3060	900.2	627.5	604.8	- 650.9	1.05	1.01	- 1.09	3061	840.9	384.2	369.3	- 399.7	1.02	0.97	- 1.06		
ASL RM C	2590	1032.0	561.9	539.2	- 585.6	0.94	0.90	- 0.98	3002	1039.3	357.2	342.2	- 372.7	0.94	0.90	- 0.99		
ASL RM D	2443	898.6	578.0	554.5	- 602.5	0.97	0.93	- 1.01	2541	843.7	373.6	357.6	- 390.3	0.99	0.94	- 1.03		
ASL RM E	2379	973.8	548.8	525.8	- 572.9	0.92	0.88	- 0.96	2700	955.2	359.6	344.0	- 375.9	0.95	0.91	- 1.00		
Comune di Roma	12499	960.2	570.0	559.5	- 580.6	0.96	0.94	- 0.98	13871	950.3	362.1	355.2	- 369.2	0.96	0.93	- 0.98		
ASL RM F	1319	846.2	641.8	607.4	- 678.2	1.08	1.02	- 1.14	1331	816.4	423.6	399.7	- 449.0	1.12	1.05	- 1.19		
ASL RM G	2130	885.3	663.1	634.9	- 692.6	1.11	1.06	- 1.16	2033	818.1	403.3	384.5	- 423.0	1.07	1.01	- 1.12		
ASL RM H	2131	788.4	608.1	582.2	- 635.1	1.02	0.98	- 1.07	2243	791.6	412.7	394.6	- 431.6	1.09	1.04	- 1.14		
Provincia di Roma	18308	913.6	588.4	579.6	- 597.4	0.99	0.97	- 1.01	19714	900.1	376.2	370.3	- 382.2	0.99	0.97	- 1.02		
Provincia di Viterbo	1648	1055.4	605.0	575.1	- 636.4	1.02	0.96	- 1.07	1663	1013.2	378.5	357.6	- 400.6	1.00	0.94	- 1.06		
Provincia di Rieti	872	1108.6	576.5	536.9	- 619.0	0.97	0.90	- 1.04	916	1119.7	366.7	338.6	- 397.2	0.97	0.89	- 1.05		
Provincia di Frosinone	2710	1114.0	662.4	636.6	- 689.2	1.11	1.07	- 1.16	2530	992.6	388.9	371.6	- 407.1	1.03	0.98	- 1.08		
Provincia di Latina	2294	842.3	588.2	563.9	- 613.6	0.99	0.94	- 1.03	2307	814.2	390.4	373.3	- 408.4	1.03	0.98	- 1.08		

Tumori maligni

Il numero di decessi nel 2011 è di 15.937 di cui il 56,1% nei maschi (Tab.4). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 211,3 nei maschi e 125,8 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano i tassi più elevati nei maschi nella ASL RM F, RM G, e nelle femmine nella ASL RM D e nella Provincia di Roma.

Tabella 23 – Mortalità per tumori maligni (140-208), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	MASCHI									FEMMINE								
	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%			
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				2011	grezzo		standard	Inf.	Sup.	Inf.
Lazio	8944	324.7	211.3	206.8	- 215.9	1			6993	235.1	125.8	122.6	- 129.2	1				
ASL RM A	757	329.0	188.7	174.9	- 203.6	0.89	0.83	- 0.97	743	287.3	117.9	108.5	- 128.1	0.94	0.86	- 1.02		
ASL RM B	1079	317.4	221.0	207.8	- 235.1	1.05	0.98	- 1.12	847	232.7	130.1	120.8	- 140.1	1.03	0.96	- 1.12		
ASL RM C	965	384.5	217.1	203.1	- 232.1	1.03	0.96	- 1.10	818	283.2	129.8	119.9	- 140.5	1.03	0.95	- 1.12		
ASL RM D	894	328.8	214.0	199.8	- 229.1	1.01	0.94	- 1.09	794	263.6	142.9	132.4	- 154.2	1.14	1.05	- 1.23		
ASL RM E	844	345.5	200.8	186.9	- 215.7	0.95	0.88	- 1.02	747	264.3	130.9	120.8	- 142.0	1.04	0.96	- 1.13		
Comune di Roma	4457	342.4	209.1	202.8	- 215.6	0.99	0.95	- 1.03	3870	265.1	130.3	125.8	- 135.0	1.04	0.99	- 1.08		
ASL RM F	491	315.0	239.7	219.1	- 262.4	1.13	1.03	- 1.24	352	215.9	134.2	120.1	- 150.1	1.07	0.95	- 1.20		
ASL RM G	755	313.8	234.7	218.2	- 252.4	1.11	1.03	- 1.20	483	194.4	123.8	112.4	- 136.3	0.98	0.89	- 1.09		
ASL RM H	707	261.6	199.0	184.6	- 214.6	0.94	0.87	- 1.02	595	210.0	133.2	122.3	- 145.1	1.06	0.97	- 1.16		
Provincia di Roma	6492	324.0	212.8	207.5	- 218.2	1.01	0.97	- 1.04	5379	245.6	130.7	126.9	- 134.6	1.04	1.00	- 1.08		
Provincia di Viterbo	505	323.4	196.4	179.4	- 215.0	0.93	0.85	- 1.02	342	208.4	105.0	93.2	- 118.3	0.83	0.74	- 0.94		
Provincia di Rieti	306	389.0	209.4	185.8	- 236.0	0.99	0.88	- 1.12	171	209.0	94.1	79.0	- 112.2	0.75	0.63	- 0.89		
Provincia di Frosinone	832	342.0	212.1	197.5	- 227.7	1.00	0.93	- 1.08	521	204.4	113.8	103.3	- 125.4	0.90	0.82	- 1.00		
Provincia di Latina	809	297.0	210.2	195.8	- 225.6	0.99	0.92	- 1.07	580	204.7	121.4	111.2	- 132.6	0.96	0.88	- 1.06		

Malattie del sistema circolatorio

Il numero di decessi nel 2011 è di 20.275 di cui il 44,3% nei maschi (Tab.5). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 197,3 nei Maschi e 133,1 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella ASL RM B, RM G e nella Provincia di Frosinone, e per le femmine nelle ASL RM F, RM G, RM H e nella Province di Frosinone e Latina.

Tabella 24 – Mortalità per malattie del sistema circolatorio (390-459), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	MASCHI							FEMMINE												
	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%						
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	8973	325.8	197.3	193.2	-	201.6	1		11302	380.0	133.1	130.5	-	135.8	1					
ASL RM A	787	342.0	170.0	157.9	-	183.0	0.86	0.80	-	0.93	1142	441.6	111.3	104.3	-	118.8	0.84	0.78	-	0.90
ASL RM B	1033	303.9	210.1	197.3	-	223.7	1.06	1.00	-	1.14	1200	329.7	131.5	123.7	-	139.7	0.99	0.93	-	1.05
ASL RM C	870	346.7	177.8	165.7	-	190.7	0.90	0.84	-	0.97	1270	439.7	124.0	116.5	-	132.0	0.93	0.87	-	0.99
ASL RM D	810	297.9	183.1	170.4	-	196.6	0.93	0.86	-	1.00	939	311.8	116.1	108.4	-	124.4	0.87	0.81	-	0.94
ASL RM E	800	327.5	173.8	161.6	-	186.8	0.88	0.82	-	0.95	1046	370.0	112.0	104.9	-	119.5	0.84	0.79	-	0.90
Comune di Roma	4226	324.6	183.4	177.7	-	189.3	0.93	0.89	-	0.97	5513	377.7	119.0	115.6	-	122.5	0.89	0.86	-	0.93
ASL RM F	451	289.3	214.5	195.2	-	235.6	1.09	0.99	-	1.20	546	334.9	154.2	141.1	-	168.5	1.16	1.06	-	1.27
ASL RM G	728	302.6	220.6	204.8	-	237.6	1.12	1.03	-	1.21	885	356.1	151.7	141.4	-	162.7	1.14	1.06	-	1.23
ASL RM H	710	262.7	200.6	186.0	-	216.2	1.02	0.94	-	1.10	898	316.9	145.6	136.0	-	156.0	1.09	1.02	-	1.18
Provincia di Roma	6189	308.9	190.6	185.8	-	195.6	0.97	0.93	-	1.00	7926	361.9	127.3	124.3	-	130.4	0.96	0.93	-	0.99
Provincia di Viterbo	591	378.5	205.7	189.2	-	223.6	1.04	0.96	-	1.14	650	396.0	132.3	121.1	-	144.6	0.99	0.91	-	1.09
Provincia di Rieti	303	385.2	183.8	163.2	-	207.0	0.93	0.83	-	1.05	398	486.5	136.4	120.9	-	153.8	1.02	0.91	-	1.16
Provincia di Frosinone	1110	456.3	252.0	237.0	-	267.9	1.28	1.20	-	1.36	1312	514.7	164.8	155.3	-	174.9	1.24	1.16	-	1.32
Provincia di Latina	780	286.4	191.5	178.2	-	205.8	0.97	0.90	-	1.05	1016	358.6	149.8	140.4	-	160.0	1.13	1.05	-	1.21

Malattie dell'apparato respiratorio

Il numero di decessi nel 2011 è di 3.158 di cui il 53,2% nei maschi (Tab.6). Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 35,4 nei Maschi e 18,1 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella RM H e nella Provincia di Frosinone, e nelle femmine nella ASL RM H.

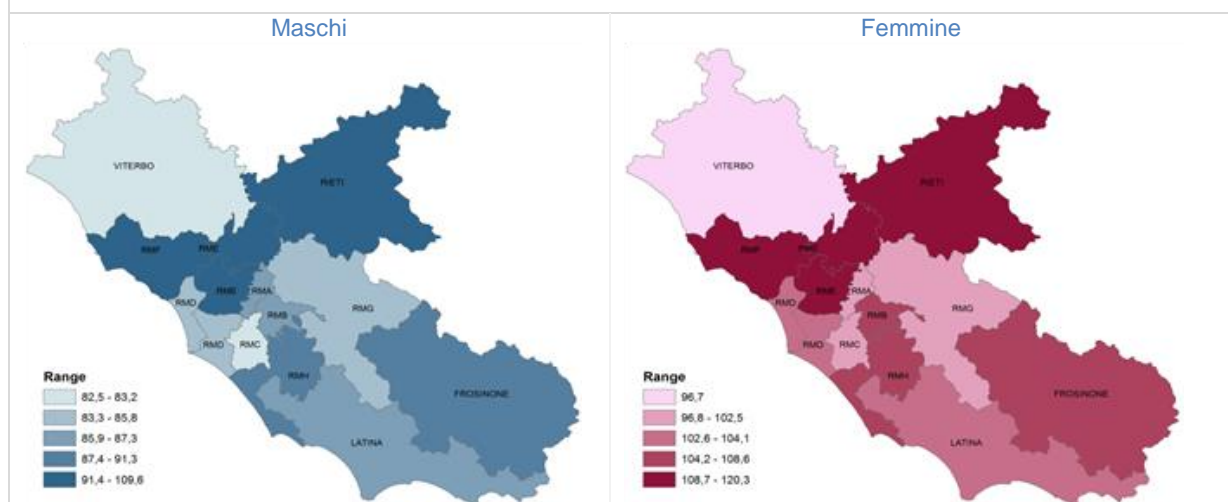
Tabella 25 – Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (460-519), tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	MASCHI							FEMMINE												
	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	Decessi	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%						
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	1679	61.0	35.4	33.7	-	37.2	1		1479	49.7	18.1	17.1	-	19.1	1					
ASL RM A	161	70.0	32.2	27.4	-	37.8	0.91	0.77	-	1.08	181	70.0	17.5	14.9	-	20.6	0.97	0.82	-	1.15
ASL RM B	173	50.9	33.2	28.5	-	38.7	0.94	0.80	-	1.10	169	46.4	19.6	16.6	-	23.2	1.08	0.91	-	1.30
ASL RM C	150	59.8	28.5	24.2	-	33.7	0.81	0.68	-	0.96	149	51.6	15.7	13.1	-	18.8	0.87	0.72	-	1.05
ASL RM D	136	50.0	29.6	24.9	-	35.1	0.84	0.70	-	1.00	138	45.8	17.2	14.3	-	20.7	0.95	0.79	-	1.16
ASL RM E	176	72.0	36.6	31.3	-	42.7	1.03	0.88	-	1.22	172	60.8	19.3	16.3	-	22.7	1.07	0.90	-	1.27
Comune di Roma	788	60.5	32.2	29.9	-	34.6	0.91	0.83	-	0.99	797	54.6	17.9	16.6	-	19.4	0.99	0.90	-	1.09
ASL RM F	89	57.1	41.0	33.2	-	50.6	1.16	0.93	-	1.44	78	47.8	22.6	17.8	-	28.8	1.25	0.98	-	1.60
ASL RM G	113	47.0	33.4	27.7	-	40.4	0.95	0.78	-	1.15	86	34.6	16.3	12.9	-	20.6	0.90	0.71	-	1.15
ASL RM H	199	73.6	55.4	48.1	-	63.8	1.57	1.35	-	1.82	146	51.5	23.7	20.0	-	28.2	1.31	1.10	-	1.58
Provincia di Roma	1197	59.7	35.3	33.3	-	37.4	1.00	0.92	-	1.08	1119	51.1	18.7	17.5	-	19.9	1.03	0.95	-	1.13
Provincia di Viterbo	103	66.0	34.1	28.0	-	41.6	0.96	0.79	-	1.18	104	63.4	19.5	15.6	-	24.4	1.08	0.86	-	1.36
Provincia di Rieti	45	57.2	29.1	21.1	-	40.2	0.82	0.59	-	1.14	50	61.1	15.6	11.6	-	20.9	0.86	0.64	-	1.16
Provincia di Frosinone	194	79.7	42.2	36.5	-	48.8	1.19	1.02	-	1.39	106	41.6	16.2	12.9	-	20.2	0.90	0.71	-	1.13
Provincia di Latina	140	51.4	33.0	27.9	-	39.1	0.93	0.78	-	1.11	100	35.3	14.7	11.9	-	18.1	0.81	0.66	-	1.01

Ospedalizzazione

La Fig.6 mostra i tassi di ospedalizzazione per tutte le cause per 1.000 residenti nelle ASL della Regione Lazio per genere. È evidente un'eterogeneità tra le ASL con i tassi di ospedalizzazione più elevati nelle ASL RM E, RM F e nella Provincia di Rieti sia nei maschi che nelle femmine.

Figura 10 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione (ricoveri ordinari) per tutte le cause (001-999) nella popolazione adulta per genere e ASL e Provincia di residenza nella Regione Lazio. Anno



A seguire sono presentati i tassi grezzi e standardizzati di ospedalizzazione (Fonte: SIO Regione Lazio, 2011) e i Rischi Relativi (riferimento: Regione Lazio). I tassi sono calcolati sulla popolazione dei residenti assistiti (fonte: Anagrafe Sanitaria Regione Lazio, 2011) ed espressi per 1.000 residenti e assistiti. Per la causa di ospedalizzazione è stata considerata solo la diagnosi principale di dimissione. Sono presentati separatamente i ricoveri ordinari ed i day hospital per la popolazione in età pediatrica e per la popolazione adulta. Tutte le misure sono stratificate per genere ed area di residenza (Lazio, Province, ASL e Comune di Roma).

3.11.1.1 Popolazione adulta (età 15+)

Ricoveri ordinari

Tutte le cause

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è 539.303 di cui il 44,1% nei maschi (Tab.7). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nelle femmine (105,9) rispetto ai maschi (89,0). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nei maschi nella ASL RM E, RM F, RM H e nelle Province di Rieti e Frosinone, e nelle femmine nella ASL RM E, RM F, RM H e nelle Province di Roma e Rieti.

Tabella 26 – Ricoveri ordinari per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +						Femmine 15 anni e +													
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%						
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.			2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.								
Lazio	237761	106.4	89.0	88.7	-	89.4	1	301542	120.8	105.9	105.5	-	106.3	1						
ASL RM A	19620	111.5	86.8	85.5	-	88.1	0.97	0.96	-	0.99	26040	123.4	102.4	100.9	-	103.8	0.97	0.95	-	0.98
ASL RM B	28134	100.8	87.0	86.0	-	88.1	0.98	0.96	-	0.99	36726	118.8	105.9	104.8	-	107.1	1.00	0.99	-	1.01
ASL RM C	21857	105.2	82.5	81.4	-	83.7	0.93	0.91	-	0.94	29877	121.5	100.3	99.0	-	101.6	0.95	0.93	-	0.96
ASL RM D	22246	102.8	85.8	84.7	-	87.1	0.96	0.95	-	0.98	29298	117.9	104.1	102.8	-	105.4	0.98	0.97	-	1.00
ASL RM E	24035	123.6	98.6	97.3	-	99.9	1.11	1.09	-	1.12	31475	134.9	113.4	112.0	-	114.8	1.07	1.06	-	1.08
Comune di Roma	113400	108.1	87.8	87.3	-	88.3	0.99	0.98	-	0.99	150317	123.0	105.3	104.7	-	105.9	0.99	0.99	-	1.00
ASL RM F	13525	111.7	98.0	96.3	-	99.7	1.10	1.08	-	1.12	16713	126.5	115.0	113.2	-	116.9	1.09	1.07	-	1.10
ASL RM G	18405	95.7	85.5	84.2	-	86.7	0.96	0.94	-	0.97	23036	112.0	102.5	101.1	-	103.9	0.97	0.95	-	0.98
ASL RM H	21863	101.7	90.3	89.1	-	91.5	1.01	1.00	-	1.03	27836	119.9	108.6	107.2	-	109.9	1.02	1.01	-	1.04
Provincia di Roma	169685	105.8	88.6	88.2	-	89.1	1.00	0.99	-	1.00	221001	121.4	106.2	105.8	-	106.7	1.00	1.00	-	1.01
Provincia di Viterbo	13433	103.9	83.2	81.8	-	84.7	0.93	0.92	-	0.95	15961	113.6	96.7	95.0	-	98.4	0.91	0.90	-	0.93
Provincia di Rieti	9335	142.3	109.6	107.2	-	112.0	1.23	1.20	-	1.26	10292	145.9	120.3	117.7	-	123.0	1.14	1.11	-	1.16
Provincia di Frosinone	22327	108.2	91.3	90.1	-	92.6	1.02	1.01	-	1.04	26266	118.9	106.2	104.8	-	107.6	1.00	0.99	-	1.02
Provincia di Latina	22981	100.1	87.3	86.1	-	88.4	0.98	0.97	-	0.99	28022	114.7	103.0	101.8	-	104.3	0.97	0.96	-	0.99

Tumori maligni

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è 64.158 di cui il 47,9% nei maschi (Tab.8). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono simili nei maschi e nelle femmine (circa 11). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM E, nel Comune di Roma, nella ASL RM F, nelle Province di Roma e di Rieti e, nelle femmine anche nel Comune e in diverse ASL di Roma (ASL RM A, RM C, RM E), nella ASL RM F e nella Provincia di Roma.

Tabella 27 – Ricoveri ordinari per tumori maligni (140-208), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +								Femmine 15 anni e +											
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	30702	13.7	10.7	10.6	-	10.8	1		33456	13.4	11.1	11.0	-	11.3	1					
ASL RM A	2680	15.2	10.9	10.5	-	11.3	1.02	0.97	-	1.06	3268	15.5	12.1	11.6	-	12.5	1.08	1.04	-	1.12
ASL RM B	3717	13.3	10.9	10.6	-	11.3	1.02	0.98	-	1.05	4030	13.0	11.0	10.6	-	11.4	0.99	0.95	-	1.02
ASL RM C	3046	14.7	10.7	10.3	-	11.1	0.99	0.96	-	1.03	3698	15.0	11.8	11.3	-	12.2	1.05	1.02	-	1.09
ASL RM D	3095	14.3	11.0	10.6	-	11.4	1.02	0.99	-	1.06	3503	14.1	11.5	11.1	-	11.9	1.03	0.99	-	1.07
ASL RM E	3193	16.4	11.9	11.4	-	12.3	1.11	1.06	-	1.15	3542	15.2	11.8	11.4	-	12.2	1.06	1.02	-	1.10
Comune di Roma	15401	14.7	11.0	10.9	-	11.2	1.03	1.01	-	1.05	17751	14.5	11.6	11.4	-	11.8	1.04	1.02	-	1.06
ASL RM F	1681	13.9	11.4	10.9	-	12.0	1.06	1.01	-	1.12	1850	14.0	12.1	11.6	-	12.7	1.09	1.04	-	1.14
ASL RM G	2429	12.6	10.8	10.4	-	11.2	1.01	0.96	-	1.05	2436	11.8	10.4	10.0	-	10.8	0.93	0.89	-	0.97
ASL RM H	2774	12.9	10.9	10.5	-	11.3	1.01	0.97	-	1.05	3056	13.2	11.5	11.0	-	11.9	1.03	0.99	-	1.07
Provincia di Roma	22615	14.1	11.0	10.9	-	11.2	1.03	1.01	-	1.05	25383	13.9	11.5	11.3	-	11.6	1.03	1.01	-	1.05
Provincia di Viterbo	1719	13.3	9.7	9.2	-	10.1	0.90	0.86	-	0.95	1807	12.9	10.6	10.1	-	11.2	0.95	0.91	-	1.00
Provincia di Rieti	1148	17.5	12.2	11.5	-	13.0	1.14	1.07	-	1.21	956	13.5	10.8	10.1	-	11.6	0.97	0.91	-	1.04
Provincia di Frosinone	2660	12.9	10.1	9.7	-	10.5	0.94	0.90	-	0.98	2674	12.1	10.6	10.2	-	11.1	0.95	0.92	-	0.99
Provincia di Latina	2560	11.2	9.3	8.9	-	9.6	0.86	0.83	-	0.90	2636	10.8	9.4	9.1	-	9.8	0.85	0.81	-	0.88

Malattie del sistema nervoso, ed organi di senso

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 19.361 di cui il 47,8% nei maschi (Tab.9). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono simili nei maschi (3,5) e nelle femmine (3,3). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nel Comune di Roma, nelle ASL RM A, RM E e nella Provincia di Roma nei maschi e nelle ASL RM A, RM B, RM E, nel Comune e nella Provincia di Roma e di Rieti nelle femmine.

Tabella 28 – Ricoveri ordinari per malattie del sistema nervoso, ed organi di senso (320-359), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +								Femmine 15 anni e +											
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	9253	4.1	3.5	3.5	-	3.6	1		10108	4.0	3.3	3.2	-	3.4	1					
ASL RM A	914	5.2	4.1	3.8	-	4.4	1.15	1.07	-	1.23	1117	5.3	3.8	3.5	-	4.1	1.16	1.08	-	1.24
ASL RM B	1166	4.2	3.6	3.4	-	3.9	1.03	0.97	-	1.10	1307	4.2	3.5	3.3	-	3.7	1.07	1.01	-	1.14
ASL RM C	950	4.6	3.7	3.5	-	4.0	1.04	0.97	-	1.12	1173	4.8	3.5	3.3	-	3.7	1.06	0.99	-	1.13
ASL RM D	924	4.3	3.6	3.4	-	3.8	1.01	0.94	-	1.09	996	4.0	3.2	3.0	-	3.4	0.97	0.90	-	1.04
ASL RM E	1025	5.3	4.1	3.9	-	4.4	1.16	1.08	-	1.24	1212	5.2	3.7	3.5	-	3.9	1.13	1.05	-	1.20
Comune di Roma	4889	4.7	3.8	3.7	-	3.9	1.08	1.04	-	1.12	5727	4.7	3.5	3.4	-	3.6	1.08	1.04	-	1.12
ASL RM F	475	3.9	3.5	3.2	-	3.9	1.00	0.91	-	1.09	490	3.7	3.1	2.9	-	3.5	0.96	0.87	-	1.06
ASL RM G	624	3.2	3.0	2.7	-	3.2	0.84	0.77	-	0.91	631	3.1	2.7	2.5	-	3.0	0.83	0.77	-	0.91
ASL RM H	836	3.9	3.5	3.3	-	3.8	0.99	0.92	-	1.06	892	3.8	3.3	3.1	-	3.6	1.01	0.94	-	1.09
Provincia di Roma	6914	4.3	3.7	3.6	-	3.7	1.03	1.00	-	1.07	7818	4.3	3.4	3.3	-	3.5	1.03	1.00	-	1.07
Provincia di Viterbo	502	3.9	3.2	2.9	-	3.5	0.91	0.83	-	1.00	434	3.1	2.5	2.2	-	2.7	0.75	0.68	-	0.84
Provincia di Rieti	294	4.5	3.5	3.1	-	4.0	1.00	0.88	-	1.13	349	4.9	4.1	3.6	-	4.6	1.24	1.10	-	1.39
Provincia di Frosinone	742	3.6	3.3	3.1	-	3.5	0.93	0.86	-	1.00	760	3.4	3.2	2.9	-	3.4	0.97	0.90	-	1.05
Provincia di Latina	801	3.5	3.1	2.9	-	3.4	0.88	0.82	-	0.95	747	3.1	2.7	2.5	-	2.9	0.83	0.77	-	0.90

Malattie del sistema circolatorio

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 98.220 di cui il 57,2% nei maschi (Tab.10). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nei maschi (19,0) rispetto alle femmine (9,8). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F, RM G, RM H e nelle Province di Rieti e Latina nei maschi, e nelle ASL RM F, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nelle femmine.

Tabella 29 – Ricoveri ordinari per malattie del sistema circolatorio (390-459), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	56172	25.1	19.0	18.8	-	19.1	1		42048	16.8	9.8	9.7	-	9.9	1					
ASL RM A	4451	25.3	17.4	16.8	-	17.9	0.92	0.89	-	0.95	3521	16.7	8.4	8.1	-	8.7	0.86	0.83	-	0.89
ASL RM B	6773	24.3	19.3	18.8	-	19.8	1.02	0.99	-	1.04	4749	15.4	9.5	9.2	-	9.8	0.97	0.94	-	1.00
ASL RM C	5180	24.9	16.9	16.4	-	17.4	0.89	0.86	-	0.92	4356	17.7	8.6	8.3	-	8.9	0.88	0.85	-	0.91
ASL RM D	4886	22.6	16.8	16.3	-	17.3	0.88	0.86	-	0.91	3416	13.7	8.2	7.9	-	8.5	0.84	0.81	-	0.87
ASL RM E	5235	26.9	18.8	18.3	-	19.4	0.99	0.96	-	1.02	4234	18.1	9.9	9.5	-	10.2	1.01	0.97	-	1.05
Comune di Roma	26001	24.8	17.9	17.7	-	18.1	0.94	0.93	-	0.96	19964	16.3	8.9	8.8	-	9.1	0.91	0.90	-	0.93
ASL RM F	3186	26.3	21.4	20.7	-	22.2	1.13	1.09	-	1.17	2179	16.5	11.0	10.5	-	11.5	1.12	1.07	-	1.17
ASL RM G	4542	23.6	19.8	19.2	-	20.4	1.04	1.01	-	1.07	2990	14.5	9.5	9.1	-	9.9	0.97	0.93	-	1.01
ASL RM H	5505	25.6	21.2	20.6	-	21.8	1.12	1.09	-	1.15	3860	16.6	11.1	10.8	-	11.5	1.14	1.10	-	1.18
Provincia di Roma	39758	24.8	18.8	18.6	-	19.0	0.99	0.98	-	1.00	29305	16.1	9.4	9.3	-	9.5	0.96	0.94	-	0.97
Provincia di Viterbo	2986	23.1	16.0	15.5	-	16.7	0.85	0.81	-	0.88	2315	16.5	8.5	8.2	-	8.9	0.87	0.83	-	0.92
Provincia di Rieti	2416	36.8	24.8	23.8	-	25.9	1.31	1.25	-	1.37	1956	27.7	14.3	13.6	-	15.0	1.46	1.38	-	1.54
Provincia di Frosinone	4989	24.2	18.2	17.7	-	18.7	0.96	0.93	-	0.99	3971	18.0	10.5	10.2	-	10.9	1.07	1.04	-	1.11
Provincia di Latina	6023	26.2	21.0	20.5	-	21.6	1.11	1.08	-	1.14	4501	18.4	11.7	11.3	-	12.1	1.20	1.16	-	1.24

Malattie dell'apparato respiratorio

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 34.281 di cui il 56,0% nei maschi (Tab.11). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nei maschi (7,0) rispetto alle femmine (4,4). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM E, RM H e nella Provincia di Rieti sia nei maschi che nelle femmine, e nelle femmine anche nella ASL RM B e nella Provincia di Roma.

Tabella 30 – Ricoveri ordinari per malattie dell'apparato respiratorio (460-519), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	19197	8.6	7.0	6.9	-	7.1	1		15084	6.0	4.4	4.3	-	4.5	1					
ASL RM A	1517	8.6	6.6	6.2	-	6.9	0.94	0.89	-	1.00	1363	6.5	4.2	3.9	-	4.4	0.94	0.88	-	1.01
ASL RM B	2375	8.5	7.1	6.8	-	7.4	1.02	0.98	-	1.07	1940	6.3	4.7	4.5	-	4.9	1.07	1.01	-	1.12
ASL RM C	1793	8.6	6.6	6.2	-	6.9	0.94	0.90	-	0.99	1606	6.5	4.4	4.2	-	4.7	1.00	0.94	-	1.07
ASL RM D	1759	8.1	6.7	6.3	-	7.0	0.96	0.91	-	1.01	1439	5.8	4.1	3.8	-	4.3	0.93	0.87	-	0.99
ASL RM E	1877	9.7	7.5	7.1	-	7.9	1.07	1.02	-	1.13	1684	7.2	5.1	4.8	-	5.4	1.15	1.09	-	1.23
Comune di Roma	9137	8.7	6.9	6.7	-	7.0	0.99	0.96	-	1.01	7906	6.5	4.5	4.4	-	4.6	1.02	0.99	-	1.06
ASL RM F	963	8.0	6.9	6.5	-	7.4	0.99	0.93	-	1.06	731	5.5	4.7	4.3	-	5.1	1.06	0.98	-	1.15
ASL RM G	1327	6.9	6.1	5.8	-	6.4	0.88	0.83	-	0.93	1010	4.9	4.1	3.8	-	4.4	0.93	0.86	-	0.99
ASL RM H	1963	9.1	8.1	7.7	-	8.5	1.16	1.11	-	1.22	1411	6.1	4.9	4.6	-	5.1	1.10	1.04	-	1.17
Provincia di Roma	13574	8.5	6.9	6.8	-	7.1	1.00	0.97	-	1.02	11184	6.1	4.5	4.4	-	4.6	1.03	1.00	-	1.06
Provincia di Viterbo	1222	9.4	6.9	6.5	-	7.3	0.99	0.93	-	1.05	847	6.0	4.0	3.7	-	4.3	0.90	0.83	-	0.98
Provincia di Rieti	889	13.5	9.5	8.8	-	10.2	1.36	1.26	-	1.46	658	9.3	5.7	5.1	-	6.2	1.28	1.17	-	1.41
Provincia di Frosinone	1800	8.7	6.9	6.6	-	7.3	0.99	0.94	-	1.05	1184	5.4	3.9	3.7	-	4.2	0.89	0.83	-	0.95
Provincia di Latina	1712	7.5	6.3	6.0	-	6.6	0.91	0.86	-	0.96	1211	5.0	3.9	3.6	-	4.1	0.87	0.82	-	0.93

Day hospital

Il numero di day hospital per tutte le cause nel 2011 è di 228.040, di cui 45,3% nei maschi (Tab.12). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nelle femmine (49,3) rispetto ai maschi (43,3). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nel Comune e nella Provincia di Roma e nelle rispettive ASL sia nei maschi che nelle femmine.

Tabella 31 – Ricoveri in day hospital per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 15 anni e +							Femmine 15 anni e +								
	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	
Lazio	103330	46.2	43.3	43.0	43.5	1	1.02	1.00	1.04	124710	50.0	49.3	49.0	49.6	1	
ASL RM A	8671	49.3	44.1	43.1	45.1	1.02	1.00	1.04	10752	51.0	48.5	47.5	49.6	0.98	0.96	1.01
ASL RM B	14288	51.2	48.6	47.8	49.5	1.12	1.10	1.14	16986	54.9	54.2	53.4	55.1	1.10	1.08	1.12
ASL RM C	11089	53.4	47.7	46.8	48.7	1.10	1.08	1.13	13975	56.8	54.0	53.0	55.0	1.09	1.07	1.12
ASL RM D	11413	52.8	49.5	48.5	50.5	1.14	1.12	1.17	13835	55.7	55.2	54.2	56.2	1.12	1.10	1.14
ASL RM E	10956	56.3	50.9	49.9	51.9	1.18	1.15	1.20	14959	64.1	60.8	59.8	61.9	1.23	1.21	1.26
Comune di Roma	55194	52.6	48.2	47.8	48.7	1.12	1.10	1.13	69009	56.5	54.7	54.2	55.1	1.11	1.10	1.12
ASL RM F	5795	47.9	46.3	45.0	47.5	1.07	1.04	1.10	6871	52.0	51.8	50.5	53.1	1.05	1.02	1.08
ASL RM G	8970	46.6	45.2	44.3	46.2	1.04	1.02	1.07	9969	48.5	49.2	48.2	50.2	1.00	0.98	1.02
ASL RM H	9998	46.5	44.3	43.5	45.2	1.02	1.00	1.05	11906	51.3	51.0	50.1	52.0	1.03	1.01	1.05
Provincia di Roma	81180	50.6	47.2	46.9	47.6	1.09	1.08	1.10	99253	54.5	53.4	53.1	53.8	1.08	1.07	1.09
Provincia di Viterbo	5134	39.7	35.7	34.7	36.8	0.83	0.80	0.85	5844	41.6	40.6	39.5	41.8	0.82	0.80	0.85
Provincia di Rieti	3116	47.5	42.4	40.9	44.0	0.98	0.94	1.02	3453	48.9	49.0	47.3	50.8	0.99	0.96	1.03
Provincia di Frosinone	6323	30.6	29.4	28.7	30.2	0.68	0.66	0.70	7229	32.7	33.9	33.1	34.7	0.69	0.67	0.70
Provincia di Latina	7577	33.0	32.4	31.6	33.1	0.75	0.73	0.77	8931	36.5	37.7	36.9	38.5	0.76	0.75	0.78

3.11.1.2 Popolazione in età pediatrica (età 0-14)

Ricoveri ordinari

Tutte le cause

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 34.978 di cui il 57,5% nei maschi (Tab.13). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono maggiori nei maschi (53,8) rispetto alle femmine (42,2). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F e RM H e nella Provincia di Rieti e Frosinone e nelle femmine nella ASL RM F e RM H e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina.

Tabella 32 – Ricoveri ordinari per tutte le cause (001-999), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni								
	Ricoveri 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	Ricoveri 2011	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	
Lazio	20100	51.9	53.8	53.0	54.5	1	1.02	1.00	1.04	14878	40.8	42.2	41.6	42.9	1	
ASL RM A	1102	40.7	41.8	39.4	44.4	0.78	0.73	0.83	747	29.1	30.0	27.9	32.3	0.71	0.66	0.77
ASL RM B	2309	46.2	47.5	45.6	49.5	0.88	0.85	0.92	1645	35.2	36.5	34.8	38.3	0.86	0.82	0.91
ASL RM C	1398	40.7	43.5	41.3	45.9	0.81	0.77	0.85	1060	32.5	34.0	32.0	36.1	0.80	0.76	0.86
ASL RM D	1797	43.9	45.4	43.4	47.6	0.84	0.80	0.89	1350	35.2	36.3	34.4	38.3	0.86	0.81	0.91
ASL RM E	1659	48.0	49.5	47.2	52.0	0.92	0.88	0.97	1268	38.7	40.8	38.6	43.1	0.97	0.91	1.02
Comune di Roma	7961	43.9	45.6	44.6	46.6	0.85	0.83	0.87	5869	34.4	35.8	34.9	36.7	0.85	0.82	0.87
ASL RM F	1459	64.1	66.6	63.2	70.1	1.24	1.17	1.31	1017	47.6	48.8	45.8	51.9	1.15	1.08	1.23
ASL RM G	1926	53.2	54.6	52.3	57.1	1.02	0.97	1.06	1363	40.4	41.4	39.2	43.6	0.98	0.93	1.04
ASL RM H	2403	59.2	60.6	58.2	63.0	1.13	1.08	1.17	1806	46.8	48.1	45.9	50.3	1.14	1.08	1.20
Provincia di Roma	14053	49.1	50.8	50.0	51.7	0.94	0.92	0.97	10256	38.0	39.3	38.6	40.1	0.93	0.91	0.96
Provincia di Viterbo	1054	54.7	56.4	53.1	60.0	1.05	0.99	1.12	759	41.7	43.1	40.1	46.3	1.02	0.95	1.10
Provincia di Rieti	695	73.3	76.6	71.1	82.5	1.42	1.32	1.54	517	57.9	60.1	55.1	65.5	1.42	1.30	1.55
Provincia di Frosinone	2288	69.9	72.7	69.8	75.7	1.35	1.29	1.41	1751	57.1	59.3	56.5	62.1	1.40	1.33	1.47
Provincia di Latina	2010	51.4	53.2	50.9	55.6	0.99	0.94	1.04	1595	43.2	44.5	42.4	46.8	1.05	1.00	1.11

Malattie infettive e parassitarie

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 1.994 di cui il 56,6% nei maschi (Tab.14). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono simili nei maschi (3,1) e nelle femmine (2,6). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM H, nelle Province di Frosinone e Latina nei maschi e nella ASL RM H, nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nelle femmine.

Tabella 33 – Ricoveri ordinari per malattie infettive e parassitarie (001-139), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	1129	2.9	3.1	2.9	-	3.3	1		865	2.4	2.6	2.4	-	2.7	1					
ASL RM A	37	1.4	1.4	1.0	-	2.0	0.46	0.33	-	0.64	36	1.4	1.6	1.1	-	2.2	0.62	0.44	-	0.86
ASL RM B	112	2.2	2.4	2.0	-	2.9	0.76	0.63	-	0.93	100	2.1	2.3	1.9	-	2.8	0.91	0.73	-	1.12
ASL RM C	78	2.3	2.6	2.1	-	3.3	0.84	0.67	-	1.06	50	1.5	1.8	1.3	-	2.3	0.69	0.52	-	0.92
ASL RM D	50	1.2	1.3	1.0	-	1.8	0.43	0.32	-	0.58	54	1.4	1.5	1.2	-	2.0	0.60	0.45	-	0.79
ASL RM E	55	1.6	1.8	1.4	-	2.3	0.57	0.43	-	0.75	47	1.4	1.7	1.3	-	2.3	0.67	0.49	-	0.90
Comune di Roma	324	1.8	2.0	1.8	-	2.2	0.63	0.56	-	0.72	279	1.6	1.8	1.6	-	2.1	0.72	0.62	-	0.82
ASL RM F	58	2.5	2.8	2.2	-	3.6	0.89	0.69	-	1.17	35	1.6	1.7	1.2	-	2.4	0.67	0.48	-	0.94
ASL RM G	125	3.5	3.6	3.1	-	4.3	1.17	0.97	-	1.40	80	2.4	2.5	2.0	-	3.1	0.96	0.77	-	1.21
ASL RM H	206	5.1	5.2	4.6	-	6.0	1.68	1.45	-	1.95	162	4.2	4.4	3.8	-	5.2	1.73	1.46	-	2.05
Provincia di Roma	721	2.5	2.7	2.5	-	2.9	0.87	0.79	-	0.96	564	2.1	2.3	2.1	-	2.5	0.89	0.80	-	0.99
Provincia di Viterbo	63	3.3	3.5	2.7	-	4.5	1.12	0.86	-	1.44	35	1.9	2.1	1.5	-	2.9	0.82	0.58	-	1.15
Provincia di Rieti	34	3.6	3.9	2.8	-	5.4	1.24	0.88	-	1.75	31	3.5	3.7	2.6	-	5.2	1.43	1.00	-	2.06
Provincia di Frosinone	154	4.7	5.0	4.2	-	5.8	1.59	1.35	-	1.89	115	3.8	4.0	3.3	-	4.8	1.57	1.29	-	1.91
Provincia di Latina	157	4.0	4.2	3.6	-	5.0	1.36	1.15	-	1.61	120	3.2	3.5	2.9	-	4.1	1.35	1.11	-	1.64

Tumori maligni

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 864 di cui il 50% nei maschi (Tab.15). I tassi di ospedalizzazione dei residenti per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono simili nei maschi e nelle femmine (circa 1). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale solo nelle femmine nella ASL RM D, RM F e nella Provincia di Frosinone.

Tabella 34 – Ricoveri ordinari per tumori maligni (140-208), tassi (per 1.000) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anno 2011.

Area di residenza	Maschi 0-14 anni							Femmine 0-14 anni												
	Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%		Ricoveri	Tasso	Tasso	IC 95%		RR	IC 95%					
	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	2011	grezzo	standard	Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	433	1.1	1.1	1.0	-	1.2	1		431	1.2	1.2	1.1	-	1.3	1					
ASL RM A	35	1.3	1.3	0.9	-	1.8	1.17	0.83	-	1.65	19	0.7	0.7	0.5	-	1.1	0.59	0.37	-	0.93
ASL RM B	65	1.3	1.3	1.0	-	1.6	1.14	0.88	-	1.48	52	1.1	1.1	0.9	-	1.5	0.95	0.71	-	1.27
ASL RM C	28	0.8	0.8	0.6	-	1.2	0.73	0.50	-	1.08	41	1.3	1.3	1.0	-	1.8	1.10	0.80	-	1.53
ASL RM D	57	1.4	1.4	1.1	-	1.8	1.23	0.93	-	1.62	60	1.6	1.6	1.2	-	2.1	1.33	1.01	-	1.74
ASL RM E	46	1.3	1.3	1.0	-	1.8	1.20	0.88	-	1.62	42	1.3	1.3	1.0	-	1.8	1.10	0.80	-	1.52
Comune di Roma	229	1.3	1.3	1.1	-	1.4	1.12	0.95	-	1.31	209	1.2	1.3	1.1	-	1.5	1.05	0.89	-	1.24
ASL RM F	30	1.3	1.4	1.0	-	2.0	1.22	0.84	-	1.78	38	1.8	1.9	1.3	-	2.5	1.53	1.09	-	2.13
ASL RM G	46	1.3	1.3	1.0	-	1.7	1.15	0.85	-	1.57	27	0.8	0.8	0.6	-	1.2	0.67	0.45	-	0.99
ASL RM H	43	1.1	1.0	0.8	-	1.4	0.93	0.68	-	1.28	42	1.1	1.1	0.8	-	1.5	0.90	0.65	-	1.23
Provincia di Roma	350	1.2	1.2	1.1	-	1.4	1.09	0.95	-	1.26	321	1.2	1.2	1.1	-	1.4	1.01	0.87	-	1.17
Provincia di Viterbo	20	1.0	1.0	0.7	-	1.6	0.91	0.58	-	1.42	14	0.8	0.7	0.4	-	1.3	0.61	0.36	-	1.04
Provincia di Rieti	5	0.5	0.6	0.2	-	1.4	0.50	0.21	-	1.21	8	0.9	1.0	0.5	-	1.9	0.79	0.39	-	1.60
Provincia di Frosinone	33	1.0	1.0	0.7	-	1.4	0.87	0.61	-	1.24	57	1.9	2.0	1.5	-	2.5	1.61	1.22	-	2.12
Provincia di Latina	25	0.6	0.7	0.4	-	1.0	0.59	0.39	-	0.88	31	0.8	0.9	0.6	-	1.2	0.72	0.50	-	1.04

Day hospital

Il numero di day hospital per tutte le cause nel 2011 è di 58.309 di cui il 58,6% nei maschi (Tab.16). I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono maggiori nei maschi (88,7) rispetto alle femmine (66,6). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale solo in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma sia nei maschi che nelle femmine.

Prevalenza di diabete

Nel 2008 sono stati individuati 313.853 casi di diabete nella popolazione di età maggiore o uguale a 35 anni (Tab.18). I tassi standardizzati regionali per 1.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 87,2 e 67,6. La prevalenza nel Comune di Roma risulta inferiore alla media regionale con valori pari a 83,6 per i maschi e 61,3 per le femmine. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM B, RM F, RM G, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina sia nei maschi che nelle femmine.

Tabella 37 – Prevalenza di diabete al 31/12/2008, tassi (per 1.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio.

Area di residenza	Maschi							Femmine								
	Casi prevalenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		Casi prevalenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	156896	96.0	87.2	86.8	- 87.7	1			156957	82.9	67.6	67.2	- 67.9	1		
ASL RM A	11755	84.4	72.0	70.7	- 73.4	0.83	0.81	- 0.84	11175	63.0	47.8	46.8	- 48.8	0.71	0.69	- 0.72
ASL RM B	20970	101.9	95.4	94.1	- 96.8	1.09	1.08	- 1.11	21123	89.8	75.1	74.0	- 76.1	1.11	1.09	- 1.13
ASL RM C	15643	95.6	82.5	81.2	- 83.9	0.95	0.93	- 0.96	15990	79.2	60.4	59.4	- 61.5	0.90	0.88	- 0.91
ASL RM D	15676	93.7	85.6	84.2	- 87.0	0.98	0.96	- 1.00	15357	78.0	64.7	63.6	- 65.8	0.96	0.94	- 0.97
ASL RM E	13597	89.7	78.9	77.5	- 80.3	0.90	0.89	- 0.92	13408	70.7	56.6	55.6	- 57.7	0.84	0.82	- 0.85
Comune di Roma	76305	93.8	83.6	83.0	- 84.2	0.96	0.95	- 0.97	75700	76.8	61.3	60.8	- 61.8	0.91	0.90	- 0.92
ASL RM F	7987	94.5	90.8	88.8	- 92.8	1.04	1.02	- 1.06	7841	83.8	73.4	71.8	- 75.2	1.09	1.06	- 1.11
ASL RM G	13159	100.3	96.7	95.0	- 98.4	1.11	1.09	- 1.13	13681	95.4	83.0	81.6	- 84.5	1.23	1.21	- 1.25
ASL RM H	14781	99.4	95.7	94.2	- 97.3	1.10	1.08	- 1.12	14250	86.5	75.5	74.2	- 76.8	1.12	1.10	- 1.14
Prov.RM escl.Roma	37439	97.9	94.5	93.5	- 95.4	1.08	1.07	- 1.10	37276	88.6	77.5	76.7	- 78.4	1.15	1.14	- 1.16
Provincia di Rieti	5217	109.2	94.1	91.4	- 96.8	1.08	1.05	- 1.11	5239	99.2	74.4	72.1	- 76.6	1.10	1.07	- 1.14
Provincia di Viterbo	8505	91.0	78.4	76.7	- 80.2	0.90	0.88	- 0.92	9018	86.4	65.0	63.5	- 66.5	0.96	0.94	- 0.98
Provincia di Frosinone	14345	99.5	88.5	87.0	- 90.0	1.01	1.00	- 1.03	14624	91.4	72.7	71.4	- 74.0	1.08	1.06	- 1.10
Provincia di Latina	15261	96.8	90.2	88.8	- 91.7	1.03	1.02	- 1.05	15251	88.0	74.3	73.0	- 75.5	1.10	1.08	- 1.12

Incidenza di primi eventi coronarici

Nel periodo 2006-2009 sono stati individuati 34.809 primi eventi coronarici attribuibili a residenti nella Regione Lazio con età compresa tra 35 e 84 anni (Tab.19). I tassi standardizzati regionali per 100.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e per le femmine, pari a 331,1 e 109,7. I tassi di incidenza relativi all'area del Comune di Roma sono risultati, per i maschi, simili ai valori regionali con incidenze pari a 328,6, mentre per le femmine si osservano tassi inferiori ai valori regionali con valori pari a 103,5. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F, RM G, RM H, e nelle Province di Viterbo e Latina nei maschi e nelle ASL RM F, RM G, RM H nelle femmine.

Tabella 38 – Incidenza di eventi coronarici acuti, tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area di residenza	Maschi							Femmine								
	Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%	
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Lazio	23220	367.4	331.1	326.7	- 335.5	1			11619	162.8	109.7	107.6	- 111.9	1		
ASL RM A	1848	329.6	280.2	267.1	- 293.8	0.85	0.81	- 0.89	993	145.8	85.1	79.4	- 91.2	0.78	0.72	- 0.83
ASL RM B	2802	366.2	336.8	324.3	- 349.9	1.02	0.98	- 1.06	1354	156.2	108.3	102.3	- 114.7	0.99	0.93	- 1.05
ASL RM C	2332	375.8	320.1	306.7	- 334.1	0.97	0.93	- 1.01	1294	172.4	103.5	97.4	- 110.0	0.94	0.89	- 1.01
ASL RM D	2270	356.2	326.2	312.6	- 340.4	0.98	0.94	- 1.03	1212	164.4	112.7	106.0	- 119.7	1.03	0.96	- 1.09
ASL RM E	2035	345.1	302.5	289.1	- 316.7	0.91	0.87	- 0.96	1066	147.7	93.2	87.2	- 99.6	0.85	0.79	- 0.91
Comune di Roma	11514	371.4	328.6	322.4	- 334.9	0.97	0.95	- 0.99	5964	161.9	103.5	100.7	- 106.5	0.93	0.90	- 0.96
ASL RM F	1255	367.8	357.9	338.3	- 378.5	1.08	1.02	- 1.15	600	165.6	128.5	118.1	- 139.8	1.17	1.07	- 1.28
ASL RM G	1941	375.2	352.8	337.2	- 369.2	1.07	1.02	- 1.12	1005	183.0	135.7	127.0	- 145.1	1.24	1.15	- 1.33
ASL RM H	2277	390.6	374.7	359.4	- 390.6	1.13	1.08	- 1.18	1139	180.3	139.1	130.9	- 147.9	1.27	1.19	- 1.35
Prov.RM escl.Roma	5746	379.3	364.0	354.5	- 373.7	1.04	1.01	- 1.08	2877	177.9	136.4	131.2	- 141.8	1.13	1.08	- 1.19
Provincia di Rieti	774	412.3	350.1	325.1	- 377.1	1.06	0.98	- 1.14	369	185.0	116.8	103.9	- 131.4	1.06	0.94	- 1.20
Provincia di Viterbo	1501	407.1	349.7	331.8	- 368.6	1.06	1.00	- 1.11	702	177.2	108.0	99.4	- 117.3	0.98	0.90	- 1.07
Provincia di Frosinone	1953	350.8	309.3	295.4	- 323.9	0.93	0.89	- 0.98	928	154.5	103.8	96.6	- 111.5	0.95	0.88	- 1.02
Provincia di Latina	2232	376.5	351.5	336.9	- 366.7	1.06	1.01	- 1.11	957	149.2	110.1	102.9	- 117.8	1.00	0.94	- 1.08

Incidenza di eventi cerebrovascolari acuti

Nel periodo 2006-2009 sono stati individuati 27.030 primi eventi cerebrovascolari attribuibili a residenti nella Regione Lazio con età compresa tra 35 e 84 anni (Tab.20). I tassi standardizzati regionali per 100.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 182,8 e 115,3. I tassi di incidenza relativi all'area del Comune di Roma sono risultati simili ai valori regionali con incidenza pari rispettivamente a 171,2 per i maschi e 106,1 per le femmine. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nella ASL RM G e nelle Province di Viterbo e Frosinone nei maschi e nella ASL RM G e nelle Province di Viterbo, Frosinone e Latina nelle femmine.

Tabella 39 – Incidenza di eventi cerebrovascolari acuti, tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza, rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area di residenza	Maschi								Femmine											
	Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%		Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC 95%		RR	IC 95%					
				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				Inf.	Sup.		Inf.	Sup.				
Lazio	14222	225.0	182.8	179.7	-	185.9	1		12808	179.4	115.3	113.1	-	117.5	1					
ASL RM A	1149	204.9	157.0	147.8	-	166.8	0.86	0.81	-	0.92	1053	154.6	89.2	83.4	-	95.4	0.77	0.72	-	0.83
ASL RM B	1594	208.3	176.8	168.1	-	186.0	0.97	0.92	-	1.02	1557	179.6	120.3	114.0	-	126.9	1.04	0.99	-	1.10
ASL RM C	1465	236.1	180.2	170.7	-	190.2	0.99	0.93	-	1.04	1348	179.6	107.7	101.4	-	114.3	0.93	0.88	-	0.99
ASL RM D	1326	208.1	173.6	164.1	-	183.5	0.95	0.90	-	1.01	1152	156.2	107.2	100.7	-	114.1	0.93	0.87	-	0.99
ASL RM E	1231	208.8	168.8	159.2	-	179.0	0.92	0.87	-	0.98	1178	163.3	104.7	98.3	-	111.5	0.91	0.85	-	0.97
Comune di Roma	6621	213.6	171.2	167.0	-	175.6	0.94	0.91	-	0.96	6182	167.8	106.1	103.3	-	109.1	0.92	0.89	-	0.95
ASL RM F	658	192.8	173.6	160.6	-	187.6	0.95	0.88	-	1.03	586	161.7	119.3	109.5	-	130.0	1.03	0.95	-	1.13
ASL RM G	1241	239.9	210.9	199.2	-	223.2	1.15	1.09	-	1.22	995	181.2	124.7	116.6	-	133.4	1.08	1.01	-	1.16
ASL RM H	1095	187.8	168.2	158.3	-	178.6	0.92	0.86	-	0.98	1029	162.9	117.5	110.1	-	125.4	1.02	0.95	-	1.09
Prov.RM escl.Roma	3141	207.3	185.4	178.9	-	192.1	0.95	0.91	-	0.99	2719	168.2	120.5	115.8	-	125.4	0.96	0.91	-	1.00
Provincia di Rieti	525	279.7	194.1	177.2	-	212.6	1.06	0.97	-	1.17	476	238.6	127.3	114.8	-	141.2	1.10	0.99	-	1.23
Provincia di Viterbo	1137	308.4	230.3	216.7	-	244.7	1.26	1.18	-	1.34	957	241.6	142.6	132.8	-	153.2	1.24	1.15	-	1.33
Provincia di Frosinone	1452	260.8	195.2	184.9	-	206.0	1.07	1.01	-	1.13	1308	217.8	127.3	119.8	-	135.3	1.10	1.04	-	1.18
Provincia di Latina	1349	227.5	192.1	181.9	-	202.9	1.05	0.99	-	1.11	1169	182.3	126.1	118.6	-	134.1	1.09	1.03	-	1.17