

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2019, n. U00303

Adozione del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo.

OGGETTO: Adozione del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI

la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Tavolo tecnico:

entro il 30 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, fornisce alle Regioni le indicazioni relative alla documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti, che le stesse devono produrre entro il successivo 30 maggio;

effettua una valutazione del risultato di gestione, a partire dalle risultanze contabili al quarto trimestre ed esprime il proprio parere entro il 30 luglio dell'anno successivo a quello di riferimento;

si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2, lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 della presente intesa;

riferisce sull'esito delle verifiche al Tavolo politico, che esprime il suo parere entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. Riferisce, altresì, al tavolo politico su eventuali posizioni discordanti. Nel caso che tali posizioni riguardino la valutazione degli adempimenti di una singola Regione, la stessa viene convocata dal Tavolo politico.

4. Il Tavolo politico e' composto:

per il Governo, dal Ministro dell'economia e delle finanze o suo delegato, dal Ministro della salute o suo delegato e dal Ministro per gli affari regionali o suo delegato;

per le Regioni, da una delegazione politica della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, guidata dal Presidente o suo delegato.

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

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale:

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

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

CONSIDERATO che

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

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

il comma 88 del citato articolo 2 prevede, infatti, che per le Regioni già commissariate e in piano di rientro restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati predisposti dal commissario ad acta nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

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

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

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

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

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

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

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

VISTI i seguenti atti:

- Programmi Operativi 2010 adottati con il DCA n. U0033 del 08.04.2010, come successivamente modificati e integrati dai DCA n. U0037 del 21.04.10 e n. U0049 del 31.05.2010;
- Programmi Operativi 2011-2012 adottati con il DCA n. U00113 del 31.12.2010;

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

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

DATO ATTO che:

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

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

CONSIDERATO che:

la situazione finanziaria della Regione Lazio, a seguito delle numerose azioni di intervento, ha perseguito la condizione di strutturale equilibrio dei saldi di bilancio a partire dal 2015 ed ha progressivamente ottenuto un punteggio LEA ben al di sopra degli standard minimi previsti, realizzando nell’ultimo anno verificato (2017) un risultato pari a 180 punti;

sono state realizzate la maggior parte delle attività previste nel Programma Operativo 2016-2018; le restanti attività sono state riprogrammate;

è stato raggiunto l’equilibrio economico finanziario nel bilancio consolidato 2018 che riporta un risultato economico, prima delle coperture fiscali, pari a Euro 24.475.238,31, nel rispetto delle previsioni del PO 2016-2018;

CONSIDERATO che:

il documento inviato ai Ministeri vigilanti il 28 marzo 2019, si colloca nel pieno assolvimento del mandato ricevuto dal Commissario ad acta per il piano di rientro con DPCM 1° dicembre 2017, ovvero funzionale al rientro nella gestione ordinaria nel rispetto della normativa vigente;

la Regione Lazio ha richiesto, con l’approvazione, del suddetto documento la formale uscita dal commissariamento proseguendo ai sensi della normativa vigente gli adempimenti ivi contenuti;

i percorsi ed i risultati raggiunti consentono al nuovo piano di consolidare il percorso di innovazione e miglioramento dei servizi al fine di ricondurre al normale esercizio delle responsabilità regionali il governo della sanità;

RITENUTO opportuno, pertanto:

- adottare il piano di rientro, denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, ai sensi dell’art.2 comma 88, secondo

periodo, L. 191/2009, di cui al documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;

- prevedere, in ottica di leale collaborazione con i Ministeri vigilanti, che il presente piano, quale aggiornamento del documento inviato lo scorso 28 marzo 2019, potrà essere soggetto ad eventuali adattamenti e/o correzioni, ove ritenuti necessari, per effetto dell'esame dello stesso da parte dei Ministeri.

DECRETA

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

- di adottare il piano di rientro, denominato "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*", ai sensi dell'art.2 comma 88, secondo periodo, L. 191/2009, di cui al documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
- di prevedere, in ottica di leale collaborazione con i Ministeri vigilanti, che il presente piano, quale aggiornamento del documento inviato lo scorso 28 marzo 2019, potrà essere soggetto ad eventuali adattamenti e/o correzioni, ove ritenuti necessari, per effetto dell'esame dello stesso da parte dei Ministeri.

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

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

NICOLA ZINGARETTI



Piano di Rientro

*“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e
sviluppo del Servizio Sanitario Regionale
2019-2021”*

Sommario

1. IL CONTESTO DEMOGRAFICO E SANITARIO	6
2. INTRODUZIONE E GUIDA ALLA LETTURA: UNA NUOVA VISIONE DEL SISTEMA CENTRATA SULLA PERSONA	15
3. GLI STRUMENTI DI ANALISI EPIDEMIOLOGICA E DI STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA	17
4. LA COMUNICAZIONE AL CITTADINO	19
5. L'UMANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CURE	20
<i>I SEZIONE: LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA</i>	22
6. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE ATTIVA	23
6.1 Promozione della "salute in tutte le politiche" con un Piano di azione intersettoriale	24
6.2 Formazione degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione	25
6.3 Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia	26
6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	27
6.5 Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali	28
6.6 Programmi di screening	29
6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	31
7. I MODELLI DI RISPOSTA REATTIVA ALLE ACUZIE E AI BISOGNI DI NUOVA INSORGENZA	34
7.1 Le Reti Tempo Dipendenti e Non Tempo Dipendenti	34
7.2 L'integrazione ospedale-territorio	37
7.3 Implementazione del numero unico europeo 116117.	39
8. I MODELLI DI INTERVENTO PROATTIVI PER L'INDIVIDUO CON BISOGNI CRONICI/COMPLESSI	39
8.1 Il potenziamento del Distretto	40
8.2 Il percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio	41
8.3 Sviluppo di linee d'indirizzo regionali sulla cronicità	42
8.4 Bisogni assistenziali riabilitativi derivanti da disabilità complesse	43
8.5 Il percorso per la gestione del trattamento per la Salute mentale	44
8.6 Il percorso assistenziale per la tutela della salute mentale dei soggetti in età evolutiva	45
8.7 Dipendenze patologiche	46
9. INTERVENTI PER LE FASCE DI POPOLAZIONE VULNERABILI	47
9.1 La presa in carico delle fasce vulnerabili di stranieri/migranti	47
9.2 Salute Penitenziaria	48
9.3 Residenzialità sanitaria protetta per la tutela dei bambini (Legge n. 62/2011)	49
<i>II SEZIONE: AZIONI DI SISTEMA E SVILUPPO DELLE CAPACITÀ GESTIONALI</i>	50

10.	GOVERNANCE ISTITUZIONALE	50
11.	SISTEMI INFORMATIVI, SANITÀ DIGITALE, PROGRAMMAZIONE ACQUISTI E LOGISTICA SANITARIA	52
11.1	Ambito informativo	53
11.2	Fascicolo Sanitario Elettronico e Infrastruttura di Rete ad alta velocità	58
11.3	Sistema contabile unico e di contabilità analitica	58
11.4	La Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente	59
11.5	Ambito Pianificazione acquisti	61
11.6	Ambito Logistica Sanitaria	62
12.	RICERCA, INNOVAZIONE ED HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	63
13.	LE REGOLE DEL SSR	66
13.1	Autorizzazione	67
13.2	Accreditamento istituzionale	68
13.3	Accordi contrattuali e contratti	70
13.4	I controlli	72
13.5	Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie	73
14.	CONTENZIOSO	81
15.	RISORSE ECONOMICO – FINANZIARIE	82
15.1	Certificabilità dei Bilanci e sviluppo della funzione di controllo interno	82
15.2	Piani di efficientamento AO/PUI e Presidi Ospedalieri delle ASL	84
15.3	I tempi di pagamento	85
15.4	Gestione informatizzata controlli esterni sull'attività sanitaria	88
15.5	Recupero somme da esenzione da reddito per gli anni 2011 e successivi	89
16.	RISORSE UMANE E PROFESSIONALI	90
16.1	Governance del Personale	90
16.2	Definizione dei fabbisogni e individuazione di standard e criteri per una efficiente ed efficace distribuzione delle risorse sui LEA	92
16.3	Rapporti con le Università	93
17.	REVISIONE DELL'ASSETTO DELL'OFFERTA	101
17.1	La Ridefinizione dell'Offerta Assistenziale per acuti, post-acuzie e il riordino delle discipline in eccesso	101
17.2	Le strutture per acuti: miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta	103
17.3	Gli ospedali di comunità	104
17.4	Riorganizzazione dell'Assistenza Specialistica	105
17.5	Riorganizzazione della Rete Laboratoristica	107
17.6	Gestione dei tempi e Liste di Attesa	108
17.7	Cure domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti	110
17.8	Il ruolo delle cure Primarie	111
17.9	Case della salute	113
17.10	Le attività dei consultori	115
17.11	L'offerta di cure palliative e rete per la terapia del dolore	115
18.	GOVERNANCE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	118
18.1	Implementazione dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto	118
18.2	Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità	119
18.3	Individuazione del budget file F per le strutture private accreditate: criteri e applicazione	120

18.4	Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al riallineamento della spesa farmaceutica a quella delle Regioni con la migliore performance	120
18.5	Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza	121
18.6	Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso dei farmaci oncologici, con specifico riferimento al fine vita dei pazienti con patologia tumorale	121
18.7	Linee di appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronicità e per il monitoraggio e l'implementazione dell'aderenza terapeutica	122
18.8	Sperimentazione attività farmacia dei servizi	122
19.	INVESTIMENTI IN PATRIMONIO E TECNOLOGIE	124
20.	TENDENZIALE, PROGRAMMATICO E DESCRIZIONE DELLE MANOVRE	129
20.1	Tendenziali 19-21	129
20.2	Programmatici	137
21.	ALLEGATI	149
21.1	Allegato 1. Investimenti in patrimonio e tecnologie	149

Premessa

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

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

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

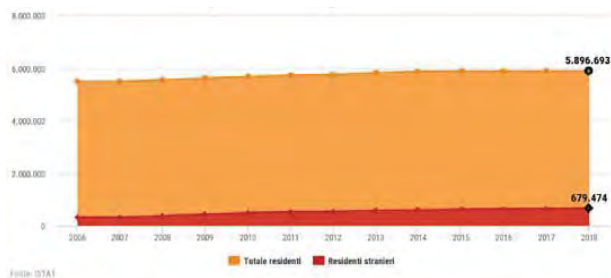
A tal fine Regione Lazio deve investire sia nel miglioramento strutturale e tecnologico, ricorrendo ai finanziamenti previsti in materia di edilizia sanitaria e migliorando i flussi informativi in termini di tempestività, completezza e qualità, sia nel processo di formazione del personale, in particolare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

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

1. Il contesto demografico e sanitario

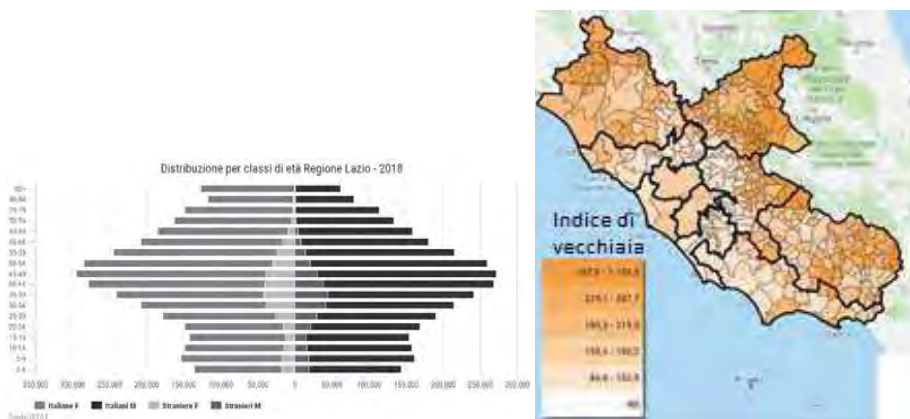
Al 1 gennaio 2018, la popolazione residente nella Regione Lazio si compone di 5.896.693 persone, di cui il 52% femmine; l'andamento temporale, a partire dal 2006, mostra un lieve incremento della consistenza demografica regionale, stabilizzatasi nell'ultimo quinquennio (figura 1). La quota di residenti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

Figura 1. Popolazione residente nel Lazio; andamento temporale.



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

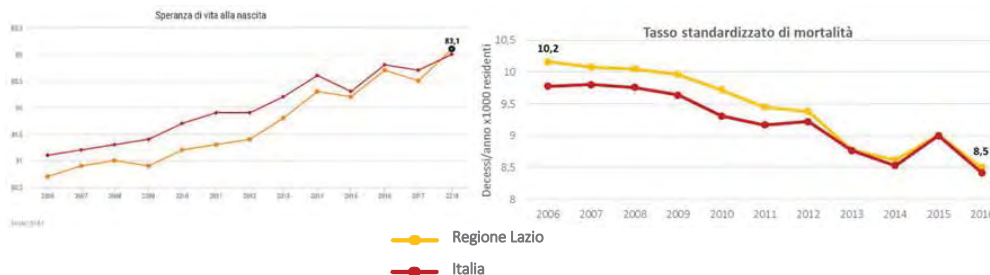
Figura 2. Distribuzioni per età della popolazione regionale ed indici di vecchiaia per comune.



Stime al 2018 indicano una speranza di vita alla nascita di 81 anni tra gli uomini e superiore a 85 anni tra le donne, con una crescita pronunciata a partire dal 2006 che, nell'ultima annualità, allinea il valore regionale alle corrispondenti stime nazionali. Il tasso di mortalità mostra un decremento altrettanto pronunciato nel periodo 2006-2016 (figura 3) per attestarsi, con 58,437 decessi nel 2017, su un totale di 990,8 deceduti per 100,000 residenti.

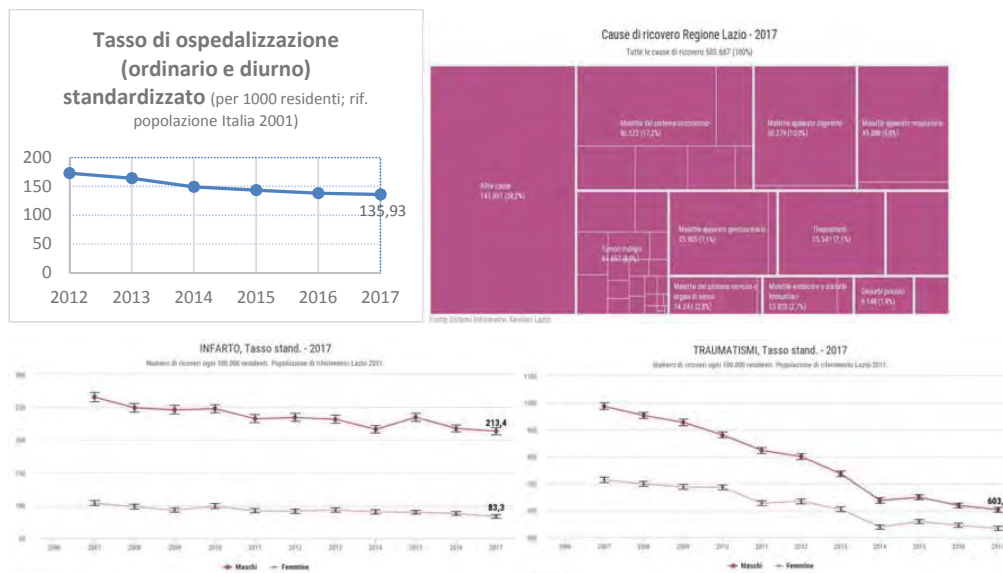
Nel 2016, la popolazione si è arricchita di 44.545 nuovi nati, con un trend del tasso di natalità (numero di nascite in rapporto alla popolazione residente) sovrapponibile a quello nazionale e in progressivo decremento, più marcato a partire dal 2012.

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



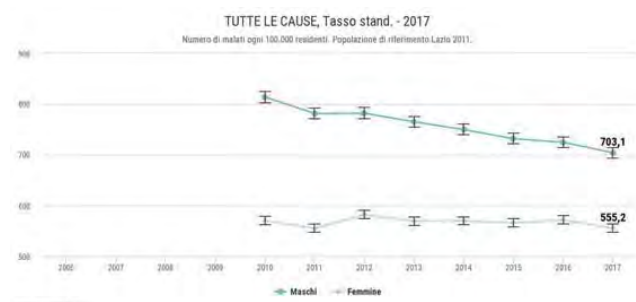
Il tasso di ospedalizzazione della Regione Lazio mostra un andamento decrescente nel quinquennio 2012-2017, collocandosi nell'ultima annualità ben al di sotto della soglia di riferimento del 160 per 1000 individuata dal DM 70/2015. Le malattie del sistema circolatorio rappresentano il gruppo di cause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

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



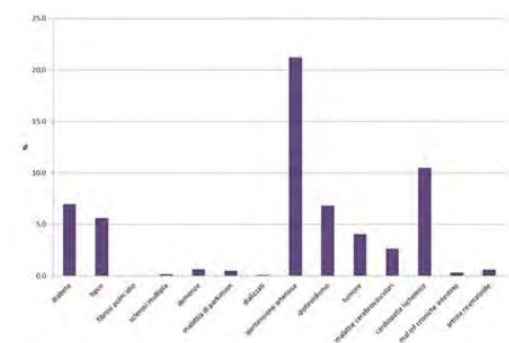
Per quanto riguarda l'insorgenza di tumori maligni, i dati del registro tumori regionale hanno fatto registrare, nel 2017, 38.008 nuovi casi, con un decremento dei tassi tra gli uomini a partire dal 2010 ed, invece, un andamento temporale stabile tra le donne. Tra queste ultime si osserva un aumento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

Figura 5. Tumori maligni. Andamento temporale dei tassi standardizzati



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

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



Fonte: Dipartimento di epidemiologia del SSR, Regione Lazio

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

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

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

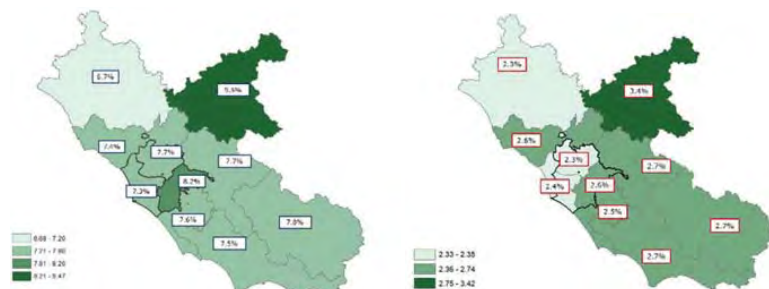
Fonte Istat

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

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

Frequenza di assistiti con 3 o più patologie

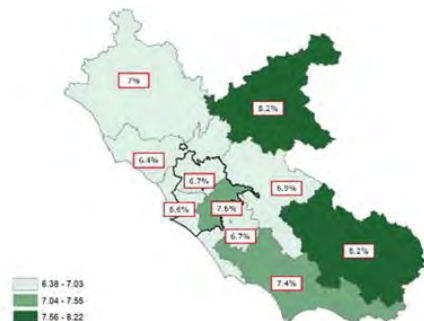
Frequenza (%) di diabete-ipertensione arteriosa-cardiopatia ischemica



Fonte: Dipartimento di epidemiologia del SSR, Regione Lazio

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

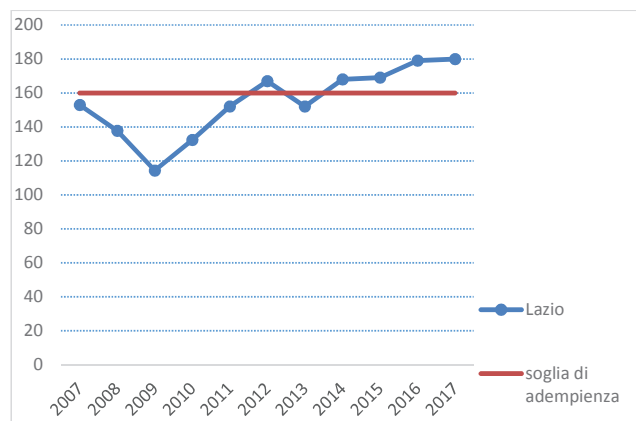
Figura 8. Prevalenze (%) di assistiti con alto consumo di farmaci (>10) per ASL di assistenza



Fonte: Dipartimento di epidemiologia del SSR, Regione Lazio

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

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

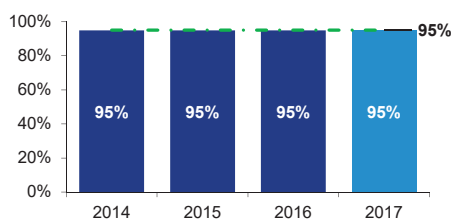


Fonte: Ministero della Salute

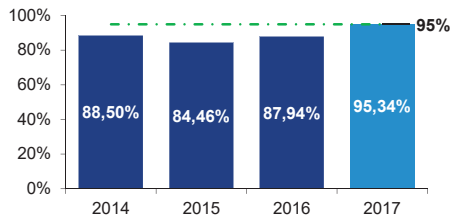
L'andamento di specifici indicatori della Griglia dà conto dell'incremento del punteggio complessivo sopra osservato, così come delle criticità ancora presenti. Con riferimento all'ultimo quadriennio e all'area della prevenzione (figura 10), la percentuale di vaccinazioni per ciclo base di poliodifferite, tetano, epatite B, pertosse, Hib, nei bambini di 24 mesi è pari al 95% in tutti gli anni dal 2014 al 2017, collocando la Regione al di sopra della soglia di riferimento; la percentuale di vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia nei bambini a 24 mesi è risultata pari a 95,34% nel 2017, dunque al di sopra della soglia di normalità; la percentuale di vaccinazioni antinfluenzali negli anziani è invece stabile nel periodo 2014-2017 e pari al 51,80% nel 2017, al di sotto della soglia di riferimento del 75%. Sempre con riferimento alla prevenzione, l'indicatore calcolato a partire dalla quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati ha fatto registrare un marcato incremento negli anni e adeguato la Regione, nel 2017, al valore di riferimento pari a 9.

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

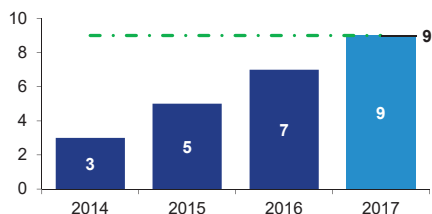
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base
(poliodifterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib; 3 dosi)



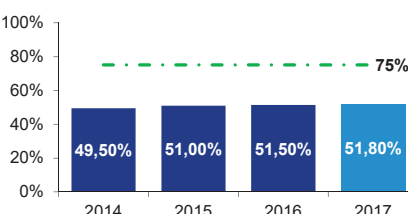
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per
morbillo, parotite, rosolia (una dose)



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



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



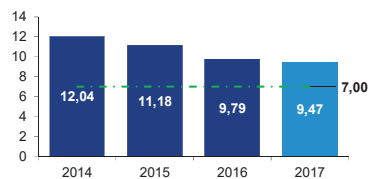
Fonte: Ministero della Salute

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

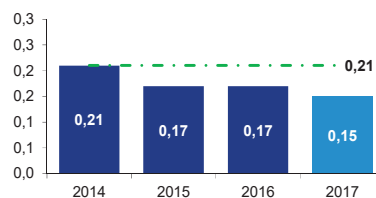
Per quanto riguarda l'efficienza della rete dell'emergenza-urgenza territoriale, l'indicatore considerato, riferito al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, si conferma nel 2017 pari a 16 minuti, come nel 2015 e nel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

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

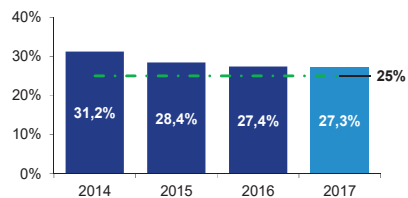
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti



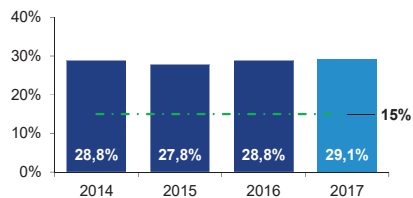
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.



Percentuale di parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti



Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti



Fonte: Ministero della Salute

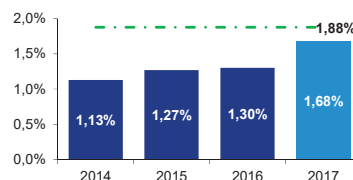
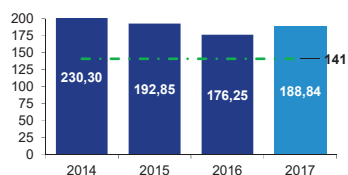
Per quanto riguarda l'area distrettuale (fonte verbale riunione del 22.11.2018 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato LEA) (figura 12), il tasso di ospedalizzazione per asma e gastroenterite in età pediatrica è pari, nel 2017, a 188,84, ancora al di sopra del valore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

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

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

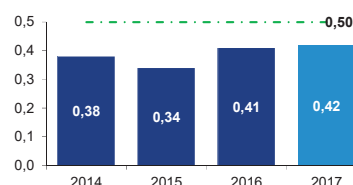
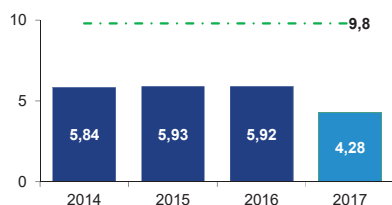
Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

per asma e gastroenterite



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

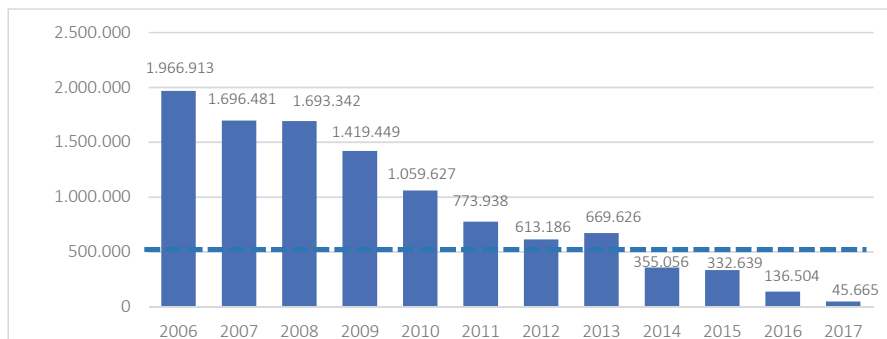
Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti



Fonte: Ministero della Salute

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

Figura 12. Andamento disavanzi 2006-2017.



Fonte: Nsis

--- Soglia del 5% del rapporto disavanzo/FSR

L'andamento dei disavanzi sanitari della Regione Lazio, a partire dall'anno 2006, evidenzia un progressivo calo con una riduzione del rapporto tra disavanzo e FSR al di sotto della soglia del 5% a partire dall'esercizio 2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La seconda sezione comprenderà interventi volti a:

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

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

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

Il patrimonio di banche dati sanitarie regionali, arricchito dall'anagrafe degli assistiti e delle esenzioni, permetterà di realizzare un sistema di stratificazione della popolazione, ovvero un modello in grado di suddividere la popolazione, innanzitutto, per macro-categorie di utenti del SSR, in grado di distinguervi i **non utilizzatori, gli utilizzatori non cronici e i pazienti cronici**. Sarà altresì possibile descrivere la popolazione regionale differenziando questi ultimi in relazione allo stadio di sviluppo della malattia, intercettando il maggior numero di determinanti che ne influenzano la storia naturale ed il rischio di aggravamento associato, in particolare, alla **cronicità polipatologica** e alla **fragilità clinica**.

Al fine, inoltre, di comparare tale differenziazione con altre realtà del territorio nazionale, coerentemente con gli approfondimenti condotti dalla Cabina di regia nazionale del Piano Nazionale della Cronicità e nell'ambito del Progetto del Ministero della Salute "Pon Gov Resilienza", la Regione Lazio si avvarrà degli **strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia** (come da D.G.R. n. X/6164/2017II 2019), a loro volta in corso di sperimentazione presso diverse realtà regionali (Toscana, Emilia Romagna a cui si aggiungono Liguria e Veneto che hanno manifestato interesse a sperimentare il modello lombardo di stratificazione).

In virtù, poi, dei sistemi di integrazione delle banche dati e degli algoritmi sviluppati dalla Regione Lazio, attraverso il proprio Dipartimento di Epidemiologia, in grado di rappresentare i determinanti del rischio di malattia e i predittori della sua evoluzione clinica, sarà possibile individuare alcuni sub-target specifici della popolazione cui indirizzare, pro-attivamente, interventi efficaci per modificarne la storia naturale. La Regione si propone, infatti, di **individuare sottogruppi di assistiti a maggior rischio di outcome sfavorevoli**, connotare gli stessi in base a profili di utilizzo di servizi e di cura, **caratteristiche di vulnerabilità socio-economica** e **caratterizzare l'esposizione ad inquinanti ambientali** attraverso il proprio indirizzo di residenza, identificando così sottogruppi cui indirizzare prioritariamente interventi di prevenzione primaria e secondaria.

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

Le informazioni sui sottogruppi di assistiti, distinti per i succitati fattori, saranno rese disponibili alle Aziende e ai distretti del SSR, a guida della programmazione di interventi sull'organizzazione dei servizi e a supporto dell'individuazione di priorità.

Le fonti informative sopra descritte permetteranno, infine, di valutare l'impatto delle azioni poste in essere. Particolare attenzione sarà rivolta a monitorare l'equità di accesso alle prestazioni, in relazione al bisogno, e i relativi risultati.

OBIETTIVI PROPOSTI

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

LINEE DI INTERVENTO

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

Risultati attesi e tempistiche

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

Soggetti interessati

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

4. La comunicazione al cittadino

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

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

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

Il Piano di Comunicazione prevede:

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

Linee di intervento

1. Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.
2. Creazione e il consolidamento di una rete regionale per la comunicazione sui temi della promozione della salute e della prevenzione in grado di diffondere messaggi coerenti ed omogenei anche in raccordo con altri enti/organizzazioni sanitarie e non sanitarie (Ministero della Salute, ISS, IZS, INAIL, etc).

3. Promozione e sostegno delle attività di comunicazione realizzate all'interno delle reti collaborative (la Rete delle Città e delle Comunità Sane, le reti Scuole che Promuovono Salute, Health Promoting Hospitals, ecc.).

Soggetti interessati

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

Risultati attesi e tempistiche

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

5. L'umanizzazione del sistema di cure

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

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, con particolare attenzione alla qualità dei servizi alberghieri;
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino.

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

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

Linee di intervento

1. Pubblicizzazione dei risultati delle valutazioni condotte nell'ambito del progetto di ricerca interregionale sull'umanizzazione coordinato da Agenas

2. Individuazione di eventuali ulteriori ambiti di valutazione legati all'accessibilità fisica, agli strumenti per l'accoglienza e per l'orientamento dei pazienti nei servizi, nonché alla qualità dei servizi alberghieri, per identificare specifiche azioni migliorative
3. Definizione di una modalità di consultazione strutturata di associazioni dei cittadini e di pazienti nei processi di elaborazione degli indirizzi strategici regionali, a partire dalle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.

Risultati attesi

1. Iniziativa di disseminazione dei risultati regionali delle valutazioni condotte nell'ambito del progetto di ricerca interregionale coordinato da Agenas entro il 30 giugno 2020
2. Documento con proposte di azioni migliorative sulla rete dei servizi entro il 31 dicembre 2021
3. Identificazione di un percorso di consultazione strutturata nell'elaborazione delle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità entro il 31 dicembre 2019.

Soggetti coinvolti

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

I SEZIONE: La Programmazione Integrata

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

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

Linee di intervento

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

Risultati attesi

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

Soggetti coinvolti

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

6. Promozione della salute e prevenzione attiva

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda gli interventi di **prevenzione**, il modello si basa su interventi pro attivi su fasce di popolazione identificate per età quali i programmi di vaccinazioni, gli screening neonatali e oncologici. Il modello degli screening organizzati prevede l'identificazione quanto più precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato e la loro conseguente presa in carico dai servizi del SSR in caso di patologia.

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

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

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

- promuovere la "salute in tutte le politiche" con un Piano di azione intersettoriale;
- rafforzare le competenze degli operatori sanitari per la promozione della salute e la prevenzione;

- promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia migliorando l'Health literacy (alfabetizzazione sanitaria)
- consolidare gli interventi di prevenzione

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

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

Linee di intervento

Coordinamento regionale dei sistemi di sorveglianza di popolazione.

Soggetti interessati

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

Risultati attesi e tempistiche

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

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

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

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

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

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

La creazione di ambienti favorevoli alla salute passa attraverso azioni intersettoriali che, a livello regionale, riguardano ad esempio, la pianificazione dell'uso del territorio insieme ai comuni per favorire la mobilità sostenibile, i piani di miglioramento della qualità dell'aria, la tutela del suolo e delle acque, le politiche di

prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la promozione dell'offerta di alimenti sani e a Km 0, ecc.). Tutto ciò per garantire pari opportunità di salute a ogni cittadino del Lazio.

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

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

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

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

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

I percorsi formativi da mettere in atto sono di due tipi: 1) formazione per la promozione degli stili di vita e per il contrasto della cronicità nel *setting* dei servizi sanitari; 2) formazione per la promozione della salute nel *setting* scolastico; 3) formazione diversificata per i diversi ambiti di produzione primaria e post-primaria della filiera agroalimentare.

A livello conoscitivo, la formazione prevista favorirà la diffusione di informazioni aggiornate e corrette sui concetti fondamentali della promozione della salute e della sicurezza alimentare e sui quattro temi del Programma

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

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

L’educazione alla salute comprende la comunicazione di informazioni su determinanti di salute, terapie e utilizzo dei servizi sanitari, e lo sviluppo delle abilità necessarie per intraprendere azioni volte a migliorare la propria salute. L’educazione alla salute è quindi un aspetto fondamentale per l’empowerment, poiché migliora l’accesso degli individui alle informazioni sulla salute e la loro capacità di utilizzarle in modo efficace favorendo, ad esempio, un utilizzo appropriato dei servizi sanitari, nonché la capacità di mantenersi in salute e seguire le indicazioni mediche. L’obiettivo ultimo degli interventi di educazione alla salute è quello di migliorare l’Health literacy (alfabetizzazione sanitaria), ossia il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute (OMS).

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

6.4 Salute e sicurezza sul lavoro

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

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

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

Linee di intervento

1. Proseguire e potenziare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP)
2. Produrre e diffondere linee di indirizzo e di buona pratica
3. Produrre e applicare procedure standardizzate a livello regionale per le attività di controllo

4. Formare gli operatori SPreSAL sulle metodologie e strumenti per la valutazione dei MOG

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

6.5 Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali

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

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

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

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

Linee di intervento

1. Migliorare l'accessibilità ai servizi vaccinali da parte dei soggetti target
2. migliorare la formazione del personale sanitario specificamente impegnato nel settore delle vaccinazioni nonché del personale sanitario in genere sul tema
3. definire indicazioni regionali per promuovere la qualità delle vaccinazioni, per garantire maggior omogeneità nell'erogazione del servizio e massima copertura

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

6.6 Programmi di screening

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

Regione Lazio si pone l'obiettivo di:

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

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

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

Per quanto riguarda gli screening neonatali, è stata avviata a livello regionale l'implementazione dei programmi di cui all'articolo 38, comma 2, dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) che garantisce a tutti i neonati le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente incluse

quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della Salute in attuazione dell'articolo 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147. Allo stato attuale, con DCA U00243/2018 sono state approvate le linee di indirizzo per lo screening metabolico di base ed esteso che individuano le strutture di riferimento per i vari livelli di screening all'interno del territorio regionale. Per lo screening uditivo neonatale, il DCA n. U00080/2018 ha aggiornato le indicazioni operative per l'implementazione di procedure di screening omogenee. Sono in fase di definizione le linee guida per l'implementazione dello screening oftalmologico neonatale.

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Consolidamento/incremento del numero di soggetti coinvolti nei percorsi (>90%) (monitoraggio annuale)
2. Miglioramento degli indicatori di processo rispetto agli standard di riferimento (DCA 191/2015), monitorabili tramite l'utilizzo dei Sistemi informativi Regionali presso tutti i nodi dei percorsi organizzati
3. Adozione di Linee di indirizzo per lo screening oftalmologico (Entro dicembre 2019)
4. Copertura screening neonatali > 90% (monitoraggio annuale)

6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

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

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

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

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

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

1. migliorare gli standard organizzativi dei Servizi di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria anche alla luce dell'entrata in applicazione del regolamento UE 2017/625 ed alla necessità di armonizzare le attività di controllo anche con il dettato normativo del Regolamento UE 2016/429, con particolare riferimento all'armonizzazione e coordinamento tra Autorità Competenti e allo sviluppo ed integrazione tra i diversi sistemi informativi. Tale obiettivo ovviamente non può prescindere da una capillare attività di formazione che consentirà anche una riqualificazione del personale operante nel settore.
2. elaborare linee di indirizzo per garantire la qualità delle produzioni primarie, dall'agricoltura all'allevamento degli animali produttori di alimenti, assicurando uno standard sanitario e produttivo adeguato e valorizzando le filiere corte.
3. migliorare lo stato sanitario della popolazione animale, finalizzata alla tutela della salute pubblica, perseguito attraverso piani di monitoraggio ed eradicazione di tubercolosi e leucosi bovina enzootica.
4. aumentare l'efficacia e l'uniformità nel territorio regionale delle attività di vigilanza sui canili sanitari e rifugio, finalizzate alla verifica del benessere degli animali ospitati. Tale obiettivo ovviamente non può prescindere da una capillare attività di formazione/informazione dei cittadini al fine di ridurre l'evasione all'obbligo di iscrizione in anagrafe canina di cani di proprietà.

Linee di intervento

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

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

- gestione del **conflitto di interesse** conformemente alle indicazioni regionali di cui al DCA U00503/2015
- programmazione annuale ed esecuzione della **verifica dell'efficacia** attraverso una procedura coerente con quanto previsto dal Capitolo 8 dell'Intesa 212/CSR/2016, definendo gli indicatori ed i limiti di accettabilità ad essi correlati
- **formazione del personale** con specifico riferimento all'audit su OSA/OSM, ai piani per la gestione delle emergenze e crisi e ai requisiti sanitari previsti da accordi internazionali per l'esportazione di prodotti alimentari verso i Paesi Terzi, nell'ottica di promuovere le misure regionali di supporto all'export di alimenti prodotti da aziende laziali.
 2. Definizione di accordi "Sanità-Ambiente-Agricoltura" per la condivisione di indirizzi in ambito regionale con l'obiettivo di riqualificare le produzioni primarie locali, incentivando l'applicazione di buone pratiche di produzione e la sorveglianza dei rischi emergenti. Condivisione delle banche dati e degli esiti delle verifiche eseguite da altri organi di controllo afferenti all'Ambiente ed Agricoltura, con la finalità di ottimizzare le risorse destinate ai controlli ufficiali in materia sanitaria.
 3. Predisposizione di piani straordinari per l'eradicazione di tubercolosi e leucosi bovina enzootica attraverso il controllo, nei cluster di infezione, del 100% dei capi presenti e controllabili, prevedendo se necessario l'intervento di task force regionali istituite *ad hoc*.
 4. Elaborazione/aggiornamento delle check list per la verifica delle caratteristiche strutturali dei canili sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in anagrafe canina.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

Linea di intervento 1 :

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

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

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

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

Linea di intervento 2 :

a) Costituzione di un tavolo permanente "Sanità-Agricoltura-Ambiente" per la condivisione di strategie integrate in produzione primaria entro il 2019. (monitoraggio scadenza dic 2019)

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

Linea di intervento 3:

a) elaborazione di piani di controllo straordinari (monitoraggio scadenza dic 2019)

b) attuazione e monitoraggio presso le ASL del piano di controllo (monitoraggio annuale, dic 2020; dic 2021)

Linea di intervento 4:

a) istituzione di un gruppo di lavoro con i servizi veterinari delle ASL per la elaborazione/aggiornamento delle check list (monitoraggio scadenza giugno 2020)

b) costituzione di un tavolo di lavoro con rappresentanti di enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore per individuare le criticità e promuovere le iscrizioni all'anagrafe canina (monitoraggio annuale, dic 2020; dic 2021)

c) elaborazione di una campagna di formazione/informazione per la sensibilizzazione dei cittadini, sviluppata in base alle linee di indirizzo individuate nel corso delle riunioni di cui al punto b) entro il 2021.

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

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

7.1 Le Reti Tempo Dipendenti e Non Tempo Dipendenti

7.1.1 Sistema dell'emergenza territoriale

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

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

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

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

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

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

La Regione si pone l’obiettivo, per l’esecuzione dei soccorsi primari e dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti) gestiti dall’ARES 118, di ridurre il ricorso all’esternalizzazione di tali attività attraverso il potenziamento di risorse umane e di mezzi.

Linee di intervento

1. Gestione tempestiva dei trasferimenti prioritari e secondari;
2. potenziamento della trasmissione di immagini e dati;
3. riduzione del ricorso alle esternalizzazioni.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio semestrale costante tempi intervento da parte della Direzione Salute per il tramite del Coordinamento della Rete dell’Emergenza Urgenza ed adozione di eventuali azioni correttive a partire dal 30 settembre 2019;
2. potenziamento in h24 del sistema di trasmissione degli ECG (Telemed) entro giugno 2020 e utilizzo del sistema di teletrasmissione ECG (Telemed) anche per il dolore toracico non tipico entro il triennio di vigenza del Programma Operativo
3. riduzione del ricorso alle esternalizzazioni in misura proporzionale alla riduzione del sovraffollamento in pronto soccorso nell’ambito del triennio di vigenza del Programma Operativo

7.1.3 Trasformazione dei Punti di Primo Intervento

Nella Regione Lazio sono ancora operanti 11 PPI, per i quali è stata programmata la trasformazione in Punti di erogazione di assistenza primaria. Di seguito il dettaglio.

ASL Roma 4 - PPI presso Casa della Salute Ladispoli

Attualmente attivo, nell’anno 2018 ha registrato 12.541 accessi. È prevista la riconversione in Punto di erogazione di assistenza primaria attivo H24 entro il 2019. Il progetto è stato presentato ai Sindaci del territorio e ai MMG e PLS nei Comitati Aziendali;

ASL Roma 5 - PPI Palombara Sabina

Nell’anno 2018 ha registrato 1.155 accessi. Riconversione completata in Punto di erogazione di assistenza primaria a partire dal 03/06/2019 con Delibera aziendale n. 551 del 10/05/2019

ASL Rieti – PPI presso Casa della Salute di Magliano Sabina

Attualmente attivo nella fascia oraria diurna, nell’anno 2018 ha registrato 2.335 accessi. È prevista la completa riconversione in Punto di erogazione di assistenza primaria entro il 1 giugno 2020.

ASL Viterbo – PPI Montefiascone

Attualmente attivo, nell’anno 2018 ha registrato 4.446 accessi. È stata approvata con Deliberazioni Aziendali n. 2447 del 28.12.2018 e n. 122 del 31.01.2019 la trasformazione in Punto di erogazione di assistenza primaria entro il 31/12/2019.

ASL Viterbo – PPI Ronciglione

Attualmente attivo, nell’anno 2018 ha registrato 4.073 accessi. È stata approvata con Deliberazioni Aziendali n. 2447 del 28.12.2018 e n. 122 del 31.01.2019 la trasformazione in Punto di erogazione di assistenza primaria entro il 31/12/2019.

ASL Latina - PPI

Attualmente sono attivi i PPI presso i Comuni di Cori (accessi primo trimestre 2019 num. 1.402), Cisterna di Latina (accessi primo trimestre 2019 num. 1.695), Sabaudia (accessi primo trimestre 2019 num. 1.249), Sezze (accessi 2018 num. 9.575), Priverno (accessi 2018 num. 6403), Gaeta (accessi 2018 num. 10.566) e Minturno (accessi primo trimestre 2019 num. 2.913). È prevista la trasformazione degli attuali PPI in Punti di erogazione di assistenza primaria entro il 31 dicembre 2019.

Linee di intervento

- Trasformazione dei PPI in Punti di erogazione di assistenza primaria

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio

- ARES118
- ASL

7.1.4 La Rete Ospedaliera

Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "hub & spoke") che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub). L'attività degli hub è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke).

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

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

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

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

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

Linee di intervento

1. Puntuale definizione della *governance* delle reti tempo dipendenti con definizione dei compiti e delle funzioni dei coordinamenti regionali, di area e di struttura, sviluppando indicatori di struttura, processo ed esito per il monitoraggio delle attività.
2. Definizione di un modello di *governance* delle reti non tempo dipendenti, con particolare riferimento alle reti oncologiche.
3. Emanazione di linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita.
4. Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza, accessibile da parte del personale ostetrico-neonatale del punto nascita.

5. Monitoraggio dell'implementazione delle indicazioni previste dall'accordo stato regioni del 16/12/2010 inerenti la sicurezza e appropriatezza del percorso nascita.
6. Coordinamento e realizzazione di interventi di supporto ai punti nascita con volumi di attività o tassi di taglio cesareo primario non adeguati.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinamenti delle reti tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.
2. Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.
3. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinamenti delle reti non tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.
4. Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti non tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.
5. Realizzazione linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita entro dicembre 2019.
6. Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza entro dicembre 2021.

7.2 L'integrazione ospedale-territorio

Il miglioramento della sopravvivenza per numerose patologie acute ad elevato rischio di disabilità (ad esempio ictus e tumori), l'incremento di patologie croniche invalidanti, e talora concomitanti, associati all'aumento costante dell'età media della popolazione rappresentano una sfida importante per il sistema sanitario e sociale, specie riguardo l'integrazione tra i diversi nodi di tutte le reti cliniche (degenze per acuti, strutture riabilitative e postacuzie ospedaliere e territoriali, e cure domiciliari).

All'interno delle Reti cliniche tempo-dipendenti (per es. Ictus, Cardiologica, Cardiochirurgica, Trauma), l'integrazione organizzativa e professionale tra i diversi setting assistenziali è un elemento essenziale per la continuità ospedale territorio secondo le indicazioni contenute all'interno del Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e nelle "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti revisione delle reti tempo-dipendenti"- Accordo Stato Regioni n.14 del 24 gennaio 2018. Nello specifico, al fine di una corretta gestione delle reti dell'emergenza e tempo-dipendenti, è necessario uno stretto monitoraggio dei tempi di passaggio di setting assistenziale all'interno del sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.

L'ottimizzazione del percorso di cura all'interno della degenza per acuti, e la facilitazione del passaggio ad altri setting assistenziali, si pongono inoltre come elementi di supporto nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale e per il contrasto al sovraffollamento delle strutture ospedaliere inserite nella rete di emergenza.

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

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

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

7.3 Implementazione del numero unico europeo 116117.

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCrea
- Ares

Risultati attesi e tempistiche

1. (Linea di intervento 1) Costituzione del gruppo di lavoro per la definizione del progetto entro il 31 dicembre 2019;
2. (linea di intervento 1) Presentazione del progetto regionale di 116117 ai Ministeri entro il 30 giugno 2020
3. (linea di intervento 2) Implementazione del modello entro il 31 dicembre 2020;
4. (Linea di intervento 3) Avvio delle attività entro gennaio 2021

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

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

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

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

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

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

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

8.1 Il potenziamento del Distretto

Il Distretto ad oggi viene percepito dal cittadino principalmente come luogo di autorizzazione o certificazione per accedere a servizi sanitari e non sanitari. Tuttavia già oggi il Distretto sarebbe deputato a svolgere una funzione

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

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

8.2 Il percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio

L'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere e territoriali è finalizzata alla costruzione di un percorso di continuità tra il domicilio della persona, i servizi territoriali e quelli ospedalieri. A tal fine, come già argomentato, è necessario superare l'approccio basato su singole prestazioni e specifici atti assistenziali a favore di una presa in carico multi professionale basata su una valutazione multidimensionale del bisogno con offerta di percorsi di cura organizzati. A seconda della tipologia dei bisogni delle persone, che possono variare da quelli di utenti potenziali

dei servizi sanitari e sociosanitari a quelli espressi da persone in condizioni di instabilità clinica, occorre garantire soluzioni organizzative che migliorino l'offerta di servizi. In particolare per i cronici e per le persone non autosufficienti, si dovrà incrementare l'accessibilità alle agende ambulatoriali disponibili, strutturare specifici percorsi, organizzare la gestione attiva del follow up, creando una forte integrazione tra ospedale e servizi territoriali residenziali e domiciliari.

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie e IRCCS
- LazioCREA

Risultati attesi e tempistiche

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

8.3 Sviluppo di linee d'indirizzo regionali sulla cronicità

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

La gestione della cronicità comporta interventi volti ad assicurare ai pazienti il mantenimento nel tempo del controllo della malattia e a prevenire e curare complicanze, comorbidità e disabilità. Tali obiettivi, come espresso nel PNC, necessitano di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello in cui la persona diviene il centro del sistema di cure, portatore di bisogni globali, non solo clinici. Tale sistema assistenziale richiede un profondo ripensamento del Servizio Sanitario Regionale e alcune sue significative trasformazioni, da promuovere anche attraverso nuove regole, che assicurino: a) la centralità e la corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia, in quanto portatrice del sapere legato alla

sua storia di “co-esistenza” con la cronicità e dunque esperta; b) la piena valorizzazione della rete, rifunzionizzata soprattutto in una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, sul grado di complessità della patologia e sui relativi bisogni socio-assistenziali; c) una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, prevedendo una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria; d) la presa in carico pro-attiva del paziente, e dunque non solo la risposta assistenziale all’emergere del bisogno, attraverso un approccio integrato sin dalle fasi iniziali, con l’ingresso precoce nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e nel percorso di welfare integrato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, attivando setting diversi in funzione del diverso grado di complessità assistenziale e delle necessità del paziente.

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

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

Linee di intervento

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

Risultati attesi

- Analisi delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità completata entro il 31.07.2019
- Linee di indirizzo regionali per l’attuazione del Piano nazionale della Cronicità entro il 30.06.2020.
- Identificazione di primi obiettivi per le Asl e Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione entro il 31.12.2019

8.4 Bisogni assistenziali riabilitativi derivanti da disabilità complesse

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

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

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

Linee di intervento

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

1. Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale che contempri la riorganizzazione del sistema, la ridefinizione del fabbisogno e percorsi specifici per pazienti ad alta complessità assistenziale e minori
2. Recepimento a livello regionale dei provvedimenti di riordino dell'assistenza riabilitativa secondo i reali bisogni espressi dalla popolazione.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

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

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

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

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

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

Linee di intervento

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

- migliorare la presa in carico degli utenti specialmente dei dimessi dal SPDC sperimentando progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione socio sanitaria (distretti, PUA, Comuni, ruolo MMG) e delle buone pratiche presenti sul territorio e rilevate con l'indagine sui progetti avviati dai DSM nel 2018 (supporto abitare);
 - Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.
- 2 Completamento della riforma avviata con il DCA 468/2017 (residenzialità leggera) attraverso:
- definizione delle tariffe del gruppo appartamento;
 - regolamentazione di strutture residenziali a carattere comunitario (comunità alloggio);
 - disciplina inerente i modelli e i percorsi del supporto all'abitare, ai sensi del paragrafo 7 del DCA 8/2011.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

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

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

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

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

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

Linee di intervento

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

1. analisi dei dati relativi al volume di attività (diagnosi e/o presa in carico) dei Servizi TSMREE e dei servizi ospedalieri di neuropsichiatria infantile e definizione di specifiche linee di indirizzo regionali;

2. sottoscrizione, da parte di ogni Azienda Sanitaria, di un protocollo di intesa e di un protocollo operativo con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi);
3. Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

8.7 Dipendenze patologiche

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione
- Aziende Sanitarie
- Associazioni/Rappresentanti di categoria

Risultati attesi e tempistiche

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

9. Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili

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

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

Il SSR deve garantire assistenza alle fasce vulnerabili degli stranieri, sinteticamente rappresentabili nei richiedenti protezione internazionale e nei non regolari (senza permesso di soggiorno).

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

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

Linee di intervento

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

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

9.2 Salute Penitenziaria

Il DPCM del 1/4/2008 ha segnato il transito delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario dall'Amministrazione Penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale. La Regione Lazio, ospita 14 Istituti Penitenziari per adulti e un Istituto Penale Minorile (IPM) dislocati sul territorio di otto ASL. La popolazione penitenziaria adulta del Lazio a fine febbraio 2019, risulta composta da 6.583 persone di cui 451 donne per una capienza regolamentare di 5.270 posti, rendendo la Regione Lazio la terza regione d'Italia per numero di detenuti (fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Sezione Statistica - Ministero di Giustizia). La popolazione detenuta è rappresentata da un'utenza complessa e con specifici bisogni di salute e il sovraffollamento è una criticità esistente, che impatta gravemente sulle condizioni di vita e, in molti casi, con ricadute negative sulla salute dell'individuo.

La caratteristica intrinseca alla gestione della sicurezza collegata con il paziente detenuto comporta la presenza di ambulatori interni dedicati negli Istituti Penitenziari, reparti di medicina protetta (attualmente 2 per 20 p.l.), capacità di accogliere i detenuti negli ospedali (anche con stanze dedicate), Rems (attualmente 5 provvisorie per 91 p.r.) infine sezioni specialistiche in carcere per le dipendenze e per la salute mentale. Con la finalità di monitoraggio delle attività e di miglioramento dei servizi offerti è stato istituito l'Osservatorio Permanente della Sanità Penitenziaria con rappresentanti regionali e della giustizia. In un'ottica di gestione efficiente delle risorse sia del SSR sia dell'Amministrazione Penitenziaria è necessario ridefinire il modello di offerta, attraverso un'efficiente copertura dei servizi ambulatoriali interni agli Istituti Penitenziari si deve minimizzare il ricorso alle cure esterne all'Istituto Penitenziario.

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

Linee di intervento

Al fine del raggiungimento degli obiettivi risulta necessario mettere in campo le seguenti azioni:

1. Mappare l'attuale offerta di servizi;
2. Identificare la dotazione minima di discipline/specialità da garantire all'interno degli Istituti Penitenziari;
3. Valutazione del fabbisogno di p.r. Rems, determinazione delle Rems definitive e eventuale riconversione di una delle Rems provvisorie in strutture a minore livello assistenziale

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Prap e Magistratura

Risultati attesi e tempistiche

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

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

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

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

Linee di intervento

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

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Ministero della Giustizia
- Esperti in materia

Risultati attesi e tempistiche

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

II SEZIONE: Azioni di sistema e sviluppo delle capacità gestionali

10. Governance Istituzionale

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

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

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

La riorganizzazione si è posta anche l'obiettivo di creare le condizioni per l'esercizio dei due ruoli di *regolazione* del SSR e di *holding* delle ASP - aziende sanitarie pubbliche (ASL, AO, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari, IZS...). In questo secondo ruolo, la direzione regionale svolge una attività di indirizzo e coordinamento delle ASP attraverso incontri mensili con le direzioni generali.

L'Assessorato alla Salute sta inoltre promuovendo, unitamente alla Presidenza, e con il pieno coinvolgimento del DEP (Dipartimento di Epidemiologia del SSR), programmi di politiche pubbliche regionali integrate per favorire il benessere dei propri cittadini;

- b) *sovra-aziendale*: per favorire lo svolgimento delle attività della *holding* regionale e supportare l'accentramento e la standardizzazione di funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo e gestionale, la Regione sta promuovendo - vedi DGR 87 del 9.2.2019 - l'istituzione di una nuova azienda sanitaria, denominata "*Lazio.0*".

Gli obiettivi sono diversi:

- 1) consentire alle aziende sanitarie la focalizzazione sulle attività ed i servizi alla persona;
- 2) rafforzare le competenze e le funzioni della *governance* regionale;
- 3) perseguire standard tecnologici e di processo per conseguire economie di scala e di scopo;
- 4) semplificare e rendere più efficiente la catena di 'comando'.

Le attività attribuite a *Lazio.0* sono nei seguenti ambiti:

- indirizzi e politiche degli acquisti di beni e servizi;

- centralizzazione e semplificazione delle procedure di pagamento;
- funzioni centralizzabili nella gestione risorse umane: concorsi, formazione, supporto documentale;
- sistema informativo sanitario e ICT;
- logistica;
- supporto tecnico all'attuazione degli investimenti.

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

Si prevede di avviare la nuova azienda entro il 1 gennaio 2020; nelle more dell'attivazione, le attività saranno esercitate in continuità con il coordinamento e l'indirizzo della direzione regionale che ha, a tale scopo, istituito l'unità organizzativa "Sistemi informativi/ICT, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti".

Si prevede, inoltre, di valorizzare le funzioni clinico-epidemiologiche sovra-aziendali, a partire da quella del Dipartimento di Epidemiologia del SSR.

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

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

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

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

Linee d'intervento

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

2. Elaborazione di indirizzi regionali volti allo sviluppo, in particolare nelle ASL e nei distretti, di funzioni di tutela e garanzia della salute dei propri assistiti, di semplificazione dei percorsi dei cittadini, di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità...) nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio.
3. Definizione di un atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze.

Soggetti coinvolti

- Aziende Sanitarie
- Regione

Risultati attesi e tempistiche

1. Avvio della nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio.0", entro il 1 gennaio 2020.
2. Documento regionale di indirizzo entro il 31 dicembre 2020 (in tema di analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza), volto a promuovere, in particolare nelle ASL e nei distretti, l'esercizio di funzioni di committenza nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio.
3. Atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze entro il 31 dicembre 2020.

Si rimanda al paragrafo sulle manovre la quantificazione del risparmio.

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

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

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

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

11.1 Ambito informativo

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

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

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

Da oltre 10 anni è attivo nella Regione Lazio il sistema P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari- sistema di indicatori curato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR, relativi alla qualità delle cure erogate dalle strutture sanitarie regionali. Dal 2013 la sua pubblicazione è stata accompagnata con l'introduzione di alcuni indicatori tra gli obiettivi di mandato e annuali dei Direttori Generali, oltre che da un programma attivo per il controllo della qualità dei dati. Questi interventi hanno generato un miglioramento generale degli esiti clinici ed una riduzione dell'accesso differenziale per alcune procedure, che hanno riguardato per la maggior parte il *setting* ospedaliero per acuti, oltre che un generale incremento della qualità delle informazioni rilevate dalle fonti amministrative di riferimento. Appare dunque utile, da un lato, prevedere una manutenzione evolutiva del sistema, perseguendo al contempo una maggiore tempestività nella pubblicazione degli indicatori, anche in virtù dei progressivi miglioramenti nella qualità dei dati registrati; dall'altro, prevederne un'estensione ad altri processi ospedalieri valutabili grazie alle potenzialità informative introdotte con il D.M. 261/2016 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera", all'attività ospedaliera post-acuzie nonché alle prestazioni erogate nel *setting* territoriale, con particolare attenzione a quelle legate alla presa in carico del paziente cronico, potenziando il monitoraggio dei percorsi integrati di cura.

Le azioni descritte nel presente paragrafo sono volte a:

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

Soggetti coinvolti

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

Linee di Intervento e Indicatori

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

Risultati attesi e tempistiche

1. report contenente le strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2019, sui dati della precedente annualità.
2. documento annuale delle verifiche di qualità dei dati predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2020
3. miglioramento negli indicatori di completezza e qualità dei dati per almeno il 70% delle strutture di erogazione, tra il 2019 e il 2021
4. Obblighi informativi LEA, nessuna inadempienza certificata con riferimento all'annualità 2021
5. miglioramento degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA tra il 2019 e il 2021

6. almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PreValE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, elaborati anche attraverso l'integrazione del contenuto informativo della SDO introdotto ai sensi del D.M. 261/2016, entro il 31 dicembre 2021;
7. almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PreValE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in regime post-acuzie entro il 31 dicembre 2021.

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

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

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

Linea di intervento

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

Indicatore

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

Risultato atteso

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

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

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

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

Nello specifico, le attività saranno orientate all'effettivo e completo avvio del FSE in merito alla raccolta e conservazione dei referti radiologici, di laboratorio e delle interfacce verso i sistemi verticali delle varie realtà Regionali. La Regione intende completare anche i progetti di integrazione attraverso la realizzazione (o

l'adeguamento) e l'avvio in esercizio dei sottosistemi relativi al sistema trasfusionale, il nuovo sistema regionale unico di prenotazione (ReCUP), i sistemi di screening oncologici e quelli legati alle attività dei Dipartimenti di Prevenzione.

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

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

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

PROGETTO	DESCRIZIONE
PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	Efficientare le funzioni di audit ed i flussi informativi che nascono dal territorio a partire dai Dipartimenti di Prevenzione, Sicurezza sul lavoro, dagli OSA (Operatori del settore Alimentare) verso le ACL (Autorità di Controllo Competenti).
RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO e OSPEDALE e SISTEMA INFORMATIVO PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE	Realizzazione di un "percorso assistenziale integrato" tra strutture di ricovero e distretto, mediante un sistema informatico di collegamento, al fine di garantire una efficace continuità del percorso di cura del paziente. Evoluzione del Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (Siat) a supporto ai distretti sanitari territoriali, agli enti erogatori e alle strutture regionali, nella gestione dell'intero processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale (domiciliare, residenziale, riabilitativo etc). Implementazione di sistemi per la dimissione concordata, attraverso uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare). Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni degli Ospedali di Comunità
PATRIMONIO E TECNOLOGIE	Nuovo sistema Informativo in grado di tracciare le fasi, dalla programmazione all'assegnazione delle risorse in conto capitale, fino alla valutazione ed approvazione dei progetti, all'esecuzione e al monitoraggio degli interventi e iscrizione nel patrimonio aziendale
COORDINAMENTO CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	Raccordare le informazioni rilevanti e centralizzare le attività delle istruttorie connesse alla difesa della Regione nei giudizi e nella gestione delle scadenze processuali nell'ambito del coordinamento delle strutture della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, con l'Avvocatura Regionale/Generale dello Stato e le ASL
RECUPERO EVASIONE TICKET SANITARI	Il progetto riguarda la realizzazione delle attività per la riscossione delle somme evase da parte degli assistiti del Lazio che hanno usufruito in maniera indebita dell'esenzione dal pagamento del ticket sanitario per reddito per le annualità successive al 2010.
SISTEMI INFORMATIVI A SUPPORTO DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO	Sistema informativo unico per le Aziende sanitarie della Regione Lazio per dotare tutte le ASL di uno sistema Amministrativo Contabile omogeneo che supporti le attività della Direzione e della GSA.
NUOVO SISTEMA ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE	Evoluzione e reingegnerizzazione del sistema informativo esistente finalizzata ad incrementare ed aggiornare le informazioni necessarie al processo istruttorio, ed al governo/riscontro dei fattori utili alla gestione del processo di accreditamento delle Aziende per l'erogazione dei servizi rivolti al sistema sanitario regionale.
NUOVA PIATTAFORMA SW PER IL SERVIZIO RECUP	Riorganizzazione dei servizi e della piattaforma tecnologica alla base del servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie del ReCUP
NUOVO SISTEMA PRONTO SOCCORSO	Realizzazione e la messa in esercizio del Nuovo Sistema Informativo di gestione del Pronto Soccorso, unico, centralizzato e web based per le strutture di PS\DEA della Regione
SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO SIO XL	Soluzione centralizzata per la gestione delle informazioni riguardanti i ricoveri ospedalieri e i dati correlati che verranno aggiornati dalle strutture centralmente
NUOVO SISTEMA INFORMATIVO TRASFUSIONALE	Sistema informativo regionale trasfusionale in grado di supportare il Centro Regionale Sangue (CRS) della Regione Lazio nello svolgimento delle attività istituzionali.
Continuità operativa del sistema TELEMED e armonizzazione con il sistema ADVICE - TELEADVICE	Evoluzione del sistema mirata ad utilizzare il nuovo sistema ADVICE attualmente in avvio anche per coprire anche le funzioni di Telemed, e di estenderle anche per altre aree di interesse. TELEADVICE rappresenterà la piattaforma unica di Telemedicina-Teleconsulto a supporto delle reti di emergenza tempo-dipendenti con particolare riferimento alla Cardiologica, all'Ictus e al Trauma
REALIZZAZIONE DEL NUOVO SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA 118	Nuovo sistema finalizzato a prevedere la realizzazione applicativa di tutte le fasi che permettono la gestione del soccorso
NUOVO SISTEMA GESTIONE MEDICINA DI BASE	Realizzazione di un nuovo sistema per la gestione dei compensi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
SISTEMA INFORMATIVO DELLA MOBILITÀ SANITARIA	Realizzazione del sistema informativo della mobilità sanitaria
GESTIONE ED EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLA PROTESICA	Il progetto riguarda il dispiegamento presso le ASL e l'evoluzione del sistema di gestione dell'assistenza protesica
Sistema per la riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale	Il Sistema Informativo per la gestione dei trasferimenti e liste d'attesa, a supporto della riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale
NUOVO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Strumento per la raccolta di informazioni e documenti prodotti dal Sistema Sanitario Nazionale da medici e operatori sanitari di strutture diverse (ASL, Aziende Ospedaliere, medici di famiglia e pediatri, ecc.).

11.2 Fascicolo Sanitario Elettronico e Infrastruttura di Rete ad alta velocità

La collaborazione tra comparto sociale e comparto sanitario con obiettivo di individuare percorsi e risposte adeguate e globali alla situazione di bisogno del cittadino, trova fattore abilitante concreto con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Rete RAN Sanità che hanno l'ambizione di essere i fattori abilitanti per ottenere un accesso centralizzato, sicuro, rapido e dematerializzato alle informazioni di cura del paziente da qualsiasi parte egli si trovi all'interno del contesto territoriale. Nella visione di progressiva integrazione e centralizzazione dei servizi, entrambi sono strumenti infrastrutturali inizialmente di "secondo livello" rispetto la attuale dotazione delle Aziende e Strutture: l'obiettivo 2019-2021 è quello di progressivamente avviare l'adozione dello stesso da parte delle utenze finali e di renderlo centralizzato e funzionante (un sistema contenitore repository federato il primo ed un canale ad alta velocità il secondo).

Linee di intervento:

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

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

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

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

11.3 Sistema contabile unico e di contabilità analitica

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

Linee di intervento:

1. Organizzazione di progetto (tavoli lavoro Aree Tecnologica, Amministrazione, Contabilità Analitica); Revisione dei processi d'acquisto di area Sanità, riutilizzo delle tecnologie mirate ad ottenere in primis una mappatura dell'esistente, per ottenere una progressiva centralizzazione e governo e controllo dei processi senza trascurare nelle fasi di transizione la revisione delle anagrafiche contabili di base (articoli, fornitori, conti, attori) in continuità nella alimentazione degli attuali sistemi informativi e di reporting.
2. Allineamento processi ed azioni change management in continuità con i percorsi attuativi della certificabilità (PAC) tramite creazione di indicatori sui sistemi (sistema di rilevazione dei processi contabili), per avanzare nella valutazione di scelte legate al modello contabile unico. Integrazione e sinergia con i progetti NSO (Nodo Smistamento Ordini), sistema di E-Procurement, e sistemi di pagamento MEF (interoperabilità).
3. Avvio delle attività di gara e software selection per il nuovo sistema informatico a valle del termine dei processi di omogeneizzazione delle anagrafiche e dei sistemi informatici, ed avvio nuova piattaforma.

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

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

11.4 [La Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente](#)

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

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

La Regione Lazio, in questi anni, ha promosso numerose iniziative per l'implementazione dei servizi di Telemedicina in diversi livelli assistenziali. Nel *setting* dell'emergenza, ha attivato un servizio di trasmissione dell'ECG dalle postazioni mobili di soccorso alla Centrale Operativa Ares 118 e alle Unità di Emodinamica regionali, al fine di ottimizzare l'assistenza per i pazienti con sospetto infarto miocardico acuto. Nel 2018 ha inoltre attivato il sistema di Teleconsulto tra tutti i Pronto Soccorso regionali ADVICE per le Reti dell'Emergenza per adulti e pediatrica, Tempo-dipendenti (Trauma, Ictus, Cardiologica, Cardiochirurgica, Perinatale) e delle Malattie Infettive. Nel livello assistenziale delle cure domiciliari, la Regione Lazio ha promosso l'attivazione per tutti i Centri di assistenza domiciliare (ADI) di alcuni servizi di Telemedicina a sostegno dei pazienti affetti da patologie croniche evolutive. La Regione è inoltre impegnata nel coordinamento del progetto ministeriale per l'ottimizzazione

dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso mediante l'utilizzo delle tecnologie della comunicazione e informazione (ICT), con Ares 118, ASL di Latina e Rieti, ed ha inoltre fornito supporto alla Asl di Frosinone per la definizione di un progetto comprendente alcuni servizi di telemonitoraggio domiciliare nell'ambito della Strategia Nazionale Aree Interne.

Malgrado il potenziale offerto dalla telemedicina, i suoi vantaggi e la maturità tecnica delle applicazioni, il ricorso a tali servizi è ancora limitato. La sfida attuale per la Regione Lazio è l'integrazione sistematica dei servizi di telemedicina all'interno del SSR, come il telemonitoraggio ed il teleconsulto, creando un terreno comune tra l'ambito della telemedicina specialistica, propria delle differenti discipline e branche ospedaliere e territoriali, e quello della telesalute, specifica dei servizi di assistenza primaria, al fine di ottimizzare il percorso di gestione del paziente e migliorare l'integrazione tra i diversi *setting* assistenziali.

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Adozione dei documenti tecnici entro il 31/12/2020
2. Assessment del numero di pazienti trattati al 1/1/2020 e attivazione del monitoraggio annuale a partire dal 31/12/2020;

3. Definizione di un piano regionale/locale dei Centri Servizi di telesalute, con l'obiettivo di estendere il telemonitoraggio per i pazienti cronici nei diversi setting assistenziali, anche mediante la condivisione tecnologica dei sistemi. Da definire entro il 30.06.2020
4. Definizione di un sistema informativo di monitoraggio e valutazione modalità di valorizzazione dei servizi. Da definire entro il 31.12.2020
5. Evoluzione dei sistemi Telemed, ADVICE e nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera entro dicembre 2020.
6. Evoluzione del sistema di teleconsulto Advice ed estensione agli altri setting assistenziali oltre l'emergenza, con monitoraggio delle attività e definizione delle tariffe entro dicembre 2020
7. Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinici entro dicembre 2020
8. Formazione dei pazienti all'autocura della propria patologia attraverso strumenti di Telesalute entro dicembre 2020
9. Innovazione degli strumenti di comunicazione con i cittadini per favorire il corretto accesso alle cure e per promuovere stile di vita per i cittadini e l'adesione alle cure per i pazienti cronici entro dicembre 2020.

11.5 Ambito Pianificazione acquisti

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

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

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

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

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

Linee di intervento

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

Indicatori

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

Risultati attesi

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

11.6 **Ambito Logistica Sanitaria**

La gestione della logistica sanitaria ha un perimetro molto vario, che va da aspetti/approcci micro (vedi gestione dei beni a livello di singolo reparto sino ad arrivare al consumo per singolo paziente) ad aspetti/approcci macro (magazzini fisici sovra aziendali per la logistica del farmaco/beni economici/dispositivi...); di conseguenza anche le possibilità di recupero di efficienza ed efficacia sono molto ampie e varie.

L'obiettivo di questa linea di attività è la rilevazione puntuale delle componenti strutturali (spazi, strutture, strumenti, risorse trasporto), organizzative (risorse umane, ruoli, procedure attuali, servizi extra-aziendali) e tecnologiche (programmi informatici/SW di magazzino a livello micro reparto- e/o macro -presidio/azienda-) facenti parte dell'assetto logistico regionale – inteso come la sommatoria degli assetti logistici di tutte le aziende sanitarie ed enti del perimetro pubblico - ed una successiva proposta progettuale di revisione in ottica di contenimento dei costi, efficacia nella distribuzione (tempestiva disponibilità, stock, tracciabilità, appropriatezza/fungibilità), ovvero nella revisione dei contratti di conto deposito/conto visione. Successivamente alla fase di ricognizione, la proposta di revisione del contesto logistico parte dalla lettura delle componenti informative di flusso, delle risorse umane, e si concretizza in una revisione dei processi ed in una adozione di infrastrutture tecnologiche a supporto utili alla misura del *demand management* e del *delivery* su piattaforme di WMS (*warehouse management system*), per incrementare le performance operative abbattendo i costi. Saranno inoltre fissati dei criteri per valutare i livelli di servizio misurabili in merito a: tempi di consegna, disponibilità beni, rotture-stock, ed altri indicatori di area. Sul fronte del calcolo dei benefici rispetto l'opera di riassetto e centralizzazione delle funzioni logistiche, le attività di valutazione del TCO (*total cost*) e del ROI (*return of investment*) saranno valutate insieme alle azioni ed alle soluzioni proposte ed avviate nell'ambito della Programmazione Acquisti. Le attività infatti sono fortemente legate al processo di ciclo passivo e danno priorità

rispetto le sinergie e possibili ottimizzazioni legate al dominio degli articoli ed ai beni oggetto della programmazione centralizzata degli acquisti.

Di seguito la sintesi dei filoni di attività:

Linee d'intervento

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

Indicatori

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

Risultati attesi

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

12. Ricerca, innovazione ed Health Technology Assessment

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

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

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

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

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

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

- consentire di avviare un processo di committenza strategica individuando e collegando i programmi/progetti di ricerca e/o di networking presso Aziende del S.S.R.;
- Promuovere un reinquadramento strategico di azioni già in essere coerenti con l'implementazione del Piano per la Cronicità;
- sostenere un processo di comunicazione strategica per promuovere la condivisione delle strategie regionali in ambito sanitario con altri settori interessati;
- promuovere azioni utili ad inquadrare strategicamente investimenti, anche a lungo termine, in infrastrutture, capitale umano, trasferimento di conoscenza, tecnologie innovative e nuovi modelli per la prestazione di servizi di assistenza;

- promuovere la collaborazione con altri settori delle politiche pubbliche regionali sugli investimenti, in primis con l'Assessorato allo Sviluppo Economico, al fine di indirizzare finanziamenti su obiettivi prioritari di innovazione in sanità.

In tema di **Health Technology Assessment** (HTA), la Regione assume tra i propri riferimenti il Programma nazionale HTA per i dispositivi medici di cui all'Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 e si orienta per interpretare il ruolo previsto nell'ambito del piano nazionale, interfacciandosi con l'organismo della Cabina di Regia nazionale. A tal fine, nell'arco del triennio 2019-2021 la Regione prevede di dotarsi di un piano di governo regionale per l'HTA che preveda: la definizione di una funzione di coordinamento della produzione alla luce di modelli di governance già adottati in altre regioni, la messa in rete delle competenze disponibili all'interno delle proprie strutture, evitando duplicazioni e frammentazioni, la raccolta sistematica delle richieste di acquisizione di nuove tecnologie, la gestione della valutazione e il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni.

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Indicatori

1. Messa online del Sito internet della Ricerca sanitaria regionale
2. Numero di riunioni di coordinamento delle segreterie dei Comitati Etici.
3. Predisposizione di uno strumento ricognitivo degli snodi critici nei processi amministrativi di competenza dei Comitati Etici
4. Numero di consulenze per l'assistenza ai ricercatori del SSR.
5. Numero di iniziative volte a promuovere attività di ricerca nell'ambito della cronicità.
6. Definizione di una rete di profili impegnati ad accompagnare processi di innovazione organizzativa, con riferimento agli interventi introdotti per l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità.
7. Analisi del patrimonio documentale attualmente posseduto dalle Aziende del SSR e identificazione di aree di conoscenza meritevoli di particolare approfondimento.
8. N. di accessi alla biblioteca medica virtuale
9. N. di consultazioni degli strumenti di supporto alle decisioni cliniche
10. Quota di investimenti destinati ad attività in ambito sanitario, con ricadute nell'ambito della prevenzione e gestione della cronicità.
11. Documento con Piano di governo regionale per l'HTA.

Risultati attesi e tempistiche

1. Sito internet della Ricerca sanitaria regionale online entro il 31 dicembre 2019
2. Avvio delle attività di coordinamento delle segreterie dei Comitati Etici entro il 31 marzo 2020
3. Documento di priorità strategiche per la ricerca e l'innovazione in Sanità entro il 31 dicembre 2019
4. Documento con Piano di governo regionale per l'HTA entro il 31 dicembre 2020
5. Almeno 3 riunioni di coordinamento delle segreterie dei Comitati Etici entro il 2021
6. Strumento ricognitivo degli snodi critici nei processi amministrativi di competenza dei comitati etici predisposto entro il 31 dicembre ~~2019~~ 2020
7. Almeno due iniziative volte a promuovere attività di ricerca nell'ambito della cronicità condotte entro il 31 dicembre 2021
8. Almeno un profilo per azienda per accompagnare processi di innovazione organizzativa, con riferimento agli interventi introdotti per l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità, definito entro il 31 dicembre 2020
9. Rapporto sul patrimonio documentale attualmente posseduto dalle Aziende del SSR con identificazione di aree di conoscenza meritevoli di particolare approfondimento entro il 31 dicembre 2020.
10. Pubblicazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio entro il 31 dicembre 2020
11. Disponibilità dell'accesso a strumenti di supporto alle decisioni cliniche per almeno il 70% delle Aziende Sanitarie del Lazio entro il 31 dicembre 2020

13. Le Regole del SSR

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

Come è noto, il D.Lgs.502 del 1992 ha delineato, negli articoli 8 *bis*, *quater* e *quinquies*, il quadro normativo funzionale all'individuazione, da parte delle Regioni, delle strutture abilitate: a1) ad esercitare attività sanitarie e/o socio-sanitarie - **Autorizzazione all'esercizio**; a2) ad erogare, qualora in possesso di ulteriori requisiti rispetto a quelli minimi autorizzativi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, le attività ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza - **Accreditamento istituzionale**; a3) a porle a carico del Servizio Sanitario nazionale, qualora siano stati stipulati appositi **Accordi contrattuali**. In tale sistema, noto anche come il sistema delle tre A, l'Autorizzazione si configura, quindi, come il procedimento che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria e/o socio sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico o privato, l'Accreditamento istituzionale come

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

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

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

13.1 Autorizzazione

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

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

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

Con specifico riferimento al ripristino della conformità della normativa regionale a quella nazionale, il Commissario, in ogni caso, avvalendosi della struttura amministrativa regionale ed in raccordo con la Giunta

regionale procederà a presentare, all'interno della proposta di legge regionale collegata alla manovra finanziaria annuale che verrà presentata entro il 30 luglio 2019, apposito emendamento funzionale alla reintroduzione del fabbisogno anche per la specialistica ambulatoriale in piena adesione all'art. 8 ter D. Lgs. 502/1992.

Linee di intervento

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

Modalità operative

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

13.2 Accreditamento istituzionale

Requisiti organizzativi, implementazione e semplificazione delle procedure

L'accREDITAMENTO istituzionale, nell'ambito del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è lo strumento con il quale le Regioni devono mirare a promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. La Regione Lazio, con la DGR n. 636/2007 e con il DCA n.90/2010 e, successivamente, con il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 (cui si aggiunge la specifica normativa in materia di servizi trasfusionali e assistenza domiciliare -

rispettivamente, DCA n. U00282/2017 e n. U00283/2017), ha individuato gli standard di qualità che costituiscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, mirando a promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, in modo tale che ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni sanitari, possa ricevere la cura e l'assistenza che garantisca, con i minor rischi possibili, i migliori risultati in termini di salute. L'applicazione dei modelli di accreditamento normativamente disposti, ha evidenziato, tuttavia, la necessità di semplificare le procedure di verifica e l'articolazione complessiva dei requisiti ulteriori, con l'obiettivo di facilitare l'adozione, da parte dei soggetti erogatori, di politiche di miglioramento della qualità oltre che garantire la piena operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) disciplinato dalla Regione Lazio con DCA n. U00252 del 20.07.2017.

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

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Avvio dei lavori dell'O.T.A. entro il 2019
2. Stesura di un documento condiviso con le Aziende USL, circa le modalità operative delle attività di verifica in accreditamento entro il 2020
3. a Definizione ed implementazione di specifici standard assistenziali nel sistema accreditamento regionale entro il 2020
b. Proporzionalità, per tutte le attività sanitarie e sociosanitarie, dei requisiti organizzativi ai volumi, alla tipologia e alla complessità assistenziale delle attività entro il 2021
4. Conclusione delle procedure per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8-bis del decreto legislativo n. 502/1992 entro il 2020

13.3 [Accordi contrattuali e contratti](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In tal modo si punta al raggiungimento di un duplice obiettivo: accreditamento legato al raggiungimento della cd. soglia minima di efficienza che le strutture devono mirare a raggiungere, anche in attuazione del DM 70/2015 e regolazione del rapporto col privato accreditato non in funzione dell'accREDITAMENTO (mero presupposto) ma in funzione dell'accordo contrattuale, in piena aderenza all'implementazione della funzione di committenza richiesta alle ASL, in rapporto all'effettivo bisogno registrato in ambito territoriale.

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

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

Linee di intervento

1. Redazione dei criteri di remunerazione e dei criteri di assegnazione del budget per acuzie, riabilitazione, lungodegenza e per la specialistica ambulatoriale ad integrazione dei diversi setting assistenziali
2. Redazione di un nuovo schema di accordo contrattuale
3. Ridefinizione della parte economica per il 2020 e per il 2021

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Avvio del procedimento entro 2019
2. Provvedimento amministrativo di revisione dello schema di accordo entro 2019
3. Decreto di budget per il 2020 e per il 2021 entro il 30/7 di ogni annualità

13.4 I controlli

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

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

Tale sistema, attualmente disciplinato dal DCA n.218/2017 e s.m.i, stabilisce che nell'ambito dell'espletamento dei controlli esterni sull'assistenza ospedaliera, preliminarmente alle verifiche di congruità e di appropriatezza sulla documentazione sanitaria, il personale di controllo proceda nella verifica della coerenza fra le prestazioni erogate dalla struttura e il titolo di accreditamento. Inoltre, qualora in sede di controllo si riscontrino fenomeni di: incongruità, inappropriata e/o fenomeni opportunistici rilevanti, in considerazione del merito degli stessi, della loro numerosità e/o reiterazione per diverse annualità, la Regione avvia una valutazione complessiva della struttura al fine di verificare la permanenza delle condizioni per il mantenimento, la sospensione e/o la rimodulazione dell'accredimento.

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

All'azione di consolidamento e armonizzazione delle attività di controllo già in essere, dovrà essere affiancato lo sviluppo e il potenziamento della valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie, attraverso l'applicazione degli strumenti del governo clinico quale ad es. l'Audit clinico, la verifica dell'adesione dei processi assistenziali ad eventuali Linee Guida da attuarsi anche in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del SSR.

Regione Lazio si pone gli obiettivi di definire un Piano Annuale integrato dei controlli in ambito sanitario; definire protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali oltre che implementare i controlli di appropriatezza sull'attività di specialistica ambulatoriale in coerenza con i criteri e le condizioni di erogabilità contenute nel DPCM dei nuovi LEA.

Linee di intervento

1. Effettuare una ricognizione delle norme e regolamenti regionali vigenti in tema di vigilanza, verifica e controlli in ambito sanitario.

2. Definire di concerto con le Aziende Sanitarie le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PAICS e di protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Maggiore efficacia delle attività di ispezione, verifica e controllo evitando parcellizzazione e duplicazioni di tali attività entro il 2019
2. Maggiore omogeneità nelle attività di controllo in ambito territoriale entro il 2020

13.5 Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie

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

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

In tal senso la Regione Lazio si prefigge di:

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

Linea di intervento 1

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

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

È intenzione della Regione Lazio adottare meccanismi di ottimizzazione nell'uso delle risorse finanziarie attraverso la redistribuzione delle economie in esame verso le strutture che erogano prestazioni qualitativamente adeguate in eccedenza rispetto ai livelli massimi di finanziamento storicamente assegnati.

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori regione – entro giugno 2019;
- Estensione del criterio di riallocazione ed efficientamento delle risorse per le prestazioni ospedaliere per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza – entro dicembre 2019.

Linea di intervento 2

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

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

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

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

Linea di intervento 3

Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.

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

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- A partire dal 2020, incremento delle risorse destinate alle strutture private accreditate dotate di posti letto di medicina generale utilizzati ai fini di ridurre i sovraffollamenti di PS, con contestuale riduzione delle risorse destinate alle strutture che non rispettino tali condizioni;
- Riduzione del budget per le strutture private accreditate con basso tasso di occupazione dei posti letto di medicina generale – entro giugno 2019;
- Redistribuzione delle economie di budget sopra elencate a favore delle strutture che hanno registrato performance adeguate – entro marzo 2020
- Definizione di criteri di remunerazione incentivanti per le prestazioni ospedaliere erogate a pazienti provenienti da pronto soccorso – entro giugno 2019.

Linea di intervento 4

Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.

La Regione Lazio presenta un saldo di mobilità interregionale negativo che (al netto delle prestazioni rese dall'OPBG e dall'ACISMOSM) oltre a rappresentare un disagio dei pazienti laziali costretti a recarsi altrove per ricevere prestazioni sanitarie, incide in maniera significativa sul risultato del Conto Economico Consolidato SSR.

Al fine di ridurre tale fenomeno, la Regione Lazio intende incentivare l'attività ospedaliera di alta complessità rivolta ai pazienti regionali e non, sottoscrivere accordi di confine con le altre Regioni volti a delimitare eventuali comportamenti opportunistici registrati su alcune discipline ed infine, rafforzare l'offerta di specialistica ambulatoriale su particolari branche che presentano elevati tassi di fuga, con particolare riferimento alla PET.

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori regione – entro maggio 2019;
- Redistribuzione del budget aggiuntivo sulla base dell'effettiva produzione erogata e non sul criterio storico rilevato nel 2015 – entro giugno 2020;
- Approvazione accordi di confine con Toscana e Molise – entro dicembre 2019;
- Finanziamento aggiuntivo delle PET – entro giugno 2019;
- Eventuale finanziamento aggiuntivo di altre branche della specialistica ambulatoriale – entro dicembre 2020.

Linea di intervento 5

Governare efficacemente l'offerta ospedaliera chirurgica e medica.

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

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

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

Linea di intervento 6

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

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

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- Adozione di un budget con applicazione di un valore medio omogeneo per posto letto - entro maggio 2019;
- Messa a regime di un sistema di stadiazione tariffarie per MDC (cod. 56) – entro dicembre 2020.

Linea di intervento 7

Definire un quadro regolatorio trasparente e tempestivo.

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

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

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

Linea di intervento 8

Rafforzare il ruolo della committenza delle ASL.

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

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

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

Risultati attesi e tempistiche:

Saranno adottati i seguenti provvedimenti:

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

Linea di intervento 9

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

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

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

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio
- ASL

Risultati attesi e tempistiche:

Attribuzione del budget entro 60 gg. alle strutture che hanno operativamente concluso il procedimento di riconduzione.

Linea di intervento 10

Potenziare l'offerta assistenziale sul territorio.

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

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

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- ASL.

Risultati attesi e tempistiche:

- Piano per il potenziamento dell'assistenza territoriale entro il 31 luglio 2019
- Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata - entro dicembre 2019;
- Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per l'assistenza termale - entro dicembre 2019;

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

Linea di intervento 11

Adozione di nuove tariffe.

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

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

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- ASL

- Associazioni di categoria del privato accreditato.

Risultati attesi e tempistiche:

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

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

Linea di intervento 12

Ottimizzazione delle funzioni assistenziali non tariffabili.

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

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

Soggetti interessati

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

Risultati attesi e tempistiche

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

Linea di intervento 13

Deospedalizzazione e rafforzamento dell'offerta di specialistica ambulatoriale.

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

D'altra parte, il graduale processo di deospedalizzazione in atto, ha comportato l'insorgere di economie di spesa rispetto ai livelli di finanziamento assegnati alle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni ospedaliere. Tali economie dovranno quindi essere indirizzate verso soluzioni innovative e al passo con la tecnologia, in grado di rispondere meglio al fabbisogno di salute della popolazione assistita.

Soggetti interessati

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

Risultati attesi e tempistiche

Adozione di provvedimenti di budget che incrementano l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, a fronte di equivalenti riduzioni dei tetti di spesa dell'attività ospedaliera, nel pieno rispetto del valore complessivo stabilito dalla spending review - Entro dicembre 2020.

14. Contenzioso

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

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

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

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

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

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

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

- b) Raccordo con pignoramenti e coordinamento tra Avvocatura, Direzione Salute e Direzione Bilancio;
- c) Raccordo con la gestione del rischio clinico e tra questo ed il programma assicurativo delle Aziende del SSR.
- d) Realizzazione di un programma informatico che consenta la mappatura del contenzioso esistente e futuro e l'interfaccia tra Direzione Salute/Avvocatura regionale/Avvocatura Aziende e Enti del SSR;
- Idoneità dello stesso di raccordarsi ai singoli provvedimenti adottati dall'amministrazione, ovvero alle singole fatture emesse dall'operatore del SSR o dal fornitore;
 - Idoneità del programma di seguire la filiera: fattura, soggetto erogatore, ricorso, evoluzione processuale e stati del giudizio, sentenza, ottemperanza/eventuale pignoramento con individuazione della struttura regionale/aziendale competente per monitorare i relativi adempimenti a cura dell'amministrazione attiva;
 - Capacità del programma di fissare parametri certi di valutazione dei giudizi ritenuti "più rilevanti" in termini economici e di complessità e di elaborare statistiche proiezioni sulla base dei dati a disposizione;
 - Previsione all'interno di tutte le Aziende di una struttura referente di supporto tecnico-amministrativo agli affari legali/contenzioso idonea a fungere da interfaccia nello scambio di documenti ed informazioni rispetto ai giudizi in cui entrambe le amministrazioni risultino coinvolte, anche al fine di garantire l'ottemperanza alle eventuali sentenze di condanna.

Soggetti interessati

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

Risultati attesi e tempistiche

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

15. Risorse economico – finanziarie

15.1 Certificabilità dei Bilanci e sviluppo della funzione di controllo interno

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

1. lo sviluppo di un sistema di controllo interno;

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

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

Pertanto nell'arco del triennio di riferimento si procederà con la diffusione della "cultura del controllo" attraverso l'implementazione e la strutturazione di specifiche funzioni aziendali dedite all'attività di internal audit. Nello svolgimento delle loro attività, le funzioni di internal audit aziendali dovranno essere coordinate dalla funzione di internal audit regionale, costituita con il DCA 69/2018, ed allo stesso tempo relazionarsi con le altre funzioni aziendali che hanno come focus della loro attività la gestione del rischio quali prevalentemente il risk-management e la funzione anticorruzione.

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

Linea di intervento 1

Rafforzamento dei sistemi di controllo interno.

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

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

Per le funzioni di controllo interno aziendali:

- Entro dicembre 2020 la metà degli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedita al controllo interno (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concertandolo con la pianificazione regionale;
- Entro dicembre 2021 tutti gli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedita al controllo interno (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concertandolo con la pianificazione regionale.

Linea di intervento 2

Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili.

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

Soggetti coinvolti:

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

Risultati attesi e tempistiche:

2019:

- (i) Esecuzione di monitoraggi trimestrali alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle seguenti attività da parte delle Aziende:
 - (a) continuare l'attività sulle partite debitorie e creditorie secondo la metodologia indicata dal DCA 521/18, ricomprendendo tutti i conti di credito e debito anche non dettagliati nel partitario aziendale;
 - (b) effettuare una revisione dei fondi rischi aziendali, con l'adozione di una reportistica uniforme per l'analisi della loro composizione;
 - (c) allineare il libro cespiti con il bilancio di verifica supportato dalla verifica fisica degli stessi, nonché valutare la congruità/correttezza dei contributi iscritti a Patrimonio netto.
(Ciascun monitoraggio dovrà mostrare degli effettivi avanzamenti in merito all'attività svolta sulla base di appositi indicatori)

2020:

- (ii) Completamento delle attività di valutazione straordinaria delle partite contabili (debiti/crediti/fondi) finalizzata alla sistemazione contabile del fondo di dotazione, entro le tempistiche stabilite dal DCA 297/2019;
- (iii) esecuzione di monitoraggi trimestrali alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle attività precedentemente definite. (Ciascun monitoraggio dovrà mostrare degli effettivi avanzamenti in merito all'attività svolta sulla base di appositi indicatori).

2021:

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

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

Con il DCA n. 273 dell'8 settembre 2016 la Regione ha individuato, le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli IRCCS del SSR da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015. con Gli enti individuati dal citato DCA sono stati: AO San Camillo, AO San Giovanni, Policlinico Umberto I, Istituto Fisioterapici Ospitalieri, INMI Spallanzani, AO Sant'Andrea e Policlinico Tor Vergata. Applicando la metodologia indicata nell'allegato a) del DM 21.06.2016 ai dati del Consuntivo 2018, come riportato nella seguente tabella, si evince che due enti, il Policlinico Tor Vergata, l'IFO e l'AO Sant'Andrea, non dovranno predisporre nuovi piani di efficientamento.

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

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

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ASL, AO, AOU, IRCCS

Risultati attesi e tempistiche

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

15.3 I tempi di pagamento

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

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

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

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

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

Linea di intervento 1

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

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

- Azzeramento dello stock di debito scaduto ancora aperto – entro giugno 2020.

Linea di intervento 2

Incremento della frequenza dei pagamenti centralizzati

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

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LAZIOcrea

Risultati attesi e tempistiche

- Introduzione di due scadenze di pagamento al mese – entro dicembre 2019.

Linea di intervento 3

Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO

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

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

In riferimento all'acquisto di prestazione sanitarie:

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

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

di autorizzazione e accreditamento delle stesse e nel rispetto dei limiti massimi di finanziamento fissati per gli stessi.

In riferimento all'acquisto di beni:

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

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

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

15.4 Gestione informatizzata controlli esterni sull'attività sanitaria

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

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

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

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

Linea di intervento 1

1. Progettazione e implementazione di una piattaforma per la gestione delle informazioni relative ai controlli esterni sull'attività sanitaria con onere a carico del SSR.
2. Si ritiene necessaria la progettazione ed implementazione di una piattaforma informatica che tracci per tipologia, anno di competenza della prestazione soggetta a controllo esterno e per ciascuna struttura

sanitaria privata, la valorizzazione economica dei controlli esterni effettuati sull'attività sanitaria erogata con onere a carico del SSR.

3. La Piattaforma informatica consentirà la condivisione, gestione e monitoraggio dei dati relativi alla valorizzazione economica ed il conseguente recupero finanziario, attraverso:

- la registrazione della valorizzazione dei controlli esterni per tipologia prestazione, annualità e struttura sanitaria, differenziandone la quota riferita ai controlli esterni concordati, non concordati e le sanzioni amministrative;
- l'associazione dei recuperi con le fatture correnti oggetto di compensazione;
- la pubblicazione della valorizzazione dei controlli esterni agli utenti coinvolti nel processo per la parte di propria competenza (Regione Lazio, Aziende Sanitarie, strutture private accreditate e strutture pubbliche);
- la visualizzazione dello stato in cui si trova il procedimento amministrativo rispetto al processo previsto dalla normativa vigente (tracking del procedimento);
- la gestione dinamica dei dati da parte di ciascun attore coinvolto nel processo (contenziosi avviati dalle strutture private e del relativo stato, recuperi finanziari, impatto economico, ecc.);
- gestione digitalizzata dell'adesione alla procedura di definizione agevolata in materia di controlli esterni in ambito sanitario (ex art. 9, commi 2-4, L.R. n. 13/2018).

Soggetti coinvolti:

- Regione Lazio;
- Aziende Sanitarie;
- LAZIOcrea.

Risultati attesi e tempistiche:

- Messa a regime della piattaforma informatica entro dicembre 2020.

15.5 [Recupero somme da esenzione da reddito per gli anni 2011 e successivi](#)

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

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

Il Piano di recupero prevede due fasi:

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

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

16. Risorse umane e professionali

16.1 Governance del Personale

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

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

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

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

Tale politica si baserà quindi, da un lato, su una attenta analisi delle specificità aziendali ma, dall'altro lato, al fine di garantire la necessaria uniformità al sistema e per mantenere ferma l'attività di controllo, vigilanza, indirizzo

propria della Regione, tale politica sarà effettuata anche tramite azioni di centralizzazione e di regolamentazione a livello regionale.

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

La fuoriuscita di professionalità dal Sistema Sanitario Pubblico, che sempre più di frequente trova una ricollocazione nelle strutture private, rappresenta un ulteriore aspetto di criticità.

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

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

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

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

Pertanto, al fine di far fronte al delta negativo tra l'immissione di personale nel SSR e le cessazioni, ci si propone di avviare un confronto con le Università regionali, finalizzato ad implementare l'inserimento degli specializzandi universitari.

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

In particolare si prevede che la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018 come certificato dal Tavolo di Verifica degli adempimenti o se superiore il precedente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 %.

Si prevede, inoltre, la possibilità di aumentare la spesa del 5%, a partire dal 2021 subordinandola, tuttavia, all'adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

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

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

In linea generale, la Regione Lazio intende investire in una relazione strategica e programmatica con le Università presenti sul territorio, al fine di innescare circuiti virtuosi tra la fase di rilevazione del fabbisogno formativo

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

La collaborazione tra Regione e Università potrà essere implementata, con modalità da concordare, prevedendo l'acquisizione di qualificati apporti formativi e tecnico - scientifici in relazione a specifiche esigenze del Servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alla necessità di privilegiare iniziative di sviluppo degli obiettivi di salute nei programmi formativi della nuova classe dirigente e non solo.

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

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

Miglioramento delle politiche di *governance* del personale del SSR, finalizzata al mantenimento della spesa per il personale entro il perimetro concordato con le aziende per l'anno 2018, implementando modelli di *governance* nella gestione del personale del SSR e strumenti per la definizione dei bisogni.

Regione Lazio si pone gli obiettivi di:

- 1) un efficace ed efficiente allocazione delle risorse, partendo dalla rilevazione della situazione ASIS, che dovrà tener conto dalla programmazione regionale e quella degli atti aziendali, mediante anche l'utilizzo di modelli organizzativi di *governance* e strumenti di definizione del fabbisogno di personale;
- 2) strutturare un processo dinamico di valutazione dei fabbisogni di personale, che tenga in considerazione gli scenari evolutivi e intervenga tempestivamente per far fronte alle necessità organizzative;
- 3) programmazione delle assunzioni di personale con contratto a tempo indeterminato e conseguente riduzione dei contratti di natura flessibile e incarichi di consulenza;
- 4) attuazione del principio del *favor legis* per i contratti a tempo indeterminato e ricorso ai contratti di natura flessibile per le sole fattispecie previste dall'ordinamento

Linee di intervento

1. Analisi delle funzioni e delle attività di ciascuna Azienda.
2. Analisi effettivo fabbisogno aziendale e di quello complessivo regionale.
3. Sviluppo di un sistema di analisi del fabbisogno, che rilevi anche i dati non "formali" come età e prescrizioni.
4. Implementazione di sistemi di benessere e miglioramento organizzativo.
5. Applicazione di un modello di valutazione del fabbisogno condiviso a livello regionale di supporto alla programmazione aziendale.
6. Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Ospedaliera e Specialistica, in linea con le proposte metodologiche, condivise nel sottogruppo delle Regioni del Tavolo del DM 70.
7. Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Territoriale, in tutti i setting assistenziali ad essa afferenti, integrando modelli di fabbisogno regionali vigenti (es. DCA 152/2014 Consultori familiari).
8. Avvio delle attività finalizzate all'individuazione dei criteri per la definizione di un fabbisogno per l'attività di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla prevenzione, alla salute mentale, ai consultori.
9. Gestione del rapporto con le università attraverso l'istituzione di tavoli di confronto su definizione della rete formativa e del fabbisogno.

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Nel corso del triennio 2019-2021, utilizzo del fabbisogno per finalità programmatiche regionali e aziendali per valutare specialità, discipline e profili carenti o in esubero.

16.3 **Rapporti con le Università**

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

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

Università Tor Vergata

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

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

Il predetto obiettivo di apporto di capitale privato non è stato raggiunto, la sperimentazione si è conclusa con esito negativo e l'operatività di tale modello di *governance* ha ereditato un aspetto di complessità derivante dalla compresenza di due enti distinti quali la Fondazione e l'Azienda.

Il tentativo di superare questi aspetti critici, sulla scorta dell'impianto normativo, ha suggerito l'avvio della procedura di riconoscimento di IRCCS, di cui agli articoli 13 e 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.

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

La Regione, pertanto, ha provveduto ad un'analisi puntuale del percorso giuridico seguito e sta valutando la possibilità di concludere il percorso con il riconoscimento IRCCS della Fondazione, ovvero all'istituzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria integrata.

All'interno della definitiva strutturazione giuridica dei rapporti tra Regione e Università, si procederà alla definitiva e completa disciplina e autorizzazione dei rapporti convenzionali tra Università e altre strutture del SSN ai sensi

dell'articolo 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo n. 517/1999, evitando l'eccessiva frammentazione dell'offerta e cercando di contemperare le esigenze formative con quelle assistenziali e di programmazione sanitaria, anche alla luce del DM 402/2017.

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

Università La Sapienza

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

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

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

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

Università Campus Biomedico

Il Protocollo di Intesa con l'Università non statale è stato sottoscritto in data 28 ottobre 2014 e recepito dal DCA U00378 del 12.11.2014 di presa d'atto.

Come disposto dall'articolo 16 del Protocollo, lo stesso è entrato in vigore dalla sottoscrizione per una durata triennale, con rinnovo tacito per ulteriori tre anni.

In rapporto alla revisione dell'atto di programmazione, che aggiorna la rete a livello regionale ed attualizza la configurazione già delineata dal DCA 257/2017, si conferma il ruolo di DEA di I livello che il Campus andrà ad assumere all'interno della programmazione triennale.

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Campus biomedico;
- ASL Roma 2

Risultati attesi e tempistiche

Aggiornamento del Protocollo (entro il 31 dicembre 2019)

Università Cattolica del Sacro Cuore

Il Protocollo di Intesa con l'Università non statale è stato sottoscritto in data 30 settembre 2014 e recepito dal DCA U00339 del 21.10.2014 di presa d'atto.

Come disposto dall'articolo 16 del Protocollo, lo stesso è entrato in vigore dalla sottoscrizione per una durata triennale, con rinnovo tacito per ulteriori tre anni.

Nel triennio, pertanto, sarà necessario procedere all'aggiornamento dello stesso.

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

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

- ASL Roma 1

Risultati attesi e tempistiche

Aggiornamento del Protocollo (entro il 31 dicembre 2020)

Università Unicamillus

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

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

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

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

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

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

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

Linee di intervento e risultato atteso e tempistica

Aggiornamento del Protocollo d'Intesa nel 2020 e nel 2021

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio

- Università Unicamillus
- Asl Roma 6

La formazione specialistica e manageriale

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

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

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

Linee di intervento

1. Analisi del livello di competenze, conoscenze, attitudini del personale e Predisposizione di un report regionale sullo stato dell'arte
2. Incontri e gruppi di lavoro con i referenti aziendali
3. Predisposizione di un modello di offerta formativa a livello regionale, da differenziare per azienda e per profilo

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Fase di preparazione; analisi del quadro esistente, dell'offerta formativa attuale, predisposizione del report finale (entro il 31 dicembre 2019)
2. Fase di sviluppo: analisi dei risultati dell'anno precedente, incontri e gruppi di lavoro, predisposizione modello di offerta formativa a livello regionale (entro il 31 dicembre 2020)
3. Fase di implementazione: applicazione del modello, feed-back degli utenti, interventi correttivi (entro il 31 dicembre 2021)

L'alta formazione

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

Linee di intervento

1. Formazione Management
2. Formazione per profili carenti e figure chiave

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Università pubbliche e private

Risultati attesi e tempistiche

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

Il reclutamento e le procedure concorsuali

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

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

Regolamentazione regionale dell'ALPI

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

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

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

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

Linee di intervento

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

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Organizzazioni Sindacali

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di modelli di monitoraggio dell'ALPI tali da garantire che il suo svolgimento non sia pregiudizievole dell'attività istituzionale e del rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni (entro il 31 dicembre 2019);
2. Ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo (entro il 31 dicembre 2019)
3. Attività di verifica e controllo del rispetto e dell'attuazione delle linee di indirizzo sugli spazi (entro il 30 settembre 2020)
4. Attività successiva agli esiti della verifica e controllo relativamente agli spazi (entro il 31 dicembre 2020)
5. Analisi dell'impatto dei modelli di monitoraggio (entro il 31 dicembre 2020)
6. Analisi dell'impatto delle linee di indirizzo in tema di spazi disponibili (entro il 31 dicembre 2021)

7. Coordinamento dei flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'Alpi in termini di verifica dei volumi erogati e confronto con i volumi istituzionali.

17. Revisione dell'assetto dell'offerta

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

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

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

L'obiettivo attuale è di riorganizzare la rete ospedaliera proseguendo il percorso di adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard previsti nel DM 70/2015 e prevedendo soluzioni per il superamento di specifiche criticità dell'assetto attuale, quali una disomogenea distribuzione territoriale dei posti letto, il numero elevato di posti letto inattivi, il sovraffollamento nei PS/DEA, e la presenza di numero elevato di Case di Cura (CdC) di piccole dimensioni.

Riguardo a quest'ultimo punto vanno considerati i criteri di affinità e complementarietà delle discipline per la distinzione tra case di cura polispecialistiche o monospecialistiche così come previsto dal punto 2.5 del DM 70/2015. La Regione Lazio ha avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'applicazione del DM 70/2015 – Allegato I – paragrafo 2.5 – Definizione discipline/attività affini e complementari, nel quale vengono definite le discipline affini e complementari. A seguito delle osservazioni delle Organizzazioni di Categoria si procederà con la promulgazione del Decreto Commissariale ~~di recepimento della proposta e della conseguente~~ di riclassificazione delle Case di Cura Accreditate e conseguentemente verranno avviate le misure per l'adeguamento agli standard previsti.

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

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

Si procederà, inoltre, nella verifica di fattibilità e avvio delle procedure per l'apertura di nuovi punti di offerta pubblici, e nel lavoro di verifica della vulnerabilità sismica delle strutture ospedaliere. Tali azioni potranno modificare alcuni assetti e nodi 'strutturali' della rete ospedaliera.

La programmazione dell'offerta riabilitativa, e l'articolazione delle tipologie assistenziali, ospedaliere e territoriali, sono state di recente raccolte nel "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito

ospedaliero e territoriale” DCA 226 del 5 giugno 2017, tenendo conto delle indicazioni contenute nel “Piano di indirizzo per la Riabilitazione” approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 e delle linee di indirizzo del Documento Agenas-Regione Lazio contenuto nel DCA n. 200/2015.

L’obiettivo regionale per i prossimi anni sarà di aggiornare l’offerta riabilitativa, in un’ottica di semplificazione della normativa esistente e di recepire le future indicazioni in merito all’appropriatezza dell’accesso dei ricoveri ed ai percorsi riabilitativi, in corso di definizione presso il Ministero della Salute.

Linee di intervento

1. Adozione di un provvedimento regionale di riordino della Rete Ospedaliera che preveda le seguenti linee operative:
 - a) Rimodulazione dei posti letto, in particolare con riferimento al riequilibrio della distribuzione territoriale e alle discipline maggiormente oggetto di ricovero da PS, e dunque utili per il contrasto al sovraffollamento;
 - b) Revisione delle Reti tempo dipendenti e dell’emergenza sulla base delle modifiche dell’assetto ospedaliero post DCA 257/2017 e dell’attività dei centri Hub e Spoke;
 - c) Interventi “locali” come la riorganizzazione dei presidi della ASL Roma 6 alla luce dell’apertura dell’Ospedale dei Castelli, la riorganizzazione dell’assetto del Policlinico Campus Biomedico con l’apertura del DEA I, l’attivazione del DEA II presso l’Ospedale S.M. Goretti di Latina, e l’attivazione del DEA II presso il Policlinico Tor Vergata.
 - d) Riallineamento del numero di UOC/PE per disciplina in coerenza con gli standard del DM 70/2015;
 - e) Interventi di riconversione/agggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate polispecialistiche, le cui discipline non possono essere considerate affini o complementari, con un numero di posti letto inferiore a 60;
 - f) Interventi di riconversione/agggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate monospecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 30
2. Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraffollamento in PS
3. Ristrutturazione/riconversione e messa a norma dei principali Ospedali Regionali e azioni finalizzate alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere (Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo “Ospedale della Tiburtina”, “Nuovo Ospedale di Rieti”).
4. Aggiornamento del DCA n. 226/2018 “Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”, mediante la semplificazione della normativa esistente, il recepimento delle indicazioni in merito all’appropriatezza dell’accesso dei ricoveri ed ai percorsi riabilitativi del Ministero della Salute, e la semplificazione delle attività passaggio di setting e prescrizione di ausili/protesi mediante gli strumenti informatici disponibili.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Dipartimento di Epidemiologia del SSR
- ASL, AO, ARES, IRCCS, AOU, PU
- Associazioni di categoria
- Associazioni di pazienti

Risultati attesi e tempistiche

1. **(Linea di Intervento 1a, 1b, 1c e 1d):** Emanazione del provvedimento di riordino della Rete ospedaliera entro novembre 2019

(Linea di Intervento 1e e 1f): Revoca, a partire dal 1/1/2020, della contrattualizzazione delle CdC polispecialistiche con posti letto inferiori a 60 e monospecialistiche con meno di 30 p.l., con mantenimento dell'accreditamento, nel caso non sia avvenuta entro il suddetto termine la riconversione o aggregazione in un unico soggetto giuridico di dimensione adeguata

2. (Linea di intervento 2):

- a. Verifica semestrale degli indicatori di monitoraggio dell'accordo con le CdC di cui alla Determina Regionale n. G00094 del 08/01/2019
 - b. Assegnazione ai direttori generali delle Aziende Sanitarie di obiettivi volti all'efficientamento dei reparti di degenza e di riduzione dei ricoveri impropri entro giugno 2019
 - c. Definizione di un sistema incentivante per gli operatori di PS volto a ridurre i ricoveri impropri entro dicembre 2020
 - d. Definizione di requisiti autorizzativi e di accreditamento delle terapie sub intensive entro marzo 2020
3. Definizione della programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere: Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo "Ospedale della Tiburtina", "Nuovo Ospedale di Rieti" entro giugno 2020
 4. Aggiornamento del "Testo Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale" entro 60 giorni dall'emanazione del provvedimento nazionale

17.2 [Le strutture per acuti: miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta](#)

La Regione Lazio, all'interno del Decreto del Commissario ad Acta n. 273 dell'8 settembre 2016, ha individuato, ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, comma 525 art.1, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536 della citata legge, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni: a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Le Aziende individuate dal succitato DCA hanno pertanto predisposto piani contenenti le misure atte al miglioramento della qualità delle cure e all'adeguamento dell'offerta, ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dalle citate norme, sia in relazione all'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale che in relazione al raggiungimento dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, di cui all'art. 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

L'obiettivo attuale della Regione Lazio è di proseguire nell'applicazione di tali strumenti di miglioramento della qualità delle cure da parte delle AO, delle AOU, e degli IRCCS, programmando la revisione della metodologia e la sua estensione anche ai presidi ospedalieri di Azienda.

Linee di intervento

1. Per le Aziende già individuate, prosecuzione dei piani di efficientamento e riqualificazione per il miglioramento della qualità delle cure, fino alla risoluzione delle criticità.
2. Monitoraggio dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti e individuazione delle AO, delle AOU, e degli IRCCS che presentano mancato rispetto dei parametri di riferimento.
3. Revisione della metodologia volta a definire la sussistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabile ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano scostamenti critici.
4. Monitoraggio delle azioni poste in essere attraverso i sistemi correnti di indicatori regionali.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- ASL, AO, AOU, IRCCS
- Dipartimento di epidemiologia del SSR

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio trimestrale dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti per le strutture (AO, AOU e IRCCS) che presentano scostamenti dai parametri di riferimento a partire dal 31/12/2019
2. Metodologia volta a definire la sussistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabile ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano scostamenti critici entro il 31 dicembre 2020.
3. Linee guida per la predisposizione di piani d'intervento sulla qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari e per la conduzione di audit clinici e organizzativi applicabili ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL che presentano criticità, entro il 31 dicembre 2020.
4. Revisione del sistema degli obiettivi per i direttori generali in coerenza con il monitoraggio dei criteri di volumi, qualità ed esiti come sopra richiamati entro marzo 2020.

17.3 **Gli ospedali di comunità**

Gli ospedali di comunità sono strutture territoriali a degenza breve (max 15-20 giorni) rivolte alle persone con problemi di salute, acuti o post-acuti, di bassa complessità, che richiedono un ambiente protetto e un'assistenza infermieristica anche notturna e che, per motivi diversi, non possono essere curati al domicilio. Hanno un numero limitato di posti letto (15-20), sono gestite da personale infermieristico e l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura, in caso di necessità, eventuali consulenze specialistiche. Tipologie particolari di ospedali di comunità, presenti nell'ambito regionale, sono le "degenze a gestione infermieristica", unità operative con analoghe finalità ed istituite in ambito ospedaliero (DCA 12 novembre 2014, n. U00370 Linee d'indirizzo regionali su: "Unità di Degenza a Gestione Infermieristica (UDI) - Modello organizzativo").

Si tratta di strutture destinate prioritariamente a:

1. Intercettare pazienti con patologie acute di bassa complessità evitando che, per motivi legati alla inidoneità del domicilio o alla carenza dell'assistenza familiare, si rivolgano al Pronto soccorso e al ricovero ospedaliero;
2. garantire la completa stabilizzazione clinica e il recupero funzionale dopo la dimissione, in attesa di organizzare l'assistenza a domicilio o in altri setting assistenziali;
3. ottimizzare la durata della degenza ospedaliera per acuti, della riabilitazione e della lungodegenza.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. Nel caso di unità operative a collocazione ospedaliera gli accessi del personale medico saranno organizzati avvalendosi dell'organico ivi presente.

Linee di intervento

Alla luce dell'esperienza sviluppata in ambito regionale, si rende necessario definire il fabbisogno regionale di tali strutture, il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni, i requisiti autorizzativi e di accreditamento, e il sistema di remunerazione necessari alla messa a regime di tali attività, in sintonia con le indicazioni ministeriali in materia.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio

- Aziende Sanitarie
- LazioCREA
- MMG
- Ordine delle Professioni

Risultati attesi e tempistiche

1. Definizione del fabbisogno regionale di Ospedali di Comunità entro dicembre 2019.
2. Definizione dei requisiti di accreditamento entro febbraio 2020.
3. Almeno un ospedale di Comunità per Azienda Sanitaria Locale attivato entro 31 dicembre 2021.

17.4 Riorganizzazione dell'Assistenza Specialistica

Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle “Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale”. La contiguità di questa attività con quella erogata in altri livelli di assistenza (ospedalieri o territoriali), rende necessaria una ridefinizione delle modalità di erogazione della specialistica ambulatoriale, in coerenza con le indicazioni ministeriali, per favorire l'applicazione omogenea su tutto il territorio regionale delle prestazioni previste per tale area assistenziale.

La riorganizzazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale si realizza attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno, dell'indice di fuga e del monitoraggio delle attività. L'obiettivo della riorganizzazione è garantire equità d'accesso alle cure, e la presa in carico del paziente fin dall'inizio del processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

L'offerta ambulatoriale si pone come risposta a due tipi di richiesta di prestazione della popolazione: una richiesta per bisogni di nuova insorgenza, che rende necessaria una risposta reattiva in tempi brevi per la definizione del quadro clinico, ed una richiesta tipica dei pazienti affetti da patologie croniche evolutive, che nell'ambito della presa in carico globale della persona, è volta ad interventi mirati a monitorare e rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenire gli esiti sfavorevoli.

I due ambiti, anche se comprendono di frequente le stesse prestazioni diagnostiche o terapeutiche, devono prevedere modalità di accesso e realizzazione differenti, al fine di poter offrire ai cittadini il percorso di cura più appropriato secondo le esigenze di salute. Per i pazienti con bisogni di nuova insorgenza, il percorso di accesso alla specialistica ambulatoriale passa attraverso la prescrizione del MMG e i sistemi di prenotazione regionali; per i pazienti cronici all'interno di un percorso di cura, l'accesso alla specialistica ambulatoriale deve essere “governato” e gestito direttamente dal medico o dal servizio responsabile della presa in carico.

Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale sarà necessario, inoltre, dedicare un'attenzione specifica al tema dell'appropriatezza prescrittiva che, specie in alcune aree disciplinari, è particolarmente critico.

Si rileva, quale ulteriore criticità di sistema, con un impatto sulla appropriatezza delle prestazioni, un disallineamento tra le discipline accreditate per il ricovero ordinario/day hospital e le branche ambulatoriali nell'ambito delle strutture; al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni i soggetti erogatori devono poter disporre, infatti, dell'accreditamento nelle branche ambulatoriali nelle medesime discipline di ricovero. È necessario, inoltre, assicurare osmosi unidirezionale tra i budget per acuti verso i ricoveri diurni e verso le cure ambulatoriali.

È necessario superare il modello del nomenclatore differenziato pubblico – privato, favorendo una maggiore omogeneità nel repertorio prestazionale.

Le Aziende Sanitarie, infine, devono recuperare capacità di negoziare ed indirizzare gli erogatori pubblici e privati verso le attività e servizi necessari a soddisfare il fabbisogno di prestazioni ed i bisogni di salute della popolazione residente.

Linee di attività

1. La Regione Lazio provvederà ad un aggiornamento delle specifiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale mediante la definizione di documento per l'applicazione della disciplina dell'assistenza specialistica ambulatoriale, in linea con le indicazioni ministeriali in merito all'applicazione omogenea dell'Allegato 4 DPCM 12.01.17 - Specialistica Ambulatoriale.
2. Sarà necessario inoltre potenziare la funzione aziendale di programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili. Sarà dato mandato alle Aziende Sanitarie di negoziare una parte del budget con i soggetti erogatori.
3. Sarà operato il trasferimento di prestazioni dal ricovero ordinario a quello diurno e da quest'ultimo al setting ambulatoriale. I provvedimenti con tale finalità saranno affiancati da atti volti a favorire un coerente transito di risorse (budget) dal comparto acuti a quello ambulatoriale. Saranno adottati strumenti e procedure volti a favorire l'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici, in coerenza con le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza indicati dal nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale.
4. Nel corso del triennio sarà progressivamente consentito agli erogatori privati di effettuare le medesime prestazioni dei soggetti pubblici
5. Sarà effettuata l'aggiornamento del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali al fine di consentire l'ampliamento dell'accreditamento delle branche ambulatoriali in coerenza con le discipline di ricovero ospedaliero, laddove si rilevi una incongruenza (presenza di accreditamento della disciplina di ricovero ma non della corrispondente branca ambulatoriale).

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie e Associazioni di categoria del privato accreditato
- LazioCREA
- MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali
- Associazioni di pazienti/cittadini

Risultati attesi e tempistiche

1. Decreto di recepimento del nuovo nomenclatore tariffario nazionale entro 60gg dalla emanazione e adozione delle misure organizzative per adeguare i processi e i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle nuove prestazioni
2. Adozione di un provvedimento che attribuisca alle ASL di un ruolo di committenza ed il mandato di predisporre i fabbisogni della popolazione di riferimento, incluse le Aziende Ospedaliere/Policlinici/IRCCS che insistono sul territorio di competenza. Adozione del provvedimento in step progressivi nell'ambito del triennio al momento di definizione di budget per gli erogatori privati (annuale entro il 31 luglio di ogni anno)
3. a Adozione di provvedimenti che promuovano la transizione del setting di erogazione delle prestazioni verso l'ambito ambulatoriale per step progressivi nell'ambito del triennio al momento di definizione di budget per gli erogatori privati (annuale entro il 31 luglio di ogni anno)
3. b Decreto per definizione interventi di promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa a partire da alcuni ambiti di patologia anche alla luce dei nuovi LEA entro marzo 2020
4. Decreto per uniformare il repertorio prestazionale degli erogatori pubblici e privati entro dicembre 2019
5. Decreto per l'aggiornamento del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali al fine di consentire l'ampliamento dell'accreditamento delle branche ambulatoriali in coerenza con le discipline di ricovero ospedaliero, laddove si rilevi una incongruenza (presenza di accreditamento della disciplina di ricovero ma non della corrispondente branca ambulatoriale) entro agosto 2020.

17.5 Riorganizzazione della Rete Laboratoristica

Il settore della medicina di laboratorio è stato oggetto di numerosi provvedimenti di riordino e presenta caratteristiche e criticità molto diverse in ambito pubblico e privato. Nel primo sono presenti ancora alti margini di efficientamento, nella prospettiva di ulteriore aggregazione delle strutture esistenti, specie in ambito metropolitano. Inoltre, non è stato sviluppato un sistema di costante monitoraggio dei costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie per tipologia diagnostica e della produttività e non si è ancora realizzato ancora il laboratorio logico unico (LLU), come rete informatica di collegamento operativo e funzionale delle reti. Nel settore Privato è stata disattivata la funzione analitica presso strutture con attività eccessivamente ridotta, <100.000 prestazioni anno, ed è stata garantita la capillarità dell'offerta attraverso il mantenimento dei punti prelievo. Non si è ancora compiuta l'integrazione tra settore pubblico e privato, ancorché prevista dai decreti di riordino. Le strutture private, inoltre, hanno un diverso repertorio prestazionale (i privati possono erogare in accreditamento solo 170 prestazioni sulle 792 previste dal Nomenclatore). Si rileva, inoltre, nel settore privato, nonostante l'aggregazione tra strutture, ancora la permanenza di 104 soggetti erogatori che svolgono attività analitica. Persiste una carenza di requisiti per i punti prelievo e si rileva la necessità di regolamentare le modalità di service qualora venga consentito ai laboratori privati di erogare tutte le prestazioni delle Branche 00.

Linee di attività

Si ritiene necessaria una evoluzione del modello ideato con il D.C.A. 219/14 verso il disegno e la realizzazione di un modello integrato pubblico/privato quale ipotesi di potenziamento del sistema assistenziale e dell'innalzamento della qualità percepita, caratterizzato da un approccio di governo unificato. In tale ottica l'uniformazione del repertorio prestazionale pubblico/privato, così come indicato nel nomenclatore nazionale (ad eccezione, quindi, dei settori specializzati di genetica medica, anatomia patologica, microbiologia e virologia e farmaco – tossicologia) rappresenta la naturale evoluzione.

Si ritiene necessario centralizzare le attività analitiche in laboratori Hub pubblici metropolitani (capacità produttiva $\approx 10^7$ esami), Hub pubblici provinciali (capacità produttiva $\approx 4 \times 10^6$ esami) e Hub privati ad elevata produttività obbligatoriamente collocati nel territorio regionale.

Si ritiene di recepire il nuovo nomenclatore tariffario nazionale ovvero elaborare un nuovo tariffario regionale che, attraverso la rideterminazione delle tariffe in un'ottica di ottimizzazione costo/beneficio, favorisca l'ulteriore aggregazione degli attuali laboratori con funzione analitica e l'innalzamento della soglia di produzione.

È necessario definire una metodologia standardizzata in ambito regionale per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica, per ciascuna prestazione erogata per conto di altre strutture, al fine di determinare i costi di trasferimento, inclusi quelli della logistica, con revisione annuale.

Ai fini di una piena integrazione è essenziale sviluppare un Laboratorio Logico Unico (LLU - rete informatica regionale) e attuare il collegamento in rete di tutte le strutture sia pubbliche che private.

Si identificano, inoltre, le seguenti linee di intervento:

1. Individuazione di requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi, service e trasporto campioni biologici. Particolare attenzione sarà posta nella individuazione di requisiti di qualità che garantiscano livelli adeguati ed in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, sia sul settore pubblico che privato;
2. [Redazione di linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale e per l'acquisizione centralizzata dei sistemi diagnostici](#)
3. Individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera;
4. [sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica;](#)

5. Definizione di un ambito di progressivo sviluppo della rete del laboratorio logico unico regionale che possa tendere alla complessiva revisione dei parametri quantitativi a favore di modelli fondati sull'ottimizzazione del rapporto costo beneficio.
6. Uniformazione del repertorio prestazionale dei soggetti pubblici e privati.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie e Case di Cura accreditate
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- LazioCREA

Risultati attesi e tempistiche

1. Decreto per individuazione requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi e service entro dicembre 2019
2. Decreto programmatico delle linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale entro dicembre 2019
3. Decreto di individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in raccordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera entro dicembre 2019
4. a Redazione ed approvazione con provvedimento regionale di un documento che descriva una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica, entro giugno 2020
4. b Implementazione in ambito regionale della metodologia descritta al capoverso precedente, entro dicembre 2020
5. a Definizione di un documento progettuale per la realizzazione del LLU entro febbraio 2020
5. b Avvio Fase Pilota LLU entro giugno 2020 e Attuazione LLU entro dicembre 2021
6. Decreto per l'uniformazione del repertorio prestazionale entro giugno 2020

17.6 Gestione dei tempi e Liste di Attesa

Nell'ambito dell'offerta assistenziale rivolta ai bisogni dei cittadini, la Regione Lazio ha definito le principali linee di intervento in materia con il "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2013-2015" approvato con il DCA n. U00437/2013 e, successivamente con DCA n. U00110/2017, a seguito del quale tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato i propri piani attuativi. La Regione Lazio sta predisponendo, attualmente, il decreto di attuazione regionale del più recente Programma Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021.

La Regione Lazio intende individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema sia per rispondere in modo tempestivo e puntuale ad un bisogno assistenziale di nuova insorgenza, che per assicurare il percorso assistenziale per un bisogno di salute cronico, che prevede comunque un'integrazione tra i vari livelli assistenziali, dalle cure primarie alla specialistica e ai ricoveri, ma con una gestione integrata e programmata dei protocolli diagnostici.

Come già espresso nella Riorganizzazione dell'Assistenza Specialistica, è necessario separare i percorsi di prenotazione, accesso ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali in risposta ad una richiesta per bisogni di nuova insorgenza, che rende necessaria una risposta reattiva in tempi brevi per la definizione del quadro clinico, e delle prestazioni ambulatoriali offerte all'interno dei protocolli di gestione dei pazienti affetti da patologie croniche (PDTA).

È stato pertanto avviato il percorso per la definizione di regole e strumenti per consentire il governo delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

A livello prescrittivo, la Regione Lazio intende proseguire nel piano di diffusione della ricetta medica dematerializzata, di cui al DM del 2 novembre 2011, sia mediante la cooperazione applicativa con i sistemi in uso

presso le strutture ospedaliere e territoriali, MMG e PLS, sia mediante investimenti mirati alla diffusione degli strumenti tecnologici necessari alla prescrizione elettronica.

Tra le azioni di governo si intende rafforzare l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico, sia se trattasi di prestazioni in primo accesso che se trattasi di accesso successivo; inoltre le azioni poggiano sull'indicazione del tipo di accesso e, per le prestazioni in primo accesso, della Classe di priorità. L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiverà la richiesta da parte del medico di effettuare le prestazioni successive al primo accesso, le quali saranno prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

Al fine di raggiungere quest'ultimo obiettivo, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. Pertanto, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP.

Come strumento di governo della domanda, si prevede l'utilizzo del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Tale modello prevede:

- il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori;
- l'utilizzo di criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO"

Un ulteriore obiettivo regionale per il governo dei tempi di attesa è l'attuazione di interventi finalizzati a favorire l'appropriatezza delle prestazioni e la continuità delle cure, tra cui la definizione degli ambiti di garanzia territoriale per le prestazioni ambulatoriali secondo criteri di prossimità e complessità della prestazione, analisi della domanda di salute, ed una maggiore coerenza tra l'accreditamento nei diversi setting assistenziali facenti parte del medesimo soggetto erogatore.

Per la piena attuazione del Piano nazionale e regionale di governo delle liste di attesa, infine, l'obiettivo regionale sarà di implementare l'informatizzazione del processo di prescrizione, prenotazione ed erogazione, al fine di permettere il monitoraggio delle attività, rilevare le criticità e permettere l'accesso alle cure in modo uniforme in tutto il territorio regionale.

Linee di intervento

1. approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2019-2021,
2. definizione delle prestazioni erogabili negli Ambiti territoriali di Garanzia;
3. Approvazione dei Piani attuativi aziendali
4. stipula accordi con MMG e PLS per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa. LazioCREA svilupperà soluzioni tecnologiche per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate direttamente da parte dei MMG, PLS e Specialisti Ospedalieri e Territoriali
5. concessione alle Aziende Sanitarie Locali della capacità negoziale di contrattare quota parte del budget con gli erogatori privati e con le Aziende Ospedaliere/IRCCS per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento previsti
6. adozione degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012.
7. messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali, ~~anche se riservate e non prenotabili~~, di prenotazione, pubbliche e private accreditate, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI. Sarà ribadito che i calendari per le prenotazioni non potranno essere chiusi;
8. miglioramento dell'integrazione tra i sistemi di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle attività ed il Fascicolo Sanitario Elettronico, al fine di permettere il monitoraggio delle attività le azioni di

monitoraggio *ex post* ed *ex ante* delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale che in libera professione (rif. Regolamentazione regionale dell'ALPI);

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- LazioCREA
- MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali
- Associazioni di pazienti/cittadini

Risultati attesi e tempistiche

1. Approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2019-2021 entro agosto 2019
2. Definizione delle prestazioni erogabili negli Ambiti territoriali di Garanzia entro ottobre 2019
3. Piani attuativi aziendali entro dicembre 2019 e monitoraggio periodico trimestrale dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa
4. Stipula accordi con PLS, MMG e Specialisti Ambulatoriali entro i termini previsti per il rinnovo al fine di consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa entro il 30 giugno 2020
5. adozione di un provvedimento che attribuisca capacità negoziale per le Aziende Sanitarie di contrattare quota parte del budget con gli erogatori privati e con le Aziende Ospedaliere per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento previsti, annuale entro luglio di ogni anno
6. adozione degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012 entro 31 dicembre 2020;
7. messa a regime della gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agende digitali e configurate per classi di priorità, ~~anche se riservate e non prenotabili~~, di prenotazione, pubbliche e private accreditate, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI per step progressivi con l'inserimento di tutti gli erogatori privati nel sistema RECUP entro dicembre 2021.
8. Monitoraggio delle attività indicate nel PRGLA, da completare entro dicembre 2021.

17.7 Cure domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti

Con DCA n. 283 del 7 luglio 2017 sono stati definiti i requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari, il percorso di accreditamento e le linee guida per la selezione del contraente. Lo stesso provvedimento ha definito il fabbisogno assistenziale, a livello regionale e di singola ASL. Successivamente il DCA 95 del 22 marzo 2018 ha approvato le nuove tariffe per le attività di cure domiciliari, coerenti con i nuovi requisiti, nonché le modalità di qualificazione dei soggetti erogatori per le tre fasce di intensità assistenziale "bassa", "media" e "alta" e le linee guida a cui le ASL dovranno attenersi per la selezione del contraente dall'elenco dei soggetti accreditati. Infine il DCA n. 519 del 28 dicembre 2018 ha approvato l'elenco, per ASL, dei soggetti erogatori accreditati e la relativa fascia di qualificazione.

L'anno 2020 vedrà il completamento del passaggio da una erogazione dei servizi sulla base di capitolati di gara e aggiudicazioni ad un sistema fondato su autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione dei *provider* di

cure domiciliari per non autosufficienza. Con ciò perseguendo l'incremento della copertura della popolazione ultra-sessantacinquenne presa in carico per le cure domiciliari, secondo quanto previsto dallo standard "griglia di valutazione LEA", e la maggiore omogeneità territoriale dell'offerta.

Coerentemente con il ridisegno dell'offerta di servizi domiciliari, andrà rivista la configurazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti, in un unico quadro di potenziamento dell'offerta territoriale volto al conseguimento degli obiettivi di erogazione LEA.

Linee di intervento

1. Gestione del percorso di transizione al nuovo modello organizzativo di cure domiciliari per persone non autosufficienti, in coerenza con quanto disciplinato dal DCA n. U00095/2018, attraverso l'istituzione di un apposito tavolo tecnico per la gestione della fase transitoria. Previsione di un incremento relativo alle risorse economiche rese disponibili per questo setting assistenziale al fine di aumentare il numero delle persone prese in carico a domicilio.
2. Sviluppo delle azioni a favore delle persone non autosufficienti in coerenza con quanto previsto dal Piano Cronicità.
3. Revisione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti attraverso la istituzione di apposito gruppo di lavoro per individuazione degli standard di riferimento e la conseguente rideterminazione del fabbisogno, in coerenza con le linee di intervento precedenti.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria degli HCP

Risultati attesi e tempistiche

Linea di intervento 1:

1. Adozione del provvedimento regionale di potenziamento delle reti territoriali entro il 31 luglio 2019.
2. Disponibilità di un elenco di soggetti erogatori accreditati per le cure domiciliari per ASL entro 31 marzo 2019.
3. Contrattualizzazione da parte delle ASL dei soggetti erogatori ADI a partire da gennaio 2020.

Linea di intervento 2:

Raggiungimento dello standard LEA di copertura in cure domiciliari della popolazione ultrasessantacinquenne entro 31 dicembre 2020.

Linea di intervento 3:

Adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di fabbisogno di residenzialità e semi residenzialità per persone non autosufficienti entro 30 giugno 2020.

17.8 [Il ruolo delle cure Primarie](#)

Tra le azioni strategiche dei Programmi operativi si colloca la definizione di un modello organizzativo di riferimento delle cure primarie per la regione Lazio, in grado di mettere in rete le forme associative della medicina generale e della pediatria di libera scelta con i principali nodi dell'offerta di servizi territoriali che trovano nel distretto la loro collocazione:

- Servizi di prevenzione
- Servizi di continuità assistenziale
- Specialistica ambulatoriale

- Salute mentale e dipendenze
- Infermieristica di Comunità
- Ospedali di Comunità
- Servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi e per la non autosufficienza
- Cure domiciliari
- Reti delle cure palliative e della terapia del dolore
- Consultori familiari
- Farmacie dei servizi

Nella Regione Lazio operano forme associative della Medicina generale denominate Unità di Cure Primarie (UCP), a cui ad oggi aderiscono 3.872 medici di medicina generale, pari all'86% dei medici in servizio. Attualmente le UCP sono 601, con un minimo di 3 medici (nelle zone disagiate) ed un massimo di 16.

Attraverso il referente dell'UCP si realizza il raccordo con il Distretto, soprattutto per quanto concerne la medicina di iniziativa e la presa in carico dei pazienti cronici. Nell'ambito del nuovo accordo integrativo regionale con la medicina generale dovranno essere definite le modalità attuative delle AFT e delle UCCP nonché le loro relazioni con la rete territoriale.

A supporto del modello organizzativo e in coerenza con esso vanno ulteriormente sviluppati Sistemi informativi territoriali che garantiscano la disponibilità di informazioni relative all'assistito nei diversi punti della rete e che, al contempo, assolvano ai previsti debiti informativi.

Obiettivo del nuovo modello organizzativo è rispondere efficacemente ai bisogni sanitari delle persone legati sia a condizioni di nuova insorgenza che a malattie croniche e ai loro esiti, alle condizioni di fragilità e di complessità sociosanitaria. Il modello di lavoro dovrà basarsi sulla attività di équipe multi disciplinari, che affrontino la cronicità in un'ottica proattiva e di equità di accesso alle cure, all'interno di un Distretto orientato alla valutazione dei bisogni e alla costruzione di risposte sanitarie integrate, anche secondo il modello organizzativo della Casa della Salute.

Le Cure Primarie rappresentano uno dei principali elementi a sostegno del Piano Cronicità. Già nel DCA 565/2017 è espressamente prevista l'effettiva presa in carico del paziente cronico/fragile da parte del medico di medicina generale attraverso il monitoraggio informatico della stessa e la verifica dell'adesione ai PDTA della popolazione interessata. Analoghe previsioni sono riportate nel DCA 40/2018 con riferimento al ruolo dei pediatri di libera scelta nella gestione delle patologie croniche. Inoltre, anche in applicazione del Piano Regionale per le Cronicità, saranno identificati ruoli e funzioni per gli specialisti ambulatoriali convenzionati. Infine, si intende valorizzare il ruolo attivo dell'infermiere nella gestione del paziente cronico.

La messa in rete dei vari ambiti e il consolidamento della filiera assistenziale costituiscono un elemento determinante la qualità e l'efficacia della presa in carico del paziente cronico a livello territoriale. La modalità organizzativa preferenziale di erogazione delle cure primarie è individuata nelle UCP e UCCP. Obiettivo prioritario è l'attivazione di almeno una UCCP per distretto.

Merita infine richiamare come anche le **farmacie** costituiscano un importante punto di riferimento soprattutto per la persona con cronicità e per i suoi familiari, essendo un punto di accesso di grande capillarità e diffusione sul territorio: il loro coinvolgimento attivo può facilitare il conseguimento di significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria e di aderenza ai trattamenti, nel rispetto di protocolli condivisi con il team di cura.

Linee di intervento

1. Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie per il consolidamento delle UCP e lo sviluppo delle AFT e delle UCCP.

2. Nuovo Accordo integrativo regionale con Medicina generale e Pediatria di libera scelta, in coerenza con le linee strategiche previste dal Piano cronicità e con l'emanando ACN.
3. Accordo integrativo regionale con gli specialisti ambulatoriali convenzionati, a sostegno del Piano cronicità.
4. Definizione di un modello di infermieristica territoriale (ambulatoriale e di comunità) e di specifici percorsi formativi, con relativo repertorio prestazionale e corrispondente sistema informativo
5. Sviluppo di un modello di farmacia dei servizi integrato con le cure primarie.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- MMG e PLS
- Specialisti
- OPI
- Federfarma

Risultati attesi e tempistiche

1. Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie entro il 31/3/2020;
2. Individuazione modalità attuative di costituzione e funzionamento delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) entro il 31/03/2020;
3. Nuovo accordo integrativo con MMG, PLS e Specialisti convenzionati entro 30/09/2020;
4. Documento di indirizzo su ambulatori infermieristici e infermieristica di comunità e definizione di un nomenclatore delle prestazioni infermieristiche entro 30/06/2021.
5. Documento di indirizzo su farmacie dei servizi integrate nelle cure primarie entro il 31/12/2020.

17.9 [Case della salute](#)

Regione Lazio ha intrapreso un percorso di investimenti e di miglioramenti organizzativi nell'ambito delle attività distrettuali volti a favorire un maggiore accesso ai servizi ed una pronta e integrata risposta ai bisogni e alle necessità assistenziali delle persone, a beneficio soprattutto delle fasce più deboli e delle persone con cronicità. In particolare, alcuni modelli organizzativi innovativi favoriscono l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, come nell'esempio delle Case della Salute, nodo di integrazione intelligente dei servizi che, con ampia copertura di orario assistenziale e prestazioni offerte, è in grado di incrementare l'accessibilità e contribuire anche all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Nella tabella di seguito riportata si rappresenta lo stato di attivazione / programmazione delle Case della Salute nella Regione Lazio.

Case della Salute attive e programmate			
ASL	Municipio/Distretto	Finanziamento regionale	Stato
Roma 1	I	si	Attivata
	XV	si	Attivata
	I	si	Entro 31/12/2021
	II	si	Entro 31/12/2021
	III	no	Entro 31/12/2021
Roma 2	V	si	Attivata
	VI	si	Attivata
	IV	no	Entro 31/12/2021
	VII	si	Entro 31/12/2019
	IX	no	Entro 31/12/2021
Roma 3	X	si	Attivata
	Fiumicino	si	Entro 31/12/2019
Roma 4	2	si	Attivata
	4	si	Entro 31/12/2020
	4	no	Entro 31/12/2021
Roma 5	G5	si	Attivata
	G2	si	Attivata
	G2	si	Entro 31/12/2021
Roma 6	H1	si	Attivata
	H6	si	Entro 31/12/2019
Frosinone	B	si	Attivata
	B	si	Attivata
	B	si	Attivata
	C	no	Attivata
	D	si	Attivata
Latina	1	si	Entro 31/12/2019
	3	si	Attivata
	3	no	Attivata
	5	si	Entro 31/12/2021
Rieti	2	si	Attivata
Viterbo	A	si	Attivata
	A	si	Attivata
	B	si	Entro 31/12/2021

Come si evince dalla tabella sopra riportata, ad oggi sono attive 19 Case della Salute e 14 sono in programmazione entro il 2021.

Linee di intervento

- Proseguimento nell'attivazione di ulteriori Case della Salute (ad oggi ne sono operanti 19) nei territori che ne sono sprovvisti, sulla base di specifici finanziamenti programmati e secondo uno standard strutturale e funzionale modulare.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- MMG e PLS
- Specialisti
- OPI

Risultati attesi e tempistiche

- Attivazione delle 14 Case della Salute entro il 31/12/2021.

17.10 Le attività dei consultori

Consolidamento delle attività consultoriali e dei percorsi socioassistenziali previsti dal DCA 152/2014, con particolare riferimento alla procreazione responsabile e alla violenza di genere.

Linee di intervento

1. Monitoraggio annuale delle attività consultoriali riferite ai percorsi socioassistenziali, attraverso la scheda di raccolta dati;
2. Predisposizione di una scheda *ad hoc* finalizzata alla raccolta dei dati e al monitoraggio degli interventi rivolti alle donne e ai minori che hanno subito violenza.
3. Progetto sperimentale, della durata di 18 mesi, previo parere tecnico del Ministero della Salute e del Ministero Economia e Finanze già richiesto, per eseguire la IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori familiari, funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere. (n. 1 C.F. in collegamento funzionale con un Reparto di Ostetricia e Ginecologia di una struttura ospedaliera). Istituzione di un tavolo tecnico per il monitoraggio delle attività, verifica di fattibilità ed eventuale adeguamento dei requisiti minimi e di accreditamento;
4. Emanazione di disposizioni regionali per la disponibilità e gratuità, presso i Consultori familiari, del test urinario per la diagnosi di gravidanza per le minori e le fasce disagiate.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio annuale entro il 31 dicembre di ogni anno
Istituzione di un tavolo tecnico per la sperimentazione della IVG farmacologica presso il Consultorio familiare previo parere positivo ministeriale: dicembre 2019.
2. Attivazione Progetto sperimentale per IVG farmacologica presso il Consultorio familiare previo parere positivo ministeriale: giugno 2020.
3. Verifica Progetto sperimentale: giugno 2021.
4. Emanazione provvedimento per la disponibilità e gratuità del test urinario: dicembre 2020.

17.1 L'offerta di cure palliative e rete per la terapia del dolore

Nel rispetto della Legge 38/2010, dell'Intesa Stato Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012 e dell'art. 23 del DPCM 12 gennaio 2017 risulta necessario implementare la rete locale di cure palliative ed in particolare: 1) riorganizzare le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) sia di base che specialistiche per pazienti oncologici e non dell'età adulta; 2) realizzare, come previsto dal DCA n. U00169/2014, l'Hospice pediatrico finalizzato a

soddisfare la carenza relativa al fabbisogno assistenziale dei bambini con patologia inguaribile eleggibile alle CP e alle loro famiglie, nonché il relativo Centro di Riferimento per la terapia del dolore e le CP rivolte al minore.

Per quanto concerne la presa in carico delle persone nella fase del fine vita, Regione Lazio identificherà uno specifico percorso assistenziale (PDTA) che integri la componente di assistenza ospedaliera, quella di assistenza residenziale (Hospice) e le Cure palliative domiciliari di base e specialistiche, al fine di favorire i necessari e appropriati cambi di setting e dare maggiore unitarietà alla risposta assistenziale.

Per quanto riguarda la terapia del dolore, con DCA 568/2015 è stata istituita la specifica rete regionale, in attuazione della Legge n. 38/2010. Lo stesso provvedimento individua i Centri Hub e Spoke della rete, i criteri di eleggibilità dei pazienti, il fabbisogno territoriale, i requisiti minimi dei Centri. In particolare, al Policlinico Umberto I, a cui afferiscono 11 centri Spoke, e al Policlinico Tor Vergata, a cui afferiscono 10 centri Spoke, viene confermata la funzione di Centro Hub. Con Determinazione G17760/2018 viene inoltre costituito il Coordinamento regionale della Rete per la terapia del dolore. Attraverso le attività del Coordinamento regionale, si prevede di monitorare e valutare le attività dei Centri Hub e Spoke, individuando eventuali problematiche organizzative e promuovendo azioni di miglioramento. E' prevista infine entro dicembre 2019 l'attivazione del codice 96 per le strutture che erogano prestazioni per la terapia del dolore.

Linee di intervento

1. Per quanto riguarda la riorganizzazione delle UCPD sono previste le seguenti azioni: a) predisposizione di un documento tecnico sui criteri di eleggibilità; b) predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei soggetti Erogatori delle cure palliative domiciliari; c) definizione del sistema tariffario delle prestazioni erogabili dalle UCPD in coerenza con i nuovi requisiti.
2. Per la realizzazione di un Hospice pediatrico con 10 p.r., per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di Riferimento risulta necessario: a) predisporre un documento tecnico per la definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento; b) ridefinire il sistema tariffario; c) attivare il Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni da erogare.
3. Per la definizione del percorso assistenziale risulta necessario attivare un tavolo di lavoro per la costruzione del percorso prevedendo specifici strumenti di integrazione informativa/informatica tra i diversi attori della filiera assistenziale.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria del privato accreditato
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Risultati attesi e tempistiche

LINEA DI INTERVENTO 1:

1. Adozione di provvedimento regionale relativo ai criteri di eleggibilità e ad interventi di Cure Palliative Domiciliari modulati per intensità assistenziale entro dicembre 2019
2. Adozione di provvedimenti regionali sulla definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei soggetti Erogatori delle UCPD entro dicembre 2019
3. Definizione del sistema tariffario entro dicembre 2019
4. Messa a regime del nuovo sistema entro il dicembre 2021

LINEA DI INTERVENTO 2:

1. Adozione di provvedimenti regionali per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per Hospice pediatrico entro dicembre 2019;
2. Definizione del sistema tariffario entro marzo 2020;
3. Avvio delle procedure per l'apertura dell'Hospice pediatrico con 10 p.r. entro dicembre 2021;
4. Attivazione del relativo Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico per pazienti oncologici e non, con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni da erogare entro dicembre 2021.

LINEA DI INTERVENTO 3:

1. Adozione del PDTA fine vita entro il 31 dicembre 2020
2. Introduzione del codice 96 per le strutture che erogano prestazioni per la terapia del dolore a partire dal 1 gennaio 2020

18. Governance farmaci e dispositivi medici

Obiettivo primario della Regione Lazio è garantire la qualità dell'assistenza farmaceutica, assicurando ai cittadini farmaci con il migliore profilo beneficio-rischio, nel rispetto dei budget assegnati a livello nazionale. Nell'ambito della governance farmaceutica un ruolo significativo è rappresentato dall'incremento progressivo dei prezzi e dei costi di trattamento dei nuovi farmaci. Il sistema farmaceutico è in forte evoluzione sia per quanto riguarda l'immissione in commercio di farmaci altamente innovativi, sia per l'applicazione dei nuovi meccanismi di pay back, che dovranno essere semplificati al fine di dare certezza di applicazione a tutti i soggetti coinvolti, e superare il sistematico ricrearsi di contenzioso. In tale ambito la regione sarà chiamata ad operare scelte coerenti con quanto previsto dal documento nazionale di governance farmaceutica. In particolare, la promozione dell'uso appropriato dei farmaci equivalenti erogati in convenzione e in distribuzione per conto è strettamente collegato alla sostenibilità della spesa farmaceutica nonché alla sostenibilità sociale a carico del cittadino, in considerazione del fatto che la quota di spesa differenziale fra prezzo di riferimento a carico del SSN e prezzo delle specialità di marca è posta per legge a carico del cittadino stesso. In merito ai farmaci biosimilari, considerato che le attuali conoscenze scientifiche sono tali da garantire la sovrapposibilità in termini di efficacia e sicurezza fra i farmaci originatori e i biosimilari, la promozione del loro utilizzo è strumento fondamentale per la sostenibilità del sistema. A tal fine la commissione regionale del Farmaco (CoReFa) sta avviando numerose iniziative per l'implementazione della prescrizione di farmaci biosimilari all'interno della classe con medesima indicazione terapeutica. Particolare attenzione deve essere rivolta al paziente cronico, polipatologico e con fragilità concomitanti, dove l'aderenza terapeutica e le interazioni farmacologiche rappresentano un nodo critico.

Nei provvedimenti adottati nel triennio, la Regione individuerà indicatori di monitoraggio per la valutazione dell'aderenza alle linee di indirizzo regionali su farmaci ad alto costo e ad alto rischio inappropriato.

Ai fini di una corretta programmazione delle risorse disponibili è indispensabile che la Regione avvii, con il supporto della CoReFa e del Dipartimento di Epidemiologia, le attività di Horizon Scanning al fine di programmare le risorse economiche necessarie, tenendo conto dell'aggiornamento dell'elenco dei farmaci innovativi e del delisting degli stessi.

Un settore di particolare rilevanza è rappresentato dalla prescrizione dei farmaci oncologici ad alto costo di trattamento nel finevita (3-6 mesi prima del decesso).

L'analisi delle prescrizioni e della spesa dei farmaci nel finevita, consente di verificare la essenzialità o meno dei trattamenti oncologici e un possibile deprescribing, non come atto di rinuncia o di abbandono, ma anzi come presa in carico complessiva del paziente nell'ambito delle terapie palliative, degli hospice e dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento alla qualità della vita.

In analogia alle azioni di governance in ambito farmacologico, la Regione dovrà avviare un adeguato sistema di monitoraggio dell'uso razionale dei dispositivi medici ad alto impatto tecnologico, correlandoli ai volumi di attività delle aziende sanitarie che operano in ambiti altamente specialistici.

18.1 Implementazione dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto

Promozione dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduti (equivalenti/biosimilari), con il miglior rapporto costo/indicazione autorizzata, all'interno della stessa classe terapeutica d'utilizzo, ai fini di un'efficienza allocativa delle risorse disponibili.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.
2. Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra che tenga conto dell'analisi prescrittiva regionale
3. Analisi prescrittiva regionale per struttura e reparto e valutazione d'uso di farmaci con diverso meccanismo d'azione ma medesima indicazione terapeutica.

4. Approvazione del documento in COREFA e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione.
5. Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- COREFA
- MMG e PLS
- Specialisti ospedalieri
- AIFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori di monitoraggio in rapporto ai consumi entro il 30.05.2019
2. Sviluppo di un modello di budget impact triennale entro il 30.07.2019
3. Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento dei prescrittori all'interno del singolo ente entro il 31/12/2019
4. Razionalizzazione della spesa entro il 30.07.2019
5. Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti entro il 31/12/2019

18.2 [Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità](#)

La regione sta avviando una nuova governance dei dispositivi medici che applicando le metodiche HTA ne valuti il costo efficacia nonché l'impatto organizzativo di utilizzo nelle strutture sanitarie.

Il monitoraggio della spesa si avvarrà di indicatori per valutare l'incidenza del costo dei DM rispetto al valore della attività assistenziale erogata. Il rapporto tra la spesa per DM rilevata dai CE e la produzione (ospedaliera, specialistica, di pronto soccorso ecc.) identificherà la performance delle singole strutture monitorando l'appropriatezza clinica del DM.

In tale ottica si inserisce la realizzazione di uno studio comparativo di efficacia/sicurezza /costi e appropriatezza su dispositivi medici ad alto impatto tecnologico.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.
2. Analisi dati di utilizzazione delle tecnologie in esame e quelle di confronto.
3. Analisi comparativa d'uso dei DM impiantabili e dei costi diretti sanitari. Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.
4. Predisposizione di documento HTA.
5. Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Specialisti ospedalieri
- Ministero Salute

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori di monitoraggio entro il 31.12.2019
2. Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento delle Aziende Sanitarie rispetto agli indicatori di monitoraggio entro il 31.03.2020
3. Adozione dei Registri Dispositivi impiantabili entro il 31.12.2020
4. Predisposizione di documento HTA entro il 30.06.2020
5. Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR entro il 30.06.2021

18.3 Individuazione del budget file F per le strutture private accreditate: criteri e applicazione

Linee di intervento

1. Valutazione analitica dei consumi dei farmaci erogati/somministrati in file F e appropriatezza di uso.
2. Criteri di individuazione dei farmaci acquistabili direttamente dalle strutture private accreditate.
3. Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget.
4. Monitoraggio dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi

Soggetti coinvolti

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

Risultati attesi e tempistiche

1. Monitoraggio e programmazione dei consumi farmaci file F. delle strutture private accreditate (monitoraggio semestrale a partire dal 1 luglio 2019, programmazione annuale a partire dal 2019)
2. Aggiornamento semestrale degli elenchi di Farmaci e delle strutture (private accreditate) partecipanti al progetto (monitoraggio semestrale a partire dal 1 luglio 2019);
3. Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget (programmazione annuale a partire dal 2019);
4. Monitoraggio semestrale dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi a partire dal 1 luglio 2019.

18.4 Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al riallineamento della spesa farmaceutica a quella delle Regioni con la migliore performance

Governance della spesa farmaceutica convenzionata e dei farmaci in PHT (prontuario ospedale-territorio).

Linee di intervento

1. Valutazione della spesa storica ed analitica dei farmaci erogati in ambito territoriale/ convenzionale e analisi delle classi farmaceutiche ad alto impatto di spesa
2. Predisposizione di atto normativo per l'individuazione di linee di indirizzo prescrittive in ambito territoriale con il supporto del Corefa

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- COREFA
- AIFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Riduzione della spesa territoriale entro il 01/02/2020
2. Appropriately prescrittiva entro il 31.12.2020

18.5 [Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza](#)

Razionalizzazione e appropriatezza d'uso terapia antimicrobica

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e valutazione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
2. Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra, predisposto dal Corefa.
3. Approvazione del documento in COREFA e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione per la sua successiva diffusione e applicazione presso gli enti del SSR.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- COREFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Contenimento dei consumi di antibiotici ad alto livello di resistenza entro il 31.03.2020
2. Predisposizione di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale entro il 31.12.2019
3. Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento con il supporto del SERESMI entro il 30/06/2020

18.6 [Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso dei farmaci oncologici, con specifico riferimento al fine vita dei pazienti con patologia tumorale](#)

Verificare la essenzialità o meno dei trattamenti oncologici nel fine vita con un possibile deprescribing, non come atto di rinuncia o di abbandono, ma anzi come presa in carico complessiva del paziente nell'ambito delle terapie palliative, degli hospice e dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento alla qualità della vita.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci con focus sui trattamenti nel fine vita.
2. Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra, con il supporto del COREFA e per l'individuazione dell'uso dei farmaci oncologici con il miglior rapporto costo/indicazione terapeutica e valutazione d'uso nel SSR.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Esperti Onco-Ematologi
- COREFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale entro il 31.03.2020

2. Razionalizzazione delle spesa con focus su farmaci innovativi e potenzialmente innovativi entro il 30.06.2020

18.7 [Linee di appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronicità e per il monitoraggio e l'implementazione dell'aderenza terapeutica](#)

Implementazione dell'aderenza terapeutica nei farmaci per la cronicità; ciò richiede anche un ripensamento della prescrizione di alcuni farmaci per le patologie croniche con particolare riferimento al diabete, alle patologie respiratorie (BPCO - Asma) e ai nuovi farmaci per l'anticoagulazione orale (NAO).

Attualmente questi farmaci possono essere prescritti esclusivamente dagli specialisti ospedalieri, mentre nella presa in carico del paziente cronico dalle Comunità di pratica territoriale la prescrizione deve passare alla MMG, per non creare una discontinuità del percorso e la distribuzione a condizioni economiche vantaggiose deve avvenire per il tramite delle farmacie secondo un criterio di prossimità di cura.

Linee di intervento

1. Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci per le terapie cronica
2. Valutazione delle classi terapeutiche a minor aderenza e a maggior rischio ed elaborazione di un documento di sintesi con il supporto del Corefa.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- COREFA

Risultati attesi e tempistiche

1. Sviluppo di indicatori per il monitoraggio dell'aderenza entro il 31/12/2019
2. Proposta da parte del Corefa di linee di indirizzo per il monitoraggio e la valutazione dell'aderenza terapeutica per le strutture del SSR entro il 31.07.2019

18.8 [Sperimentazione attività farmacia dei servizi](#)

Attualmente la attività della farmacia è prevalentemente orientata alla distribuzione dei farmaci con una retribuzione basata sul prezzo ancorché regressivo dei medicinali.

In una visione moderna di inserimento della farmacia nell'ambito della Comunità di pratica per la presa in carico dei pazienti cronici, la farmacia va riorientata a fornire servizi al paziente, con specifico riferimento al miglioramento della aderenza terapeutica, alla cure domiciliari e alla integrazione con il team della Comunità di Pratica, retribuendo la farmacia stessa mediante onorario e quindi sganciando la remunerazione dal prezzo dei farmaci. Implementazione di progettualità con le farmacie di comunità al fine di monitorare l'appropriatezza e l'aderenza nelle terapie per la cronicità.

In tale ottica si potranno prevedere sperimentazioni di nuovi modelli assistenziali che siano di supporto al miglioramento della capacità del cittadino di far fronte alla cura al fine di promuovere l'aderenza alla terapia e migliorare la sicurezza delle cure con particolare riferimento alla riconciliazione farmacologica e alla segnalazione di reazioni avverse ai farmaci anche conseguenti ad errori terapeutici.

Un ruolo fondamentale potranno avere le farmacie di comunità nell'apertura del fascicolo sanitario che faciliterà la completa presa in carico dell'assistito cronico e polipatologico nonché ulteriori progetti di dematerializzazione del promemoria farmaceutico grazie all'attivazione del fascicolo farmaceutico

Le farmacie di comunità possono, inoltre, svolgere un ruolo importante nella prevenzione sia attraverso attività di informazione e formazione sia collaborando alla attività di screening, in particolare del colon retto.

Linee di intervento

1. Individuazione di procedure operative per la sperimentazione dei servizi svolti dalle farmacie di comunità in linea con quanto previsto dal tavolo nazionale per la farmacia dei servizi
2. Elaborazione di un progetto condiviso con le associazioni di categoria delle farmacie di comunità per il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e per i servizi di screening del colon-retto
3. Estrapolazione dati di consumo e spesa.

Soggetti coinvolti

- Regione Lazio
- Aziende Sanitarie
- Associazioni di categoria delle farmacie.

Risultati attesi e tempistiche

1. Recepimento delle linee di indirizzo nazionale entro il 30.09.2019
2. Avvio della sperimentazione entro il 31.12.2019
3. Sviluppo di indicatori di valutazione entro il 30/06/2020

19. Investimenti in patrimonio e tecnologie

I fabbisogni

Gli investimenti in conto capitale hanno, per propria natura, un orizzonte temporale più ampio rispetto alle spese in conto corrente e, pertanto, in prosecuzione e nel solco dei Programmi Operativi 2016-2018, gli interventi sul patrimonio immobiliare e tecnologico sono finalizzati al completamento del percorso di messa a norma ed in sicurezza, di adeguamento tecnologico e di ristrutturazione degli spazi sanitari (per acuti finalizzato al riordino delle reti ed il rafforzamento dei nodi oltre al rafforzamento dell'offerta territoriale), in ottemperanza a quanto prescritto dal DM 70 del 2.4.2015.

Il quadro degli investimenti da programmare è da leggere nel contesto generale di riorganizzazione non solo della rete ospedaliera, ma dell'intero sistema sanitario regionale; pertanto gli interventi stessi possono intendersi obiettivo connesso al nuovo piano di riordino della rete ospedaliera e territoriale, di qualificazione dell'assistenza specialistica, di connessione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale e alla messa a norma degli spazi destinati alla salute.

La rilevazione dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (di seguito denominati Aziende) è attività propedeutica alla programmazione degli investimenti ed è stata sistematizzata con l'istituzione dell'archivio anagrafico del patrimonio delle ASL (Determinazione Direttore Regionale del 4.7.2017).

Il 49% del fabbisogno si riferisce a obiettivi di sicurezza, in particolare a interventi con finalità strettamente riguardanti l'adeguamento antincendio (essenziale per via della normativa vigente -DM 19 marzo 2015- che prevede una serie di scadenze tra il 2016 e il 2025 per l'adeguamento alle nuove prescrizioni) e antisismico; il 37% dell'importo di richiesta di finanziamento riguarda interventi di potenziamento e riorganizzazione dell'attività sanitaria; il 14% si riferisce alla conservazione e mantenimento delle condizioni d'uso dei locali relativi all'attività sanitaria e delle tecnologie.

Le strutture sanitarie rivestono un ruolo strategico anche in caso di calamità, quando sono chiamate a svolgere un'importantissima funzione di soccorso alla popolazione, garantendo l'efficace prosecuzione delle prime operazioni di pronto intervento sanitario avviate sul campo.

Il programma di investimento per l'edilizia sanitaria è stato quindi definito in coerenza a:

- gli obiettivi di adeguamento a requisiti strutturali di sicurezza in relazione alle risorse disponibili;
- le esigenze aziendali (fattibilità degli interventi);
- le politiche di investimento e le strategie di sviluppo (priorità degli interventi).

La valutazione delle assegnazioni di finanziamento e la loro calibrazione quali-quantitativa è effettuata a partire dal quadro conoscitivo di monitoraggio e dall'estrazione di dati attraverso report.

Le macro attività di seguito indicate sono articolate in singole progettualità che vengono dettagliate e specificate nell'Allegato 1:

- gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati.
- strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento.
- strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale

Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati

I finanziamenti ed i progetti in corso di esecuzione si riferiscono a linee di nuovi investimenti attivati nel periodo 2013-2018. A ciò si aggiungono gli investimenti precedentemente attivati, sia statali che regionali.

Il monitoraggio procedurale e finanziario degli interventi finanziati viene effettuato con i dati relativi al piano finanziario dei singoli interventi, attraverso la verifica dello stato di attuazione della spesa sia in rapporto al quadro economico iniziale, sia alle eventuali variazioni in corso di realizzazione, confrontata con il cronoprogramma di progetto approvato dalla Regione Lazio.

Inoltre, si procederà al monitoraggio dell'aggiornamento del flusso informativo sulle grandi tecnologie da parte delle Aziende Sanitarie previste nel DM 22.4.2014.

In riferimento agli adempimenti LEA, si evidenziano e confermano per il triennio 2019-2021 le attività riguardanti la condivisione dello stato di avanzamento con i delegati aziendali, l'approfondimento e controllo dei dati pubblicati dalle strutture, la predisposizione dell'autocertificazione regionale, la condivisione con il Ministero della Salute delle modalità di formalizzazione dell'autocertificazione.

Linee di intervento

1. proseguimento del monitoraggio del percorso di adeguamento degli immobili - di proprietà delle Aziende del SSR - alla normativa vigente attraverso la manutenzione straordinaria, la riqualificazione e la ristrutturazione di presidi sanitari, compatibilmente con i finanziamenti assegnati e in coerenza agli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica predisposte dalle Aziende Sanitarie;
2. proseguimento del monitoraggio dell'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR (programmazione triennale ed aggiornamento annuale);
3. proseguimento del monitoraggio e della ricognizione dei finanziamenti regionali assegnati per le manutenzioni straordinarie edili/impiantistiche e per le tecnologie sanitarie, e di quelli assegnati per obiettivi specifici dei precedenti programmi operativi;
4. aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia;
5. monitoraggio del flusso informativo delle grandi apparecchiature NSIS (ai sensi del DM 22.04.2014) finalizzato anche all'aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Ministero della Salute
- Ministero dell'Economia e delle Finanze
- Cassa Depositi e Prestiti
- Laziocrea

Risultati attesi e tempistiche

1. (linee di intervento da 1 a 3) monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione: semestrale;
2. (linea di intervento 4 e 5) predisposizione dell'autocertificazione regionale, a partire dalla verifica e condivisione formale con i Direttori Generali degli elenchi forniti per l'anno 2019, 2020, 2021 (Adempimento LEA): entro il primo semestre successivo all'anno di riferimento

Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento

Con DM del 25.1.2018 (Ministero della Salute) e DPCM del 24.12.2018 è stato ratificato il riparto del fondo per il Lazio nell'ambito del piano triennale di investimenti con uno stanziamento a favore della Regione Lazio di € 173.166.814,00 (Fondi Strutturali ex comma 140) e € 286.776.348,00 (Fondi INAIL ex comma 602-603), da destinare prioritariamente alla realizzazione di nuovi presidi sanitari, attraverso la costruzione di nuovi edifici ubicati in punti strategici per il territorio regionale, con particolare riferimento agli interventi in zona sismica 1, oltre alla riconversione di un Presidio in attività di servizio al territorio. Il riparto stanziava anche fondi lo sviluppo tecnologico e l'ampliamento dell'IRCCS IFO, HUB della rete oncologica.

Al fine di consentire alle Aziende Sanitarie di individuare le più efficaci soluzioni innovative in ambito sismico e tecnologico per gli interventi finanziati con la Legge 232/2016, la Regione Lazio intende attivare collaborazioni con le Università pubbliche, tramite la stipula di apposito Protocollo d'intesa.

Inoltre, nell'ottica di intervenire a superare la frammentazione e le disomogeneità aziendali e concentrare l'operatività verso la fissazione di standard regionali uniformi, velocizzando le procedure tipiche dell'attuazione degli investimenti, le Aziende Sanitarie si avvarranno del supporto operativo e tecnico dell'Azienda Lazio.0.

Finanziamenti in conto capitale	a carico dello Stato	a carico della Regione	a carico di altri Enti	Totale	
Piano decennale edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/88 III fase (Stralcio 1.A) - DGR 861/2017: 82 Schede	€ 251.219.035,23	€ 13.222.054,49	-	€ 264.441.089,72	Progettazioni e degli interventi in corso da parte delle Aziende
Piano Decennale Edilizia Sanitaria ex Art. 20 L 67/88 III Fase (Stralcio 1.B1) – DCA U00469/2018 – 18 Schede	€ 103.641.933,81	€ 4.174.838,62	€ 1.280.000,00	€ 109.096.772,43	In attesa di ratifica da parte dei Ministeri sovraordinati
Fondi Statali - Piano Decennale Edilizia Sanitaria ex Art. 20 L 67/88 III Fase (Stralcio 1.B2)	€ 208.410.410,38	€ 10.968.968,97	-	€ 219.379.379,35	In programmazione
Adeguamento alla normativa antincendio – CIPE 16/2013 - DGR 180/2018 – 20 Schede	€ 8.478.589,51	€ 446.241,55	-	€ 8.924.831,06	Progettazioni e degli interventi in corso da parte delle Aziende
Art. 71 L. 448/98 – Policlinico Umberto 1	€ 103.495.798,78	€ 88.750.733,71	-	€ 192.246.532,49	Progettazioni e degli interventi da parte delle Aziende
Art. 71 L. 448/98 – Ospedale Sant'Andrea	€ 104.995.687,58	-	-	€ 104.995.687,58	Progettazioni e degli interventi da parte delle Aziende
Piano decennale edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/88 I fase - Ospedale di Belcolle	€ 34.344.383,79	€ 1.807.599,15	-	€ 36.151.982,94	Lavori in corso
Legge 232/2016 art. 1, comma 140 – 4 Schede	€ 173.166.814,00	€ 0,00	-	€ 173.166.814,00	In attesa di convenzione con il Ministero della Salute
Legge 232/2016 art. 1, comma 602-603 - Fondi INAIL	€ 286.776.348,00	€ 0,00	-	€ 286.776.348,00	In attesa di attivazione con INAIL
TOTALE FINANZIAMENTI	€ 1.274.529.001,08	€ 120.650.436,49	-	€ 1.395.179.437,57	

Linee di intervento

1. Innovare la rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali e la riconversione ad altre funzioni di parte del patrimonio ospedaliero non più disponibile all'adeguamento attraverso l'avvio dell'attuazione degli investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1 comma 140 (Riparto del fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese - € 173.166.814,00) e comma 602 (Fondi INAIL – € 286.776.348,00 – finalizzati anche alla realizzazione del “Nuovo Ospedale del Golfo” e del “Nuovo Ospedale di Sora”).
2. Avviare l'assegnazione di finanziamento degli investimenti ex art 20 L. 67/88 relativi allo Stralcio 1.B1, dopo la ratifica dell'Accordo di Programma da parte dei Ministeri sovraordinati (€ 109.096.772,43).
3. Attivare le procedure propedeutiche alla programmazione degli interventi a completo utilizzo dell'importo stanziato nell'ambito dell'Art. 20 L. 67/88, denominato Stralcio 1.B2 per importo di € 219.379.379,35.
4. Attivare le procedure propedeutiche all'attivazione dei nuovi investimenti previsti nella Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 art. 1 comma 555 (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2021) per i fondi ad investimento finalizzati sia alla realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri della rete (es. “Nuovo Ospedale della Tiburtina”, “Nuovo Ospedale di Rieti”) sia alla riconversione degli esistenti.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Azienda Lazio.0
- Ministero della Salute
- Ministero dell'Economia e delle Finanze
- INAIL
- Università
- LazioCrea

Risultati attesi e tempistiche

1. (linea di intervento 1 e 2) Adozione di provvedimento regionale di recepimento dell'Accordo di Programma finalizzato all'assegnazione dei finanziamenti alle Aziende Sanitarie (per lo Stralcio 1.B1 ex art 20 L. 67/88: entro 31.12.2019); Definizione dell'accordo INAIL (31.12.2020)
2. (linea di intervento 3) Aggiornamento del fabbisogno delle Aziende sanitarie in termini di tecnologie, adeguamento e messa a norma, manutenzioni, ristrutturazioni e riqualificazione del sistema edilizio ed impiantistico delle strutture ad uso sanitario (31.12.2019)
3. (linea di intervento 3) Definizione degli interventi da inserire nello stralcio 1.B2 ex art 20 L. 67/88 e successiva adozione del provvedimento regionale di programmazione degli investimenti (31.12.2020)
4. (linea di intervento 4) Definizione degli interventi da inserire nei finanziamenti di cui alla Legge n. 145/2018 (31.12.2020)

Strategie di razionalizzazione, ottimizzazione e semplificazione delle procedure per i finanziamenti in conto capitale

Nell'ottica della razionalizzazione delle procedure per l'assegnazione delle risorse disponibili, al fine di perseguire gli obiettivi prefissati, sono programmate attività nel triennio finalizzate a:

- semplificazione delle procedure di trasmissione, di valutazione e di controllo dei progetti trasmessi dalle Aziende;
- standardizzazione dei processi;

- semplificazione delle politiche di finanziamento e di gestione dei fondi.

Nell'ottica di semplificazione delle procedure e standardizzazione dei processi delle politiche di finanziamento e di gestione e monitoraggio dei fondi assegnati, si intende avviare un progetto finalizzato alla realizzazione di un sistema informativo che interessi le fasi dalla programmazione all'assegnazione delle risorse in conto capitale, fino alla valutazione ed approvazione dei progetti, all'esecuzione e al monitoraggio degli interventi e iscrizione nel patrimonio aziendale.

Il nuovo sistema informativo di gestione dell'iter dei programmi di investimento sarà, pertanto, destinato ad integrare le attuali procedure, e contestualmente, fornire gli elementi di supporto alle scelte per la programmazione ed assegnazione dei finanziamenti, al fine di ottenere un'efficace gestione e monitoraggio degli interventi.

Tale strumento informatico dovrà avere le seguenti finalità, partendo dai presidi ospedalieri:

- acquisire, in un archivio centralizzato, una serie di informazioni relative agli interventi edilizi ed alle tecnologie sanitarie proposti dalle Aziende Sanitarie Regionali rispetto ai piani di investimento a cui fanno riferimento (es. patrimonio; modulistica ecc.), *user friendly* per le procedure che le aziende dovranno adottare;
- fornire una serie di elaborazioni statistiche per la Regione e le Aziende Sanitarie Regionali (es. costi sostenuti per gli interventi in relazione alla tipologia), anche georeferenziate;
- costituire la base dati che consentirà la migrazione degli stessi nel sistema informativo sanitario nazionale "Osservatorio degli Investimenti in Sanità (NSIS)".

Il monitoraggio puntuale dei finanziamenti assegnati, con trasparenza del procedimento e riduzione dei tempi di attuazione degli interventi.

Linee di intervento

1. monitoraggio del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie, con la duplice finalità di definirne sistematicamente la consistenza per l'ottimizzare e la programmazione degli investimenti (antincendio, antisismica, ecc.)
2. semplificazione delle procedure di trasmissione, di valutazione e di controllo dei progetti predisposti dalle Aziende sanitarie;
3. standardizzazione dei processi e semplificazione delle politiche di finanziamento e di gestione dei fondi.

Soggetti interessati

- Regione Lazio
- Aziende sanitarie
- Laziocrea

Risultati attesi e tempistiche

1. ((linea di interventi 1) Predisposizione di Report biennali a partire dal 31/12/2019
2. Predisposizione di linee guida (30.03.2020)
3. (linea di intervento 3) Predisposizione dello Studio di fattibilità Tecnico Economica del Sistema Informativo (30.06.2020)

20. Tendenziale, Programmatico e descrizione delle manovre

20.1 Tendenziali 19-21

Il risultato economico di gestione del SSR della regione Lazio era in disavanzo nel 2016 di 136,5 €/mln e nel 2017 di 45,7 €/mln; il Consuntivo 2018 registra, invece, un risultato economico positivo pari a 24,5 €/mln. Tali risultati sono stati raggiunti senza considerare le somme spettanti alla Regione dal *Pay-back* da ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera/acquisti diretti (risultano iscritti nei CE a tutto il 2018 93,1 €/mln rispetto ad una stima di oltre 300 €/mln per il periodo 2013-2018).

Per il triennio 2019-2021 si stima che, il risultato economico tenderà a migliorare per effetto di un incremento dei ricavi (CAGR '21-'18 pari a 1,8%) maggiore rispetto ai costi (CAGR '21-'18 pari a 0,9%), con un risultato economico tendenziale pari a 95 €/mln per il 2019, 163,7 €/mln nel 2020 e 207,8 €/mln nel 2021.

Nel triennio 2019-2021 si prevedono incrementi di costi complessivi per 277 €/mln, principalmente dovuti alle voci Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati per 152,7 €/mln, Altri Beni e Servizi per 61,6 €/mln e Prestazioni da Privato per 113,8 €/mln.

Le Componenti Finanziarie e Straordinarie, nel 2018, contribuiscono per ulteriori 148,8 €/mln complessivi, portando il risultato economico di 24,5 €/mln.

Tabella 1: Evoluzione tendenziale del Conto Economico

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A1 Contributi F.S.R.		10.450,6	10.622,6	10.717,3	10.836,5	11.029,9	11.175,0	457,7	1,4%
A2 Saldo Mobilità		(197,7)	(268,4)	(289,1)	(266,9)	(253,3)	(253,3)	35,8	-4,3%
A3 Entrate Proprie		390,9	378,7	370,4	449,1	438,0	438,0	67,6	5,7%
A4 Saldo Intramoenia		19,9	15,5	20,1	20,1	20,1	20,1	-	0,0%
A5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		(55,7)	(35,0)	(42,4)	(44,4)	(44,4)	(44,4)	(2,0)	1,5%
A6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati		16,0	(4,3)	(18,9)	-	-	-	18,9	-100,0%
A Ricavi		10.624,0	10.709,1	10.757,4	10.994,4	11.190,4	11.335,4	578,1	1,8%
B1 Personale		2.708,6	2.664,8	2.671,9	2.671,9	2.671,9	2.671,9	-	0,0%
B2 Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati		1.014,5	1.063,2	1.160,2	1.208,3	1.259,1	1.312,8	152,7	4,2%
B3 Altri Beni e Servizi		1.924,5	1.923,0	1.939,3	1.959,6	1.980,1	2.000,9	61,6	1,0%
B4 Ammortamenti e Costi Capitalizzati		20,5	22,6	14,6	14,6	14,6	14,6	-	0,0%
B5 Accantonamenti		328,0	316,3	324,1	272,4	272,4	272,4	(51,7)	-5,6%
B6 Variazione Rimanenze		(4,9)	(11,6)	(0,6)	-	-	-	0,6	-100,0%
B Costi Interni		5.991,2	5.978,3	6.109,5	6.126,9	6.198,2	6.272,7	163,1	0,9%
C1 Medicina Di Base		607,1	607,9	608,5	608,5	608,5	608,5	-	0,0%
C2 Farmaceutica Convenzionata		903,8	893,4	854,4	854,4	854,4	854,4	-	0,0%
C3 Prestazioni da Privato		2.952,2	2.995,3	3.011,7	3.062,9	3.098,3	3.125,5	113,8	1,2%
C Costi Esterni		4.463,1	4.496,6	4.474,5	4.525,8	4.561,2	4.588,4	113,8	0,8%
D Costi Operativi		10.454,3	10.474,9	10.584,1	10.652,6	10.759,4	10.861,0	277,0	0,9%
E Margine operativo		169,7	234,1	173,3	341,8	431,0	474,4	301,1	39,9%
F Componenti Finanziarie e Straordinarie		306,2	279,8	148,8	246,8	267,2	266,6	117,8	21,5%
G Risultato Economico		(136,5)	(45,7)	24,5	95,0	163,7	207,8	183,3	104,0%

Nota: A = Actual, Consuntivo; T = Tendenziale.

Ricavi

La voce Ricavi dal 2018 al 2021 incrementa di 578,1 €/mln, per effetto di un aumento delle voci Contributi FSR, Saldo Mobilità ed Entrate Proprie.

Tabella 2: Evoluzione tendenziale dei ricavi

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A1	Contributi FSR	10.450,6	10.622,6	10.717,3	10.836,5	11.029,9	11.175,0	457,7	1,4%
	Contributi F.S.R. indistinto	10.250,9	10.344,6	10.462,2	10.596,6	10.790,0	10.935,0	472,8	1,5%
	Contributi F.S.R. vincolato	199,7	278,0	255,0	239,9	239,9	239,9	(15,1)	-2,0%
A2	Saldo Mobilità	(197,7)	(268,4)	(289,1)	(266,9)	(253,3)	(253,3)	35,8	-4,3%
	...di cui Saldo mobilità in compensazione extra	(197,4)	(268,1)	(270,9)	(239,4)	(239,4)	(239,4)	31,5	-4,0%
	...di cui Saldo mobilità internazionale	-	-	(18,4)	(27,5)	(13,9)	(13,9)	4,5	-9,0%
A3	Entrate Proprie	390,9	378,7	370,4	449,1	438,0	438,0	67,6	5,7%
	Altri Ricavi	(19,8)	(23,8)	(41,2)	(24,3)	(24,3)	(24,3)	16,9	-16,2%
A	Ricavi	10.624,0	10.709,1	10.757,4	10.994,4	11.190,4	11.335,4	578,1	1,8%

La voce **Contributi FSR** dal 2018 al 2021 incrementa di 457,7 €/mln, con un Il tasso di crescita medio pari all'1,4% nel triennio. In particolare le ipotesi sottostanti a tali valori sono le seguenti:

- per l'anno 2019, il FSR Indistinto è stato posto pari a quanto assegnato alla regione Lazio dalle Intese CSR n. 88 e 90 del 6 giugno 2019, pari a 10.596,6 €/mln e 239,9 €/mln per il Vincolato; quest'ultimo è costituito da 119,1 €/mln per Obiettivi di Piano 2019 di cui all'intesa CSR n. 89 del 6 giugno 2019, per 1,2 €/mln per il Fondo sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate alle farmacie, come da Intesa CSR n. 33/2019; per le ulteriori quote vincolate è stato posto il valore contabilizzato nel 2018, al netto delle quote vincolate che sono state ripartite nell'ambito del FS Indistinto: Fondo per l'esclusività, Fondo per gli extracomunitari, Fondo per l'emergenza avicola, quota ulteriore borse di studio MMG e il fondo per la revisione delle tariffe termali.
- per gli anni 2020 e 2021 è stata calcolata la quota di accesso della regione Lazio sull'incremento del FSN previsto dalla Legge n. 145 del 30 dicembre 2018. Il FSR Indistinto stimato è pari rispettivamente a 10.790,0 €/mln nel 2020 e 10.935,0 €/mln nel 2021, mentre il FSR vincolato rimane pari a quanto stimato per l'anno 2019 (239,9 €/mln).

Il valore del Saldo Mobilità sul triennio migliora di 35,8 €/mln, di cui 31,5 €/mln di riduzione del saldo di mobilità in compensazione extra, secondo quanto indicato nella Tabella C dell'Intesa CSR n. 88 del 6 giugno 2019, e 4,5 €/mln al saldo di mobilità internazionale. La mobilità internazionale deriva per il 2019 dalla Tabella C dell'Intesa CSR n. 88 del 6 giugno 2019; il valore per il 2020 e il 2021 è stato calcolato al netto del conguaglio anni 2013-2017. Il valore per gli anni 2020 e 2021 è stato posto pari a 13,9 €/mln derivante dalla quota relativa all'acconto anno 2019 pari a 7,5 €/mln incrementato prudenzialmente di 6,4 €/mln per eventuali conguagli; tale valore è relativo ad una annualità dei conguagli complessivi 2013-2017.

Tabella 3: Evoluzione tendenziale delle Entrate Proprie

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	95,6	98,2	91,9	109,8	84,2	84,2	(7,7)	-2,9%
A3.2	Ticket	113,0	102,3	101,9	101,9	101,9	101,9	-	0,0%
A3.3	Altre Entrate Proprie	182,3	178,2	176,7	237,5	251,9	251,9	75,3	12,6%
	...di cui Pay-back per farmaceutica ospedaliera	-	-	42,0	102,8	117,3	117,3	75,3	40,8%
	...di cui Ulteriore Pay-back	43,7	70,0	42,8	42,8	42,8	42,8	-	0,0%
A3	Entrate Proprie	390,9	378,7	370,4	449,1	438,0	438,0	67,6	5,7%

Il valore delle Entrate Proprie, per gli anni 2019-2021, è stato stimato pari al Consuntivo 2018 al netto delle seguenti fattispecie:

- Contributo per la sterilizzazione degli interessi passivi derivanti dall'operazione SANIM che è stato aggiornato secondo il piano di ammortamenti 2019-2021;
- *Pay-back*: nel tendenziale è stato considerato:
 - *Ulteriore Pay-back*: posto pari a 42,8 €/mln, corrispondete a quanto contabilizzato dalla Regione Lazio nell'esercizio 2018;
 - *Pay-back per il superamento della spesa farmaceutica ospedaliera*: considerato costante nei tre anni e pari al 50% dello scostamento assoluto della Regione Lazio secondo quanto rilevato nel monitoraggio AIFA Gennaio-dicembre 2018 per la spesa degli acquisti diretti (115,6 €/mln). Nel 2019 a tale valore è stato applicato il fattore correttivo del 12,5% previsto dall'accordo Regioni-Farindustria, rideterminandosi in 101,2 €/mln; per gli anni 2020 e 2021 non è stato applicato alcun fattore correttivo. Si precisa che nei CE Programmatici 2019-2021 tale valore è stato, prudenzialmente, interamente accantonato.
 - *Contributi Legge 210/92*: nel CE Tendenziale 2019 è stato iscritto il valore di 25 €/mln, tenendo conto dell'importo stanziato in bilancio dalla Regione nel 2019.

La voce **Rettifica Contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti** sul triennio è stata stimata costante e pari alla media degli investimenti effettuati dal 2016 al 2018 (44,4 €/mln). A partire dal 2016, infatti, secondo quanto stabilito dal D.lgs 118/2011, il valore delle rettifiche deve essere pari al 100% degli investimenti.

La voce **Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati**, in continuità con i criteri adottati per la determinazione del valore Tendenziale del Programma Operativo 16-18 di cui al DCA 412/2017, è stata stimata pari a zero, nell'ipotesi che dal 2019 i contributi non utilizzati in corso d'anno siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti.

Costi Operativi

L'evoluzione tendenziale dei Costi Operativi per il triennio 2019-2021 mostra un incremento complessivo dello 0,9%, di cui 0,9% per i Costi Interni e 0,8% per i Costi Esterni.

Tabella 4: Evoluzione dei Costi Operativi (al netto di Ammortamenti e Accantonamenti)

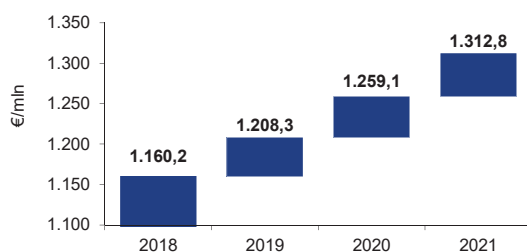
	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
B	Totale Costi Interni	5.991,2	5.978,3	6.109,5	6.126,9	6.198,2	6.272,7	163,1	0,9%
C	Totale Costi Esterni	4.463,1	4.496,6	4.474,5	4.525,8	4.561,2	4.588,4	113,8	0,8%
D	Totale Costi Operativi (B+C)	10.454,3	10.474,9	10.584,1	10.652,6	10.759,4	10.861,0	277,0	0,9%

Costi Interni

Il **Personale** per il triennio 2019-2021 è stato stimato costante e pari al valore del Consuntivo 2018 di 2.671,9 €/mln. La Regione ha approvato i piani triennali di fabbisogno di personale con DCA 405/2018 per il triennio 2018-2020. Per accelerare le procedure concorsuali, la Regione ha svolto degli incontri tecnici al fine di dare indicazione alle Aziende relativamente alla revisione dei piani dei fabbisogni per il triennio 2019-2021. Le indicazioni riguardano anche la realizzazione di procedure aggregate per sopperire alla carenza di figure amministrative nelle aziende.

La voce **Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati** è stata stimata pari a 1.208,3 €/mln per l'anno 2019, 1.259,1 €/mln per il 2020 e 1.312,8 €/mln per il 2021.

Figura 1: Evoluzione dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati 2019-2021



Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato a Consuntivo 2018, gli incrementi percentuali di seguito riportati:

- File F: +6%
- DPC: +1,5%
- Farmaci Ospedalieri: costanti pari al valore del Consuntivo 2018
- Farmaci HCV: costanti pari al valore del Consuntivo 2018.

Tabella 5: Evoluzione dei costi per Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
File F		564,0	612,8	734,0	778,1	824,7	874,2	140,2	6,0%
DPC (RM 1)		244,1	277,6	273,1	277,2	281,4	285,6	12,5	1,5%
Farmaci ospedalieri		157,2	144,3	125,2	125,2	125,2	125,2	-	0,0%
Farmaci HCV		76,1	28,4	27,8	27,8	27,8	27,8	-	0,0%
B2 Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati		1.014,5	1.063,2	1.160,2	1.208,3	1.259,1	1.312,8	152,7	4,2%

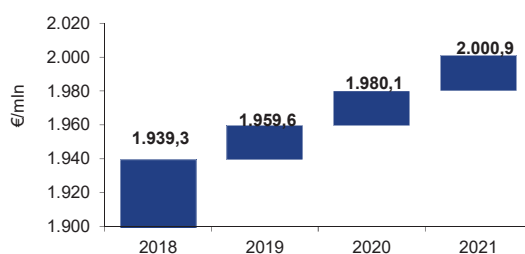
Complessivamente la voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati incrementa nel triennio con un CAGR '21-'18 del 4,2%. Si segnala che l'incremento rilevato tra il 2017 e il 2018 è dovuto, per 48,5 €/mln, all'effetto del DCA n.70/2017 avente ad oggetto: "Centralizzazione degli acquisti e modalità di erogazione di farmaci in distribuzione diretta con possibilità di fruizione presso le strutture private accreditate convenzionate Policlinico A. Gemelli,

Campus Biomedico, IDI", e della determina G16536 del 30.11.2017 con cui sono state integrate nel processo di centralizzazione degli acquisti le Strutture Ospedale S. Pietro, Ospedale San Giovanni Calibita, Fatebenefratelli e Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

I valori indicati nel tendenziale tengono conto degli incrementi verificatesi nel 2018 per l'acquisto del file F da Privato da parte di Roma 2, come sopra descritto, e dell'incremento fisiologico del File F per gli anni 2019-2021.

La voce **Altri Beni e Servizi** è stata stimata pari a 1.959,6 €/mln nel 2019, 1.980,1 €/mln nel 2020 e 2.000,9 €/mln nel 2021.

Figura 2: Evoluzione de Altri Beni e Servizi 2019-2021



Le stime sono state effettuate applicando al valore registrato al Consuntivo 2018 il tasso di inflazione programmata (TIP) per l'anno 2019, pari al +1,2%. Il TIP è stato considerato per tutte le voci relative a Altri Beni e Servizi ad eccezione delle voci Consulenze, Premi di Assicurazione, Rimborsi assegni e Contributi che non sono soggette ad inflazione.

Complessivamente la voce Altri Beni e Servizi incrementa nel triennio con un CAGR '21-'18 del 1%. Si segnala che l'incremento rilevato tra il 2017 e il Consuntivo 2018 è dovuto alla voce Altri Beni Sanitari con CAGR '21-'18 del 1,2%, la voce Beni Non Sanitari con CAGR '21-'18 1,2%, e la voce Servizi con CAGR '21-'18 del 1%.

Tabella 6: Evoluzione dei costi per Altri Beni e Servizi

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
B3.1 Altri Beni Sanitari		521,6	541,5	547,2	553,8	560,4	567,2	19,9	1,2%
B3.2 Beni Non Sanitari		15,7	15,4	14,1	14,2	14,4	14,6	0,5	1,2%
B3.3 Servizi		1.387,2	1.366,0	1.378,0	1.391,5	1.405,2	1.419,1	41,1	1,0%
B3 Altri Beni e Servizi		1.924,5	1.923,0	1.939,3	1.959,6	1.980,1	2.000,9	61,6	1,0%

La voce **Ammortamenti e Costi Capitalizzati** è stata stimata costante per gli anni 2019-2021, per un importo pari a 14,6 €/mln, uguale al valore registrato al Consuntivo 2018.

La voce **Accantonamenti** è stata posta pari a 272,4 €/mln per gli anni 2019-2021. La stima della voce è stata effettuata considerando il valore del Consuntivo 2018 al netto degli accantonamenti per i controlli esterni in contestazione effettuati dalle Aziende e al netto degli accantonamenti della GSA in quanto relativi per 17,2 €/mln

al payback da ripiano spesa anno 2016 e per 20 €/mln per ulteriori iscrizioni contabili effettuate dalle Aziende nel Consuntivo 2018.

La voce **Variazione delle Rimanenze** non è stata valorizzata.

Costi Esterni

La voce **Medicina di Base** è stata considerata costante nel triennio 2019-2021, pari al Consuntivo 2018 per un valore di 608,5 €/mln.

La **Farmaceutica Convenzionata** è stata considerata, prudenzialmente, costante negli anni 2019, 2020, 2021, pari a 854,4 €/mln, secondo quanto contabilizzato a Consuntivo 2018, pur essendo la voce in diminuzione negli anni 2013-2017 con un CAGR del 1,9%.

La voce **Prestazioni da Privato** cresce nel triennio con valori pari a 3.062,9 €/mln nel 2019, 3.098,3 €/mln nel 2020 e 3.125,5 €/mln nel 2021.

Figura 3: Prestazioni da privato 2019-2021

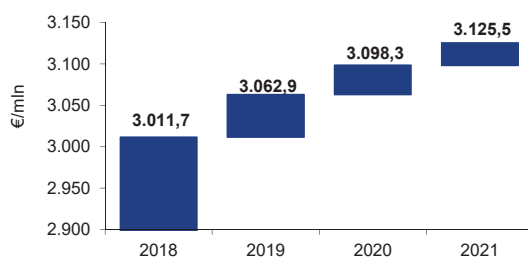


Tabella 7: Dettaglio delle componenti della voce Prestazioni da Privato

	€/mln	2016A	2017A	2018A	2019T	2020T	2021T	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	1.249,5	1.266,3	1.281,2	1.311,5	1.311,5	1.311,5	30,3	0,8%
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	484,6	492,6	511,7	487,8	487,8	487,8	(23,9)	-1,6%
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	201,5	216,4	217,9	217,9	217,9	217,9	-	0,0%
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	1.016,6	1.020,1	1.000,9	1.045,7	1.081,1	1.108,3	107,4	3,5%
C3	Prestazioni da Privato	2.952,2	2.995,3	3.011,7	3.062,9	3.098,3	3.125,5	113,8	1,2%

La voce Prestazioni da Privato relative all'ospedaliera è costante negli anni 2019, 2020, 2021 e pari a 1.311,5 €/mln. Tale valore tiene conto della riduzione dei costi per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato pari al 2% rispetto al Consuntivo 2011 (loro controlli esterni), in applicazione dell'art.15, comma 14, della L. 135/2012, pari a 1.281,5 €/mln. A tale valore è stato sommato il fondo Fuori Regione Alta Complessità (FRAC) pari a 30 €/mln. Il valore così determinato non tiene conto dei livelli massimi di finanziamento, basati sulla

produzione rilevata negli esercizi precedenti, che saranno riconosciuti alle strutture cosiddette "extraordinem" all'esito del procedimento di riconduzione.

La voce Prestazioni da privato ambulatoriale, è posta, pari a 487,8 €/mln per gli anni 2019, 2020 e 2021, di cui 122,1 €/mln per prestazioni da Sumaisti e 365,6 €/mln per le prestazioni ambulatoriali da privato. In merito a quest'ultimo valore si rappresenta che la stima della voce tiene conto della riduzione dei costi per l'acquisto di prestazioni di assistenza ambulatoriale da privato pari al 1% rispetto al Consuntivo 2014, in applicazione alla Legge n. 125 del 6 agosto 2015.

La voce Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera è posta costante e pari al valore del Consuntivo 2018 (217,9 €/mln).

La voce Altre Prestazioni da privato è stata stimata pari a 1.045,7 €/mln per l'anno 2019, a 1.081,1 €/mln per l'anno 2020 e a 1.108,3 €/mln per l'anno 2021.

Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato a Consuntivo 2018 gli incrementi percentuali secondo quanto di seguito riportato:

- Trasporti Sanitari da privato: +3%;
- Assistenza Integrativa e protesica da privato: +2%;
- Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato: costante pari al valore del IV Trimestre 2018;
- Distribuzione di Farmaci e File F da Privato: incremento del 1,5% della *fee* per remunerazione servizio DPC, mentre la spesa relativa al file F da privato è stata posta pari al valore assegnato alle strutture private accreditate dal DCA U00095 del 08/03/2019;
- Assistenza termale da privato: +1%;
- Prestazioni socio-sanitarie da privato:
 - Assistenza Geriatrica: valore del budget per l'anno 2019, ex DCA U00501/2018, incrementato del valore annuale della struttura IHG;
 - Assistenza Tossicodipendenti e alcolisti: +3%;
 - Hospice: valore del budget per l'anno 2019, ex DCA U00073/2018;
 - Assistenza Domiciliare Integrata: il valore del Consuntivo 2018 è stato incrementato dei valori stabiliti dal DCA U00258/2019, ovvero di 5 €/mln per l'anno 2019, 37,6 €/mln per l'anno 2020 e 17 €/mln per l'anno 2021.

Componenti Finanziarie e Straordinarie

La voce **Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie** non è stata valorizzata.

La voce **Saldo Gestione Finanziaria** è stata considerata costante e pari al valore del Consuntivo 2018, pari a 62,2 €/mln, al netto degli interessi passivi derivanti dall'operazione SANIM secondo il piano di ammortamenti 2019-2021. I valori risultanti sono 61,4 €/mln nel 2019, 60,8 €/mln nel 2020 e 60,2 €/mln nel 2021.

La voce **Oneri Fiscali** è stata considerata costante pari al valore rilevato in sede di Consuntivo 2018.

Per la voce **Saldo Gestione Straordinaria** è previsto, nella voce *Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati* un valore a tendenziale pari a 21 €/mln nell'anno 2019 derivante dalla stima dei controlli esterni concordati per acuti anno 2015 della struttura Policlinico Gemelli, acuti anno 2016 e Riabilitazione anno 2014.

Risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA

Le Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA sono pari a 91,1 €/mln in applicazione all'art.2 comma 6 del DL 120/2013, come da verbale del Tavolo di verifica del 26 luglio 2018.

20.2 Programmatici

Il triennio 2019-2021 rappresenta, per il Servizio Sanitario della regione Lazio, un momento di svolta dalla sottoscrizione del primo Piano di Rientro nel 2007. A partire dal 2019, il bilancio sanitario della Regione avrà la potenzialità di raggiungere l'equilibrio di esercizio, senza la necessità di dover ricorrere ad ulteriori risorse derivanti dal maggior gettito fiscale. Al fine di raggiungere questo risultato, la Regione intende agire con manovre di contenimento agli ambiti di maggior impatto, ed in particolare su Piani di Efficientamento delle Aziende Ospedaliere, gare effettuate tramite la Centrale Acquisti, risparmi legati all'istituzione dell'Azienda Lazio.0, al recupero ticket e importi dei controlli esterni, incremento della mobilità attiva da FRAC. Parallelamente, la Regione prevede di dare spazio a manovre di sviluppo quali incremento del costo del personale, investimenti in assistenza territoriale e altre manovre relative a telemedicina e innovazione tecnologica, case della salute, ospedali di comunità, formazione, hospice pediatrico.

A seguito delle manovre di contenimento e di sviluppo previste, la Regione presenta un risultato di esercizio programmatico pari a 3 €/mln nel 2019, 15 €/mln nel 2020 e 20 €/mln nel 2021.

Tabella 8: Conti Economici Programmatici 2019-2021

	€/mln	2015A	2016A	2017A	2018A	2019P	2020P	2021P	Δ '21-'18	CAGR '21-'18
A1 Contributi F.S.R.		10.303,7	10.450,6	10.622,6	10.717,3	10.836,5	11.029,9	11.175,0	457,7	1,4%
A2 Saldo Mobilità		(253,2)	(197,7)	(268,4)	(289,1)	(266,9)	(233,3)	(223,3)	65,8	-8,2%
A3 Entrate Proprie		474,9	390,9	378,7	370,4	581,5	438,0	438,0	67,6	5,7%
A4 Saldo Intramoenia		21,9	19,9	15,5	20,1	20,1	20,1	20,1	-	0,0%
A5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		(64,6)	(55,7)	(35,0)	(42,4)	(176,8)	(63,2)	(65,5)	(23,1)	15,6%
A6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati		(23,4)	16,0	(4,3)	(18,9)	-	-	-	18,9	-100,0%
A Ricavi		10.459,2	10.624,0	10.709,1	10.757,4	10.994,4	11.191,6	11.344,3	586,9	1,8%
B1 Personale		2.752,6	2.708,6	2.664,8	2.671,9	2.698,3	2.713,2	2.749,7	77,8	1,0%
B2 Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati		998,1	1.014,5	1.063,2	1.160,2	1.203,6	1.234,5	1.275,6	115,4	3,2%
B3 Altri Beni e Servizi		1.962,4	1.924,5	1.923,0	1.939,3	1.925,0	1.873,1	1.843,9	(95,4)	-1,7%
B4 Ammortamenti e Costi Capitalizzati		33,9	20,5	22,6	14,6	14,6	14,6	14,6	-	0,0%
B5 Accantonamenti		319,4	328,0	316,3	324,1	423,9	466,6	493,0	168,9	15,0%
B6 Variazione Rimanenze		0,7	(4,9)	(11,6)	(0,6)	-	-	-	0,6	-100,0%
B Costi Interni		6.067,1	5.991,2	5.978,3	6.109,5	6.265,3	6.301,9	6.376,8	267,3	1,4%
C1 Medicina Di Base		606,5	607,1	607,9	608,5	608,5	608,5	608,5	-	0,0%
C2 Farmaceutica Convenzionata		931,2	903,8	893,4	854,4	828,7	826,4	827,6	(26,8)	-1,1%
C3 Prestazioni da Privato		2.898,1	2.952,2	2.995,3	3.011,7	3.074,9	3.182,4	3.251,4	239,7	2,6%
C Costi Esterni		4.435,7	4.463,1	4.496,6	4.474,5	4.512,0	4.617,2	4.687,5	212,9	1,6%
D Costi Operativi		10.502,8	10.454,3	10.474,9	10.584,1	10.777,4	10.919,1	11.064,3	480,2	1,5%
E Margine operativo		(43,7)	169,7	234,1	173,3	217,1	272,5	280,0	106,7	17,3%
F Componenti Finanziarie e Straordinarie		289,0	306,2	279,8	148,8	214,1	257,5	260,0	111,2	20,4%
G Risultato Economico		(332,6)	(136,5)	(45,7)	24,5	3,0	15,0	20,0	(4,5)	-6,5%

Nota: A = Actual, Consuntivo; P = Programmatico

Il Conto Economico programmatico per il triennio entrante presenta complessivamente un aumento dei Ricavi di 586,9 €/mln al 2021 rispetto al 2018, corrispondente ad un incremento del 1,8%. Tale aumento è compensato da Costi Operativi maggiori di 480,2 €/mln, che corrispondono ad un incremento del 1,5%. A tali contributi si aggiunge una variazione di 111,2 €/mln delle Componenti Finanziarie e Straordinarie.

L'incremento dei Ricavi è in larga parte dovuto all'aumento del Fondo Sanitario Regionale di 457,7 €/mln (1,4%) e in misura minore all'aumento delle somme legate al Pay-back (75,3 €/mln). Il miglioramento del Saldo di mobilità di 65,8 €/mln (-8,2%), inoltre, è legato ad interventi di potenziamento degli interventi di Alta Complessità ai residenti Fuori Regione (FRAC) e di contenimento della mobilità passiva sulle prestazioni di ricovero di bassa, media e alta complessità nonché sulle prestazioni diagnostiche ad alto costo (vedi PET).

Nel 2019 il programmatico registra un incremento della voce entrate proprie dovuto per 132,4 €/mln alla stima delle somme derivanti dal ripiano del *Pay-back* per lo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera anni 2013-2017, al netto di quanto già contabilizzato negli esercizi precedenti, per cui è stato ipotizzato un impegno sulla voce rettifica contributi in c/esercizio per destinazione a investimenti pari al 100% di tale importo.

Le successive variazioni della voce rettifica contributi in conto esercizio dal 2020 in poi riflettono l'impatto delle manovre relative alla costituzione dell'Azienda Lazio.0 e dell'apertura di nuove case della salute, meglio descritte nel seguito.

L'aumento dei Costi Operativi è dovuto in parte ai *trend* fisiologici di crescita previsti a Tendenziale, in particolare alle voci Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e Altri Beni e Servizi, a cui si aggiungono gli impatti delle manovre di contenimento e di sviluppo che la Regione ha in programma di mettere in atto nei prossimi anni. L'effetto complessivo di tali interventi è un incremento del costo del Personale di 77,8 €/mln (1%), un contenimento dell'aumento del costo dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati, che crescono di 115,4 €/mln (4%) rispetto ai 152,7 €/mln previsti a Tendenziale, una riduzione del costo di Altri Beni e Servizi di 95,4 €/mln (-1,7%), una riduzione di 26,8 €/mln della Farmaceutica Convenzionata (-1,1%) e un aumento di 185 €/mln delle Prestazioni da Privato per l'assistenza territoriale. A tali effetti si aggiunge una crescita di 168,9 €/mln degli Accantonamenti; il valore iscritto in questa voce è dovuto all'accantonamento prudenziale dell'importo totale o parziale di alcune delle manovre previste; in particolare è stato accantonato il 100% della stima *Pay-back* per ripiano spesa farmaceutica ospedaliera, il 100% dei risparmi derivanti dai Piani di efficientamento e dalle attività connesse all'attivazione dell'Azienda Lazio.0.

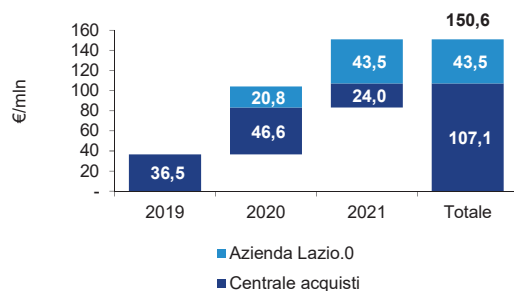
Manovre

	€/000	2019	2020	2021
Risultato economico Tendenziale		94.995	163.734	207.796
Manovre di contenimento		113.265	210.729	292.791
Centrale acquisti		36.544	83.147	107.121
Azienda Lazio.0		-	20.750	43.500
Farmaceutica convenzionata		25.755	28.043	26.802
Risparmio brevetti scaduti		2.497	12.360	14.860
Piani di Efficientamento (PdE)		-	13.693	27.272
Incremento mobilità attiva da FRAC		-	20.000	30.000
Recupero Ticket		26.471	13.235	13.235
Recupero Controlli Esterni		8.500	-	-
Riduzione Consulenze		13.500	19.500	30.000
Manovre di sviluppo		53.852	165.348	259.980
Personale		26.417	41.267	77.798
IRAP assunzione personale		2.245	3.508	6.613
Territorio		21.347	97.412	146.407
Telemedicina e innovazione tecnologica, case della salute, ospedali di comunità		1.004	18.884	24.742
Formazione, comunicazione e prevenzione		2.839	4.277	4.419
Totale impatto manovre		59.413	45.381	32.811
Accantonamenti		151.408	194.114	220.608
Risultato economico		3.000	15.000	20.000

Azienda Lazio.0 e centralizzazione degli acquisti

La voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati presenta una crescita fisiologica legata all'aumento del costo medio dei farmaci a seguito dell'introduzione di nuove molecole e del termine dei periodi di innovatività. Anche il costo di Altri Beni e Servizi risulta in crescita nel 2018 rispetto all'anno precedente. Per contenere l'effetto dei costi crescenti, la Regione ha in programma l'istituzione dell'Azienda Lazio.0, che avrà il ruolo di centralizzare la programmazione e il monitoraggio degli acquisti, snellire e rendere più efficiente la gestione della rete logistica e distributiva e coordinare e sviluppare i sistemi informativi.

Figura 4: Risparmio stimato a seguito dell'attivazione dell'Azienda Lazio.0 e della centralizzazione degli acquisti



Per quanto riguarda i farmaci e i dispositivi medici, l'impatto sui costi deve essere imputato sia al miglioramento dei processi logistici, sia all'effetto della centralizzazione sui prezzi. La riduzione dei costi di Altri Beni e Servizi è invece legata alle gare già assegnate o in fase di assegnazione, che garantiranno prezzi standard, più contenuti e prevedibili per il periodo in oggetto. A questo si aggiunge l'impatto del coordinamento e sviluppo dei sistemi informativi a livello centrale.

L'attivazione dell'Azienda Lazio.0 è prevista a partire dal 2020 e ci si aspetta che le attività siano a regime entro il 2021. È, dunque, considerato solo un effetto parziale nel 2020, pari al 50% dell'impatto massimo, per 20,8 €/mln (4,7 €/mln di risparmio sui farmaci, 2,9 €/mln sui dispositivi medici, 14,3 €/mln sui costi legati ai sistemi informativi) e interamente nel 2021, pari al 100% dell'impatto massimo, per 43,5 €/mln (9,3 €/mln, 5,7 €/mln e 28,5 €/mln rispettivamente). Tali importi rappresentano l'impatto massimo stimato tenendo conto della normativa vigente, la Delibera n. 87 del 09.02.2019 e la conseguente proposta di legge 115 del 21.02.2019.

I risparmi stimati dall'attivazione dell'Azienda Lazio.0 per gli anni 2020 e 2021 sono stati prudenzialmente accantonati e, pertanto, non impattano sul risultato economico dei CE Programmatici 2020 e 2021

Le gare per l'assegnazione delle forniture di farmaci, beni e servizi sono in parte già avviate o concluse e produrranno effetti sui costi già a partire dal 2019 e negli anni successivi (36,5 €/mln nel 2019, 83,1 €/mln nel 2020, 107,1 €/mln nel 2021, effetto cumulato).

La stima dell'impatto economico si è basata sulle seguenti ipotesi e fonti informative:

- Periodo previsto per l'aggiudicazione delle gare per singola iniziativa;
- Stima della percentuale di risparmio basata sulla rimodulazione dei prezzi a base d'asta per effetto dell'aggregazione della domanda e sulla razionalizzazione dei consumi derivanti dal monitoraggio e dal controllo degli stessi.

Di seguito si riporta la tabella sinottica contenente, per singola iniziativa di gara, l'impatto della manovra stimata, calcolata a partire dal mese previsto per l'aggiudicazione, e la relativa voce di CE.

Tabella 9: Elenco delle iniziative di acquisto previste

Iniziativa di Acquisto	€/000	Data di attivazione	Durata contratto (mesi)	2019	2020	2021	Voce CE
Servizio ReCUP-Call Center		aprile-18	12	(920)	-	-	Altri servizi non sanitari da privato
Ossigenoterapia		maggio-18	48	(2.202)	(2.202)	(2.202)	Medicinali con AIC
Ausili per incontinenti - ed. 3		agosto-18	36	(9.468)	(9.468)	(5.523)	Altri servizi non sanitari da privato
Sistemi diagnostici per la rete laboratori e centri prelievo pubblici		settembre-18	48	(1.496)	(1.496)	(1.496)	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)
Servizio di trasporto e consegna sangue per le AA.SS		ottobre-18	36	(121)	(121)	(91)	da privato
Servizio di Smaltimento rifiuti sanitari		dicembre-18	48	(5.793)	(5.793)	(5.793)	Smaltimento rifiuti sanitari speciali
Medicazioni generali e specialistiche		marzo-19	36	(3.265)	(3.918)	(3.918)	Dispositivi medici
Lavanoio per gli Enti del SSN ed. 3		giugno-19	60	(10.111)	(17.333)	(17.333)	Lavanderia
* Stent vascolari (Sogg. Aggr. Intercent-ER)		dicembre-19	36	(164)	(1.965)	(1.965)	Dispositivi medici impiantabili attivi
Lavanoio ARES 118		settembre-19	24	646	1.938	1.292	Lavanderia
* Pacemaker (Sogg. Aggr. Intercent-ER)		dicembre-19	24	686	8.230	7.544	Dispositivi medici impiantabili attivi
* Defibrillatori (Sogg. Aggr. Intercent-ER)		dicembre-19	24	2.288	27.460	25.172	Dispositivi medici impiantabili attivi
Aghi e Siringhe		luglio-19	36	(3.528)	(7.056)	(7.056)	Dispositivi medici
* Fornitura Protesi ortopediche (Anca, Ginocchio, Spalla)		dicembre-19	36	(275)	(3.294)	(3.294)	Dispositivi medici impiantabili attivi
* Servizio di gestione tecnica delle Apparecchiature Elettromedicali		dicembre-19	60	(2.377)	(28.520)	(28.520)	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche
* Servizio di Vigilanza per le Aziende del SSR		giugno-20	48	-	(3.340)	(5.726)	Altri servizi non sanitari da privato
* Servizio di Ristorazione per le Aziende del SSR		dicembre-19	60	(463)	(5.554)	(5.554)	Mensa
* Servizio di Pulizia e Sanificazione per le AA.SS.		giugno-20	60	-	(11.135)	(19.088)	Pulizia
* Guanti monouso		giugno-20	48	-	(973)	(1.668)	Dispositivi medici
* Stent coronarici		giugno-20	48	-	(1.263)	(2.165)	Dispositivi medici impiantabili attivi
* Aghi e provette		giugno-20	36	-	(747)	(1.281)	Dispositivi medici
* Presidi per controllo glicemia		giugno-20	36	-	(13.454)	(23.065)	Dispositivi medici
* Servizio vigilanza antincendio		giugno-20	36	-	(3.145)	(5.392)	Altri servizi non sanitari da privato
Totale				(36.561)	(83.149)	(107.121)	

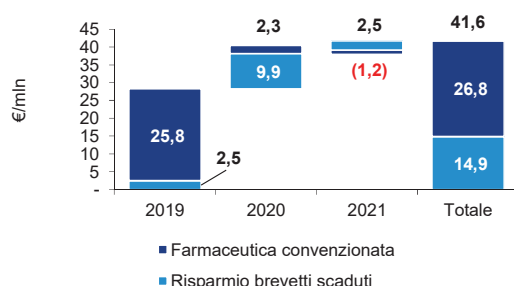
* Procedimenti di acquisto ancora in corso

Sulle voci della tabella sopra riportata, la quantificazione del risparmio è stata calcolata individuando la differenza tra i nuovi prezzi posti a base d'asta "applicando una percentuale prudenziale di ribasso in linea con le ultime aggiudicazioni di prodotti analoghi", nei procedimenti di acquisto ancora in corso, ed il dato storico consuntivato dalle Aziende Sanitarie. I valori così quantificati rappresentano pertanto il risparmio minimo, in quanto ulteriori economie potranno essere quantificate all'atto dell'espletamento dei processi di acquisto.

Spesa Farmaceutica

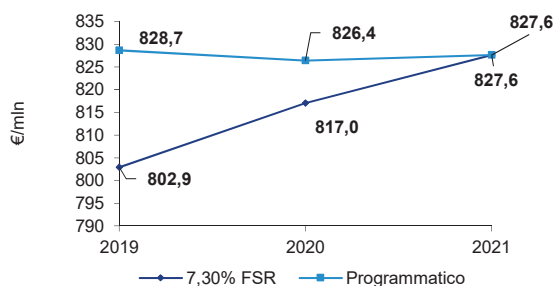
Agli effetti di riduzione della spesa legati alla centralizzazione dell'acquisto, per la voce Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati si aggiunge un ulteriore calo dei prezzi legato alle scadenze brevettuali. Nel 2019 è prevista la scadenza dei brevetti per farmaci relativi a 18 ATC, per un totale di spesa complessiva nel 2018 pari a 47 €/mln; nel 2020 a 10 ATC, per un totale di spesa nel 2018 pari a 21,8 €/mln e nel 2021 ad altri 15 ATC, per una spesa nel 2018 pari a 31,5 €/mln. Il risparmio previsto si basa sulle ipotesi che l'immissione in commercio dei farmaci equivalenti avvenga 3 mesi dopo la scadenza del brevetto, che il costo del farmaco equivalente sia inferiore del 20% rispetto al costo del farmaco *branded* e che ci sia uno *switch* del 90% al farmaco equivalente. Il risparmio complessivo previsto a seguito di questa dinamica è di 14,9 €/mln nel triennio, di cui 2,5 €/mln nel 2019, ulteriori 9,9 €/mln nel 2020 e 2,5 €/mln nel 2021.

Figura 5: Riduzione dei prezzi stimata a seguito delle scadenze brevettuali sulla farmaceutica ospedaliera e per l'allineamento alla spesa media nazionale per la farmaceutica convenzionata



Per quanto riguarda invece la Farmaceutica Convenzionata, l'obiettivo per il triennio è l'allineamento alla spesa media nazionale, pari al 7,30% del FSR. Il Tendenziale 2019 si discosta di 51,6 €/mln dall'obiettivo, per cui si è ipotizzato un raggiungimento progressivo, con un impatto del 50% nel 2019, del 75% nel 2020 e infine del 100% nel 2021. Tale obiettivo sarà perseguito attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e il ricorso a farmaci equivalenti.

Figura 6: Trend della spesa farmaceutica convenzionata a programmatico confrontato con il tetto ipotizzato del 7,30% del FSR



L'impatto economico complessivo delle due manovre è un contenimento dei costi di 39,6 €/mln nei tre anni, di cui 28,2 €/mln nel 2019, ulteriori 40,4 €/mln nel 2020 e 41,3 €/mln nel 2021.

Piani di efficientamento

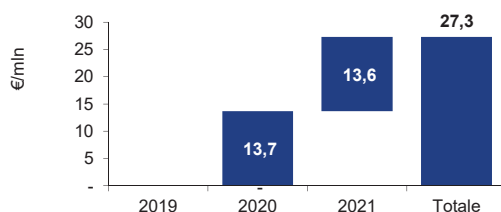
Il DM 21 giugno 2016 recante "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici" e i relativi allegati e linee guida definiscono i criteri per

l'identificazione delle aziende che dovranno essere interessate dai Piani di efficientamento e la conseguente quota di riduzione dello scostamento assoluto. Coerentemente con quanto definito dal DM, le Aziende Ospedaliere della regione Lazio interessate dai Piani di efficientamento, secondo quanto calcolato con i dati del Consuntivo 2018, sono: Ospedale San Camillo, Ospedale San Giovanni, Policlinico Umberto I. Per tali Aziende si procederà con la redazione di un piano di efficientamento relativo agli anni 2020 e 2022. Sulla base degli scostamenti assoluti registrati da tali strutture, si rileva la necessità di rientrare complessivamente di 13,7 €/mln nel 2020 e 13,6 €/mln nel 2021, per un valore complessivo di 27,3 €/mln.

Per ottenere tale risparmio, si stima che le Aziende Ospedaliere possano agire sui processi organizzativi interni nonché sui Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e sugli Altri Beni e Servizi, portando ad un risparmio di 5,5 €/mln nel 2020 e 5,4 €/mln nel 2021 (10,9 €/mln complessivi) sui farmaci e di 8,2 €/mln nel 2020 e 8,1 €/mln nel 2021 (16,4 €/mln complessivi) sui beni e servizi.

Non è valorizzato alcun effetto derivante dagli interventi previsti sui presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali.

Figura 7: Risparmi legati ai Piani di efficientamento



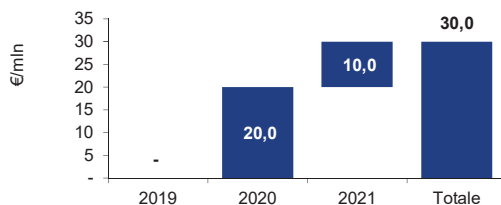
Si precisa che l'effetto di tale manovra, prudenzialmente, è stato interamente accantonato nella voce BA2890 - Altri accantonamenti dei CE Programmatici 2020-2021.

Mobilità FRAC

La Regione sta mettendo in atto azioni volte ad attirare mobilità attiva dalle altre Regioni (c.d. mobilità FRAC – Fuori Regione Alta Complessità) nonché a ridurre la mobilità passiva, in particolare verso le regioni limitrofe. L'impatto di tali azioni è previsto nel 2020 e nel 2021 con un impatto rispettivamente di 20,0 €/mln nel 2020 e ulteriori 10,0 €/mln nel 2021.

Il corrispondente costo per l'acquisto di prestazioni da privato relative all'Alta Complessità per residenti Fuori Regione, rilevato nei CE Tendenziali 2019-2021, pari a 30 €/mln, sarà coperto dai risparmi derivanti dalla manovra della centralizzazione degli acquisti pari a 36,5 €/mln precedentemente descritta.

Figura 8: Aumento di ricavi legati all'aumento della Mobilità attiva per FRAC



Recupero da accordo Pay-back anni 2013- 2017

Come sopra descritto, l'importo stimato di 132,4 €/mln delle somme derivanti dal ripiano del *Pay-back* per lo sfioramento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera anni 2013-2017, al netto di quanto già contabilizzato negli esercizi precedenti, per l'anno 2019, è stato impegnato interamente sulla voce rettifica contributi in c/esercizio per destinazione a investimenti.

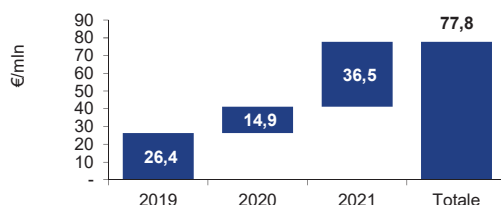
Stabilizzazione del personale e Consulenze

Per l'anno 2018, la programmazione regionale ha assegnato un budget di 2.747,6 €/mln sul costo del personale, con lo scopo di finanziare le assunzioni entro il vincolo del tetto dell'1,4% del valore al 2004 al netto dei rinnovi contrattuali, secondo quanto definito dalla normativa nazionale. Il costo del personale al IV Trimestre 2018 ammonta però a 2.669,9 €/mln, in aumento di soli 5,2 €/mln rispetto al 2017 e notevolmente inferiore rispetto al budget assegnato. Al fine di continuare ad incentivare le assunzioni, il Piano Operativo 2019-2021 conferma il budget di 2.747,6 €/mln anche per il triennio entrante, consentendo un aumento di spesa complessivo di 77,8 €/mln che si ipotizza possa essere raggiunto gradualmente nel triennio e in particolare per 26,4 €/mln (34%) nell'anno 2019, per ulteriori 14,9 €/mln (19%), per un valore complessivo di 41,3 €/mln nel 2020 e per la parte rimanente a partire dal 2021.

Tale budget di spesa è inteso a garantire un turn-over del 100%, a favorire la stabilizzazione del personale privilegiando contratti a tempo indeterminato e ad incentivare le nuove assunzioni al fine di garantire una dotazione di personale congrua a coprire le necessità sia cliniche sia amministrative.

Nell'aumento del costo del personale sono inclusi anche gli effetti di tutti gli interventi e azioni previsti dal Programma Operativo che prevedono da un lato l'assunzione di nuovo personale, il 35% da destinare al potenziamento del territorio per le attività socio-sanitarie (ADI, RSA, Riabilitazione territoriale, Salute mentale, Dipendenze, Consultori, TSMREE e Cure Palliative), dall'altro compensi aggiuntivi per figure già presenti ma a cui si assegneranno compiti ulteriori. Rientra nella prima categoria di interventi l'istituzione dell'Azienda Lazio.0, mentre un esempio della seconda è la formazione di équipe multidisciplinari per l'accertamento dell'età dei MSNA.

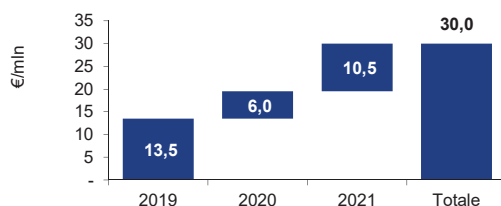
Figura 9: Costi aggiuntivi legati alla stabilizzazione del personale e alle nuove assunzioni



È stato altresì valorizzato l'incremento dell'IRAP per un importo pari all'8,5% della manovra espansiva sul costo del personale. Gli importi stimati sono pari a 2,2 €/mln per l'anno 2019, ulteriori 1,3 €/mln nel 2020 e 3,1 €/mln nel 2021.

Parallelamente all'aumento delle risorse disponibili per l'assunzione di nuovo personale, si stima una riduzione delle voci di costo relative alle consulenze. Tale dinamica impatta per 13,5 €/mln nel 2019, ulteriori 16,0 €/mln nel 2020 e 10,5 €/mln nel 2021, per un totale di 30 €/mln nel triennio e influenza le voci di Conto Economico relative a Consulenze Articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000, Medici Sumai, Altre consulenze sanitarie e socio-sanitarie da privato, Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro in area sanitaria e non sanitaria, Consulenze non sanitarie da privato.

Figura 10: Risparmi stimati a seguito della riduzione delle Consulenze



Si rappresenta che i risparmi stimati per l'anno 2019 sono pari al 7,5% del costo complessivo rilevato al Consuntivo 2018 relativamente alla voce Consulenze e Sumaisti.

Potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale

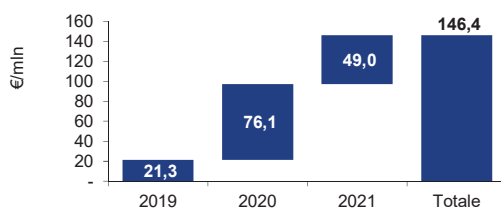
Nell'ottica di potenziare l'assistenza sanitaria sul territorio, la Regione sta investendo numerose risorse sulle prestazioni territoriali offerte da erogatori privati. Dalla programmazione risultante dal DCA U00258/2019, oltre a quanto precedentemente detto per l'ADI, si prevede di impegnare ulteriori risorse per finanziare le diverse tipologie di prestazioni come di seguito riportate.

- Assistenza Geriatrica: 8,9 €/mln nel 2019, 27,9 €/mln nel 2020 e 46,7 €/mln nel 2021;
- Riabilitazione territoriale: 10 €/mln nel 2019, 30 €/mln nel 2020 e 40 €/mln nel 2021;
- Tossicodipendenze: 3,5 €/mln nel 2020 in aggiunta ai 1,4 €/mln previsti a Tendenziale, per un aumento complessivo di 4,9 €/mln rispetto al 2018;
- Hospice: 2,4 €/mln nel 2019, e ulteriori 13,6 €/mln nel 2020 e 2021, in aggiunta ai 5,9 €/mln previsti a Tendenziale, per un aumento complessivo di 21,9 €/mln rispetto al 2018;
- Ulteriore potenziamento dell'attività territoriale di 20 €/mln nel 2020 e nel 2021, per un totale di 40 €/mln.

Complessivamente, le risorse assegnate al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale sono quindi 146,4 €/mln nel triennio 2019-2021, di cui 21,3 €/mln nel 2019, 76,1 €/mln nel 2020 e 49 €/mln nel 2021.

Si precisa che la Regione si riserva di definire la distribuzione delle risorse non ancora impegnate tra le diverse tipologie assistenziali sulla base dei fabbisogni emergenti e di ulteriori analisi successive alla stesura del presente documento.

Figura 11: Investimenti aggiuntivi per il potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale



Telemedicina, case della salute, ospedali di comunità

La regione Lazio in questi anni ha promosso numerose iniziative per l'implementazione dei servizi di Telemedicina in diversi livelli assistenziali. Malgrado il potenziale offerto dalla telemedicina, i suoi vantaggi e la maturità tecnica delle applicazioni, il ricorso a tali servizi è tuttavia ancora limitato e la sfida attuale è l'integrazione sistematica dei servizi di Telemedicina all'interno del SSR. Il Piano Operativo 2019-2021 prevede interventi di potenziamento di tali servizi per i pazienti acuti, per i pazienti cronici e per l'assistenza primaria. A livello di costi, tali interventi si concretizzano in un potenziamento dei sistemi informatici a supporto della telemedicina e nella formazione degli operatori, principalmente medici, sul loro utilizzo.

Per quanto riguarda l'evoluzione dei sistemi Telemed, Advice e del nuovo sistema informativo dell'emergenza ospedaliera, in risposta alle acuzie e ai bisogni di nuova insorgenza, è stato predisposto un piano di sviluppo interamente concentrato nell'anno 2020, e successivo mantenimento e aggiornamento software. È stata altresì prevista la formazione di tutto il personale MMG, medico ed amministrativo della Regione sulle nuove tecnologie al servizio dei percorsi clinici, sia attraverso dei corsi in aula sia attraverso un corso e-learning. Il corso in aula viene svolto una volta l'anno, con sedute da 20 persone. La formazione verrà effettuata per il 40% nel 2019 e per il 60% nel 2020. La pianificazione, inoltre, prevede di innovare gli strumenti di comunicazione con i cittadini, l'implementazione del servizio avverrà al 40% nel 2019 e al 60% nel 2020. Il costo totale nei tre anni di questi interventi ammonta a 0,3 €/mln.

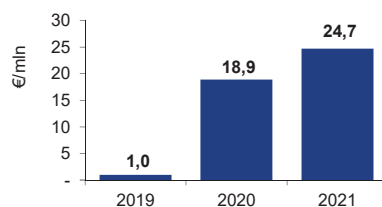
È prevista oltre all'installazione del sistema di teleconsulto Advice presso i MMG, l'estensione degli applicativi in uso presso l'assistenza primaria, con monitoraggio delle attività e definizione delle tariffe entro dicembre 2019. I costi stimati per il triennio 2019-2021 tengono conto del costo del singolo applicativo, del costo mensile del monitoraggio e mantenimento servizio e considerano per il 2019 una percentuale delle applicazioni che necessitano di manutenzione pari al 30%, mentre per il 2020 e 2021 pari al 100%. L'importo complessivo stimato per il triennio è pari a 0,2 €/mln.

Il Programma Operativo 2019-2021 prevede l'implementazione dei Centri Servizi di Teleassistenza e l'estensione del Telemonitoraggio per i pazienti cronici nei diversi setting assistenziale in 280 centri, di cui 56 nel 2020 (pari al 20%) e i restanti centri nel 2021. I costi della manovre tengono conto dei costi di mantenimento del servizio e del costo degli operatori addetti al monitoraggio attivi per 4 giorni al mese in ciascun centro. Il costo totale nei tre anni ammonta a 2,9 €/mln.

Agli interventi legati alla telemedicina si aggiungono altre azioni di potenziamento dei servizi alla comunità. Nella fattispecie, gli interventi previsti dal Programma Operativo sono l'attivazione di équipe multidisciplinare per l'accertamento dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e l'attivazione delle case della salute. L'équipe è composta da 4 operatori, un pediatra (con competenze auxologiche), un assistente sociale, un psicologo età evolutiva, un mediatore culturale e ne verranno attivate 2 all'anno fino al 2020. Per l'attivazione dell'équipe sono stati considerati i costi per lo sviluppo del programma di interventi per l'anno 2019, i costi per il reclutamento dell'équipe a mezzo mail per l'anno 2019 e quelli per la realizzazione di 2 eventi formativi all'anno. L'importo totale è pari a 0,3 €/mln. I costi per l'apertura delle case della salute, cinque nel 2020 e sei nel 2021, sono stati stimati complessivamente pari a 9 €/mln, 2,8 €/mln nel 2020 e 6,2 €/mln nel 2021. I costi sono stati valutati considerando un costo complessivo per ciascuna struttura di 700 € per metro quadro, rispetto ad un dimensionamento di 800 metri quadri.

L'impatto complessivo di tali interventi è di 9,7 €/mln, di cui 1,0 €/mln nel 2019, ulteriori 2,9 €/mln nel 2020 e 5,9 €/mln nel 2021.

Figura 12: Costi legati al potenziamento della Telemedicina, alle case della salute e agli ospedali di comunità



Inoltre, in aggiunta a quanto sopra descritto, come rappresentato nella figura 12, sono stati previsti **30 €/mln** (15 €/mln nel 2020 e 15 €/mln nel 2021) per ulteriori investimenti tecnologici a sostegno dall'innovazione organizzativa prevista dalla programmazione sanitaria integrata.

Formazione, comunicazione e prevenzione

Il Programma Operativo 2019-2021 prevede, nell'ambito degli interventi descritti, investimenti nella formazione del personale di regione Lazio al fine di fornire ai propri professionisti le conoscenze e le competenze necessarie a garantire da una parte un elevato livello di assistenza sanitaria, dall'altro il corretto e rapido utilizzo degli strumenti a loro disposizione. Si stima che gli eventi di formazione avranno un costo complessivo di 5,3 €/mln nei tre anni, di cui 1,4 €/mln nel 2019, 1,9 €/mln nel 2020 e 2,0 €/mln nel 2021.

La componente più significativa di questi costi è la formazione specialistica e manageriale, per la quale si stima un costo di 4,0 €/mln complessivi nei tre anni. La stima dei costi tiene conto di 30 corsi nel triennio ognuno da 70 infermieri partecipanti dedicati all'approfondimento di tematiche in ambito infermieristico, 30 corsi nel triennio ognuno da 70 medici partecipanti dedicati all'approfondimento di tematiche in ambito medico, formazione manageriale in aula per medici responsabili che prevede 5 giornate annue e corso E-learning manageriale per medici responsabili.

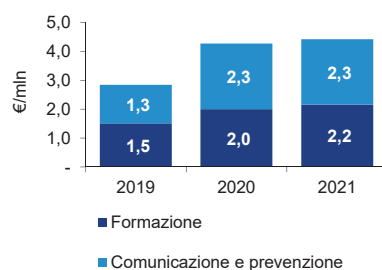
Il Programma Operativo prevede una serie di interventi di potenziamento e di ammodernamento dell'attuale offerta sanitaria e della sua gestione. Si tratta di azioni volte a migliorare la comunicazione con i cittadini sia in termini di informazione, sia in termini di prestazioni sanitarie e incrementare l'attuale capacità dei servizi di raggiungere tutti gli interessati, oltre che a monitorare e valutare lo stato di tali attività. In particolare, sono previsti i seguenti interventi:

- Comunicazione al cittadino tramite la realizzazione della Mappa delle "Opportunità di Salute" sul sito SaluteLazio, i costi prevedono lo sviluppo interamente nell'anno 2020 e la manutenzione nel 2019;

- Comunicazione al cittadino tramite la realizzazione nel triennio di 8 eventi, 14 inserzioni stampa, 17 annunci radio, 13 banner, 5 spot TV/Cinema, in collaborazione con le ASL, al fine di contrastare le disuguaglianze di salute, promuovere gli stili di vita salutari e l'accesso ai servizi di prevenzione;
- Promuovere l'educazione alla salute e l'empowerment del cittadino/della famiglia migliorando l'Health literacy (alfabetizzazione sanitaria) attraverso 2 eventi di comunicazione al cittadino (uno nel 2020 1 uno nel 2021) e 2 eventi formativi agli operatori;
- Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali attraverso 2 eventi formativi a infermieri, MMG e PLS (uno nel 2020 e uno nel 2021);
- Rafforzamento di programmi di screening attraverso 3 eventi formativi a MMG e PLS, 8 interventi di comunicazione ai cittadini, lo sviluppo e il mantenimento del software dedicato al Progetto Monitoraggio Screening;
- Distribuzione alle ASL di almeno 300 opuscoli con indicazioni per l'accessibilità al SSR;
- Innovazione degli strumenti di comunicazione con i cittadini per favorire il corretto accesso alle cure e per promuovere stile di vita per i cittadini e l'adesione alle cure per i pazienti cronici attraverso 3 interventi di comunicazione ai cittadini, 6 spot TV, 36 campagne online, un invio l'anno di lettere alla popolazione;
- Implementazione di strumenti tecnologici integrati di gestione, monitoraggio e valutazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione.

L'impatto di tali interventi è legato ai singoli eventi e solo eccezionalmente causa costi che si protraggono negli anni. I costi stimati per il triennio sono di 2,8 €/mln nel 2019, 4,3 €/mln nel 2020 e 4,5 €/mln nel 2021.

Figura 13: Costi legati agli interventi relativi alla formazione, comunicazione e prevenzione



Recupero Ticket e controlli esterni

Il SSR, come richiesto anche dal Tavolo di Monitoraggio, ha il compito di procedere al recupero delle somme di compartecipazione alla spesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica (ticket), correlate ad esenzioni per reddito e non corrisposte dagli assistiti del Lazio per le annualità successive al 2010. Il valore stimato per il recupero relativo ad 8 annualità (2011-2018) è pari a 100 €/mln.

La Regione Lazio ha già effettuato, in nome e per conto delle Aziende Sanitarie regionali, una procedura sistematica ed organica di recupero delle somme non corrisposte per le annualità 2009-2010.

I dati relativi a tale attività 2009-2010 sono di seguito riportati:

- avvisi bonari emessi: 235.000, per un valore complessivo pari a 25,5 €/mln;
- avvisi pagati immediatamente dagli assistiti: 130.000 ca. per 13,5 €/mln;

- avvisi annullati in autotutela da parte della Regione: 40.000 ca;
- avvisi per i quali l'amministrazione sta provvedendo al recupero tramite riscossione coattiva: ca. 65.000. per 12 €/mln.

Il valore previsto per il recupero dei ticket per le otto annualità considerate è stato stimato, sulla base di quanto avvenuto per gli anni 2009-2010, pari al 53% del totale (100 €/mln), imputando il 50% del recupero all'anno 2019 e il restante 25% del recupero agli anni 2020 e 2021. I valori considerati nella voce *Altre sopravvenienze attive v/terzi* sono pari, pertanto, a 26,5 €/mln nel 2019 e a 13,2 €/mln nel 2020 e nel 2021.

In merito al recupero controlli esterni, la Regione Lazio intende accelerare e recuperare i controlli esterni concordati acuti fino al mese di giugno 2017, riabilitazione anni 2015, 2016 e giugno 2017. Prudenzialmente il valore del recupero dei controlli esterni è stato stimato fino a giugno 2017, periodo di vigenza del DCA 40/2012.

21. Allegati

21.1 Allegato 1. Investimenti in patrimonio e tecnologie

Gestione e monitoraggio dei programmi di investimento e dei progetti avviati

I finanziamenti attivi ed i progetti in corso di esecuzione si riferiscono alle linee di investimento e ai programmi di seguito indicati:

Rete dell'emergenza - Giubileo € 35.276.145,26 (Stralcio 0)

Lo Stralcio zero della terza fase del Piano decennale in materia di edilizia sanitaria ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67 è già stato avviato nel 2015 con l'adeguamento della Rete dell'Emergenza della Città di Roma per il Giubileo Straordinario.

La Regione Lazio proseguirà nel monitoraggio della rendicontazione da parte delle Aziende sanitarie dei finanziamenti assegnati.

Legge 67/88 art. 20 III Fase- DGR 861/2017 (Stralcio 1.A - € 264.441.089,72)

La Regione Lazio ha sottoscritto l'Accordo di programma relativo alla terza fase dei finanziamenti in materia di Edilizia Sanitaria ex art. 20, Legge 11/03/1988, N. 67 per un importo pari ad € 264.441.089,72 e con DGR 861/2017 è stato attivato il piano decennale (Stralcio 1.A).

Il Ministero della Salute ha comunicato ai sensi dell'art. 1, comma 346 della L. 27/12/2017, n. 205, la proroga del termine oltre il quale si intende risolto l'Accordo di Programma limitatamente agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione a finanziamento non risulti presentata al Ministero della Salute. Tale termine è individuato in trenta mesi dalla data di sottoscrizione dell'Accordo di Programma (ovvero entro 08/04/2020)

I progetti predisposti dalle Aziende Sanitarie dovranno pertanto essere approvati dalla Regione Lazio con Determinazione del Direttore Regionale entro tale data; inoltre le Aziende dovranno comunicare alla Regione Lazio l'avvenuta aggiudicazione dei lavori o delle forniture entro ulteriori diciotto mesi a decorrere dal 08/04/2020. In caso contrario, i Ministeri sovraordinati daranno avvio alla procedura di definanziamento per gli interventi previsti nell'Accordo di Programma.

Al fine di garantire l'esito dell'Accordo di Programma la Regione Lazio intende monitorare lo stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento, con periodicità trimestrale e successiva comunicazione degli esiti all'Azienda, attraverso l'utilizzo del Sistema di Interscambio Documentale "Alfresco".

Delibera CIPE 16/2013 - DGR 180/2018 — Adeguamento normativa antincendio € 8.924.531,06

In analogia a quanto suindicato per i finanziamenti ex art. 20 L. 67/88, è attivato il monitoraggio dello stato di attuazione dell'utilizzo dei finanziamenti assegnati con DGR 180/2018. La Regione Lazio intende monitorare lo stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento con periodicità trimestrale e successiva comunicazione degli esiti all'Azienda, con l'utilizzo del Sistema di Interscambio Documentale "Alfresco".

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS – DGR 404/2015) € 22.031.230,29

Si intende proseguire il monitoraggio dello stato di attuazione dell'utilizzo dei finanziamenti assegnati per gli interventi di completamento dell'attivazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) – sedi definitive – ovvero le REMS nella ASL FR (Ceccano, 40 p.l.), nella ASL RM5 (Ospedale Angelucci di Subiaco – 40 p.l.) e nella ASL Rieti (11 p.l.).

Ospedale Sant'Andrea ed il Policlinico Umberto I

L'art. 71 della legge 448/98: "Riqualficazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani" ha indicato come prioritario per il rafforzamento delle Aree Metropolitane principali del Paese, provvedere ad interventi di riorganizzazione e riqualficazione dell'assistenza sanitaria, da realizzare, specificamente, allo scopo di favorire il passaggio ad "Area Metropolitana", così come definita dalla L. 142/90 e s.m.i

Nello specifico:

6. Sant'Andrea: € 104.995.687,58 finalizzati alla realizzazione di lavori edili di completamento del Presidio, ristrutturazione ed adeguamento normativo, acquisto attrezzature e arredi ed implementazione del sistema informatico, di cui € 100.539.784,37 sono già stati utilizzati ed erogati dal Ministero della Salute, e l'importo residuo a carico dello Stato, pari a € 4.455.903,21, è in corso di utilizzazione;
7. Policlinico Umberto I: si prevede un arco temporale per il completamento di nove anni, a partire dalla data di aggiudicazione definitiva degli appalti ricompresi nel Lotto 1. (€ 192.246.532,49 di cui € 103.495.798,78 a carico dello Stato)
- 8.

Ospedale di Belcolle (Completamento del Corpo A3)

Con la I fase del finanziamento ex art. 20 L. 67/88, per il quale la Regione Lazio ha attivato un mutuo con la Cassa Depositi e Prestiti, è stato dato corso alla realizzazione del complesso ospedaliero di Belcolle a Viterbo, finanziato progressivamente con diversi atti. Nell'ambito dei fondi di I fase sono stati realizzati il Corpo B dell'Ospedale, completati alcuni interventi complementari e posto in opera il Corpo A3 dell'Ospedale di Belcolle. L'analisi dettagliata delle economie derivanti dai diversi interventi ha portato al consolidamento minimo certo di un importo residuo pari ad € 9.624.904,46 che è stato destinato al completamento del Corpo A3 ai fini della completa attivazione dell'Ospedale. Con determinazione Regionale G10180/2018 è stato approvato il progetto esecutivo delle opere di completamento del Corpo A3, dando l'avvio all'utilizzo dei fondi.

Fondi regionali per manutenzione straordinaria ed ammodernamento tecnologico

Proseguirà il monitoraggio degli investimenti finalizzati alla manutenzione straordinaria edile ed impiantistica, alle Case della Salute e all'ammodernamento tecnologico (importo assegnato alle Aziende Sanitarie nel periodo 2012-2018 € 340 MLN circa di cui il 58% circa in corso di rendicontazione o attivazione da parte delle Aziende Sanitarie).

Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento

Legge 67/88 art. 20 –Stralcio 1.B.1 - € 109.096.772,43 (DCA U00469 del 27/11/2018)

Fermi restando gli obiettivi strategici di cui allo stralcio 1.A (Ammodernamento tecnologico, Adeguamento e messa norma tecnica e funzionale dei presidi ospedalieri, Adeguamento e messa norma tecnica e funzionale dei presidi territoriali), lo stralcio I.B.1 individua gli interventi da realizzare in ordine successivo alle priorità degli interventi ammessi a finanziamento nello stralcio 1.A. Le priorità individuate per lo stralcio 1.B.1 si riferiscono a:

9. Potenziamento del parco tecnologico delle Aziende sanitarie con particolare riferimento, tra l'altro, alle alte e altissime tecnologie con l'introduzione all'interno dell'HUB della rete oncologica del Lazio (IRCCS IFO – Protonterapia).
10. Rafforzamento e potenziamento della rete HUB&spoke del Lazio
11. Attivazione del sviluppo a migliore ottimizzazione dell'offerta di salute, è perseguito attraverso la definitiva messa a punto del quinto DEA di II livello presso l'Ospedale S. Maria Goretti di Latina;
12. Ottemperare a quanto disposto nel DCA U00378 del 12/11/2014 avente ad oggetto: Presa d'atto del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e l'Università Campus Bio-Medico di Roma per il triennio 2014-2016 stipulato in data 28 ottobre 2014 ed in particolare dell'art. 10, comma 4 del Protocollo di Intesa oggetto della ratifica con il DCA stesso-

Legge 67/88 art. 20 - III Fase – Stralcio 1.B.2 - € 219.379.379,36

In coerenza con le finalità dei Programmi Operativi 2019-2021 ed in prosecuzione degli Stralci già avviati, la Regione intende completare la programmazione dell'intero stanziamento assegnato dalle Delibere CIPE n. 52/1998 e n. 65/2002; Legge n. 296/2006 e Legge n. 244/2007.

La programmazione generale delle scelte strategiche, prevedrà anche la costruzione di nuovi ospedali ovvero l'ampliamento e riconversione di quelli esistenti, compatibilmente con la disponibilità finanziaria.

Legge 232/2016 art 1. Comma 140 - € 173.166.814,00

Sono stati proposti al Ministero Sovraordinato i seguenti interventi, aventi assoluta priorità ed emergenza rispetto alle finalità sopra indicate:

RUOLO	TIPOLOGIA STRUTTURA	DESCRIZIONE INTERVENTO	TOTALE FINANZIAMENTO
PS	ASL FR - P.O. loc. San Marciano - Sora	Interventi di riqualificazione, adeguamento e messa a norma edile, impiantistica e strutturale	€ 17.010.367,00
DEA I	ASL RM6 - Ospedale dei Castelli	Interventi di completamento, sistemazioni esterna ed acquisizione attrezzature sanitarie	€ 24.500.942,00
DEA I	ASL RIETI - P.O. San Camillo de Lellis via J. F. Kennedy - Rieti	Interventi di riqualificazione, adeguamento e messa a norma edile, impiantistica, strutturale, efficienza energetica e implementazione delle attrezzature sanitarie	€ 76.521.531,00
DEA I	ASL RM3 - P.O. G.B. Grassi via Passeroni, n.21 - Roma	Interventi di ampliamento, riqualificazione, adeguamento e messa a norma edile, impiantistico, strutturale, efficienza energetica e implementazione delle attrezzature sanitarie	€ 55.133.974,00
Importo totale			€ 173.166.814,00

Le risorse destinate alla parziale realizzazione delle opere negli Ospedali suindicati e afferenti alle schede dell'Accordo di Programma di cui alla DGR 861/2017, a seguito del perfezionamento dell'assegnazione della somma di cui alla L.232/2016, saranno rimodulate per portare avanti la programmazione decennale approntata e riferita alla L. 67/88. Gli importi così liberati, saranno destinati alle Aziende in pieno sviluppo dei contenuti del presente documento.

Legge 232/2016 art 1. Comma 602-603 - € 286.776.348,00 - Fondi INAIL e fondi per la ricerca

TIPOLOGIA STRUTTURA	DESCRIZIONE INTERVENTO	TOTALE FINANZIAMENTO
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale nel sud Pontino- ASL Latina - Nuovo ospedale del Golfo	€ 75.000.000,00
ASL Frosinone	Costruzione nuovo ospedale in territorio ad alto rischio sismico (zona 1)- ASL Frosinone - Nuovo ospedale di Sora	€ 99.000.000,00
ASL Frosinone	Interventi di riqualificazione, ristrutturazione e adeguamento in territorio sismico (zona 1)-ASL Frosinone - Distretto C -Sora via Piemonte	€ 12.776.348,00
IRCCS IFO - Regina Elena e San Gallicano	Realizzazione reparto Hospice - Due nuove palazzine	€ 10.000.000,00
IRCCS IFO - Regina Elena e San Gallicano	Nuovo edificio	€ 90.000.000,00
Importo totale		€ 286.776.348,00

Sicurezza Sismica

Con Determinazione G00360 del 15/01/2018 è stato approvato il documento di sintesi "Monitoraggio del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie pubbliche – Verifica dello stato di attuazione da parte delle Aziende Sanitarie della classificazione del rischio sismico e della vulnerabilità sismica degli immobili di proprietà" ai sensi dell'Ordinanza P.C.M. n. 3274/2003 e s.m.i. e del DM 14.1.2008 e s.m.i.. La Regione intende aggiornare la rilevazione dei dati rispetto a quanto fino ad oggi acquisito.

Dalla rilevazione dei dati fino ad oggi effettuata emerge che il fabbisogno stimato per la messa a norma antisismica, per il livello massimo ottenibile in termini di costi - ammonta a € 868.313.658,29. Sono ricompresi i Presidi classificati ai sensi del DL 70/2015 e, in particolare, gli Ospedali sede di DEA di II livello, DEA di I livello, PS, Ospedali di zona disagiata e nelle zone ad elevato rischio sismico.

Poiché gli importi risultano già da ora rilevanti, gli interventi relativi alla messa a norma antisismica saranno attivati secondo le indicazioni dei Ministeri sovraordinati, sulla base di disponibilità finanziaria specificamente finalizzata e sulla base degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica predisposte dalle Aziende Sanitarie.

2.1.2 Allegato 2 - Conoscimento

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
3	La struttura di un sistema di comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità. Strategie di comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	Realizzazione e consolidamento (tramite aggiornamento periodico) di un portale in grado di documentare il contesto socio-demografico, la frequenza di patologie, di fattori di rischio e la domanda di prestazioni in aggregati sub-regionali (popolazione residente nei Comuni, nei Distretti e nelle ASL regionali). 2. Sperimentare nella regione Lazio gli strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia. 3. Sviluppo e validazione di un modello di stratificazione della popolazione cronica in base al rischio di evoluzione sfavorevole.	Portale in grado di documentare il contesto socio-demografico, la frequenza di rischio e la domanda di prestazioni in aggregati sub-regionali entro il e aggiornamento periodico. Stratificazione della popolazione assistita regionale attraverso gli algoritmi in uso presso la Regione Lombardia	giu-19	Direzione Salute e DDP	
3	La comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	2. Sperimentare nella regione Lazio gli strumenti di stratificazione della domanda di salute in uso presso la Regione Lombardia.		set-19	Direzione Salute e DDP	
3	La comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	3. Sviluppo e validazione di un modello di stratificazione della popolazione cronica in base al rischio di evoluzione sfavorevole.	Differenziazione della popolazione assistita regionale attraverso un modello predittivo del rischio di outcome sfavorevole	set-19	Direzione Salute e DDP	
3	La comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	1. Individuazione di sottogruppi di assistiti, disponibili alle Aziende e ai distretti dell'ASL, caratterizzati attraverso profili di rischio di outcome sfavorevoli e differenziati in base ad indicatori di utilizzo di servizi di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica e fattori di esposizione. 2. Realizzazione, in collaborazione con la ASL, di interventi di comunicazione efficaci, in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.	Individuazione di sottogruppi di assistiti, disponibili alle Aziende e ai distretti dell'ASL, caratterizzati attraverso profili di rischio di outcome sfavorevoli e differenziati in base ad indicatori di utilizzo di servizi di cura, caratteristiche di vulnerabilità socio-economica e fattori di esposizione Realizzazione, in collaborazione con la ASL, di interventi di comunicazione efficaci, in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, sui temi della promozione degli stili di vita salutari, dell'accesso ai servizi di prevenzione (Entro dicembre 2012).	dic-19	Direzione Salute e DDP	
4	La comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.		dic-21	Direzione Salute	
4	La comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	Creazione e il consolidamento di una rete regionale per la comunicazione sui temi della salute e della prevenzione, in grado di diffondere messaggi coerenti ed omogenei anche in accordo con altri enti (organizzazioni sanitarie e non sanitarie (Ministero della Salute, ISS, IZS, INAIL, etc)).	Realizzazione della Mappa delle "Opportunità di Salute" sul sito SaluteLazio (Entro dicembre 2020)	dic-20	Direzione Salute	
4	La comunicazione di epidemiologia e di prevenzione della popolazione e della comunità.	Promozione e sostegno delle attività di comunicazione realizzate all'interno delle reti collaborative (a Rete delle Città e delle Comunità Sane, le reti Scuole che Promuovono Salute, Health Promoting Hospitals, ecc.).	Realizzazione della Mappa delle "Opportunità di Salute" sul sito SaluteLazio (Entro dicembre 2020)	dic-20	Direzione Salute	
5	Umanizzazione del sistema di cure	Publicazione dei risultati della valutazione condotta nell'ambito del progetto di ricerca interregionale sull'umanizzazione coordinato da Agenas.	Iniziativa di disseminazione dei risultati regionali delle valutazioni condotte nell'ambito del progetto di ricerca interregionale coordinato da Agenas.	giu-20	Direzione Salute	
5	Umanizzazione del sistema di cure	Individuazione di eventuali ulteriori ambiti di valutazione legati all'accessibilità fisica, agli strumenti per l'accessibilità e per l'orientamento dei pazienti, nei servizi, nonché alla qualità dei servizi alberghieri, per identificare specifiche azioni migliorative.	Documento con proposte di azioni migliorative sulla rete dei servizi	dic-21	Direzione Salute	
5	Umanizzazione del sistema di cure	Definizione di una modalità di comunicazione strutturata di associazioni dei cittadini in favore della collaborazione degli operatori regionali, a partire dalle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.	Identificazione di un percorso di consultazione strutturato nell'elaborazione delle linee regionali di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.	dic-19	Direzione Salute	
1	La Programmazione integrata	Elaborazione di un documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA.	Documento metodologico sui criteri di costruzione di un PDTA.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
1	La Programmazione integrata	Identificazione di sistemi di rilevazione dell'aderenza al PDTA da parte dei professionisti.	Sistemi di rilevazione dell'aderenza al PDTA da parte dei professionisti identificati.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
6	Promozione della salute e prevenzione attiva	Coordinamento regionale dei sistemi di sorveglianza di popolazione.	Predisposizione atto regionale per la definizione dell'organizzazione dei sistemi di sorveglianza	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	

2.1.2 Allegato 2 - Cono-programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
6.1	Promozione della salute e prevenzione attiva	Definizione di percorsi e/o conduzione di indirizzi per la realizzazione di interventi intersettoriali di promozione di stili di vita salutari nei diversi setting (scuola, luoghi di lavoro, servizi sanitari e comunità).	Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.1	Promozione della salute e prevenzione attiva	Definizione di accordi e/o conduzione di indirizzi per la realizzazione di interventi intersettoriali per garantire un elevato livello di salute umana, nonché di benessere degli animali nella filiera agroalimentare.	Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.1	Promozione della salute e prevenzione attiva	Definizione di politiche e interventi intersettoriali finalizzati a ridurre le esposizioni ambientali nocive per la salute e a creare ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria.	Almeno un accordo intersettoriale con i settori dell'educazione e formazione, ambiente, pianificazione territoriale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.2	Promozione della salute e prevenzione attiva	Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari, maestri operatori sanitari per l'approfondimento e/o approfondimento delle competenze di base del coaching per interventi di promozione della salute rivolti a: futur genitori e neo-genitori, popolazione adulta, anziani, fragili, persone con disabilità e loro caregiver.	Definizione di un piano formativo regionale per la promozione della salute	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.2	Promozione della salute e prevenzione attiva	Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel setting scolastico, finalizzati all'approfondimento e/o approfondimento delle competenze di base per la promozione delle life skills, e la realizzazione di interventi di peer education.	Definizione di un piano formativo regionale per la promozione della salute	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.2	Promozione della salute e prevenzione attiva	Realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel settore della Sicurezza Alimentare e finalizzati all'approfondimento e/o approfondimento della normativa inerente la filiera agroalimentare.	Realizzazione di percorsi formativi collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione (almeno 2 percorsi).	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.3	Promozione della salute e prevenzione attiva	Realizzare interventi di comunicazione (questi su veicolo motorizzato) e di partecipazione equa, consapevole e non passiva al processo di promozione e cura della salute di soddisfare al contempo la sempre crescente domanda di "supporto high care" e il coinvolgimento attivo del paziente.	Realizzazione di interventi di organizzazione sui fattori di rischio individuali, i comportamenti a rischio, gli interventi di prevenzione e l'utilizzo dei servizi sanitari con il coinvolgimento di cittadini/caregiver e operatori sanitari (almeno 2 interventi)	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
6.3	Promozione della salute e prevenzione attiva	Realizzare interventi di formazione per operatori sanitari per il "supporto high care" e il coinvolgimento attivo del paziente.	Realizzazione di percorsi formativi per operatori sanitari collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione (almeno 2 percorsi).	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Proseguire e potenziare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP).	Consolidamento/incremento del numero di aziende coinvolte nei percorsi WHP (>3 aziende/ASL) (monitoraggio annuale).	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Procurare e diffondere linee di indirizzo e di buona pratica.	Adozione di linee di indirizzo di buone pratiche (almeno 1/anno).	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Procurare e applicare procedure standardizzate a livello regionale per le attività di controllo.	Adozione e applicazione procedure standardizzate regionali (applicazione in tutte le 10 ASL) (monitoraggio annuale).	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.4	6.4 Salute e sicurezza sul lavoro	Formare gli operatori SPRESAL sulle metodologie e strumenti per la valutazione dei MOS.	Realizzazione di un corso di formazione regionale per Dirigenti e Tecnici SPRESAL sui MOS (1 operatore per ASL), per poi avviare nelle singole ASL la formazione a cascata.	apr-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.5	Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vascolari	Migliorare l'accessibilità ai servizi vascolari da parte dei soggetti target.	Atto di indirizzo per la organizzazione della rete dei servizi vascolari.	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	

2.1.2 Allegato 2 - Conoscimento

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
6.5	Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali	Migliorare la formazione del personale sanitario specificamente impegnato nel settore delle vaccinazioni nonché del personale sanitario ingegnere sul tema.	Implementazione Anagrafe Vaccinale Regionale.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.5	Consolidamento e qualificazione della rete dei Centri Vaccinali	Definire indicazioni regionali per promuovere la qualità delle vaccinazioni, per garantire maggior omogeneità nell'erogazione di servizio e massima copertura	Raggiungimento/mantenimento delle coperture di vaccinazione obbligatorie e raccomandate come richiesto dal Piano Nazionale Vaccini.	maggio-2020; maggio-2021	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.6	Programmi di screening	Coinvolgimento attivo dei MMG/PLS per la sensibilizzazione della popolazione target.	Consolidamento/incremento del numero di soggetti coinvolti nei percorsi (>90%) (monitoraggio annuale)	maggio-2020; maggio-2021	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RISORSE UMANE
6.6	Programmi di screening	Collegamento dei centri di screening alle reti oncologiche.	Miglioramento degli indicatori di processo rispetto agli standard di riferimento (DCA, IS2/2015), monitorabili tramite l'utilizzo dei Sistemi Informativi Regionali presso tutti i nodi dei percorsi organizzati.	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	RETE OSPEDALIERA
6.6	Programmi di screening	Coinvolgimento dei distretti/municipi/comuni per la promozione dei percorsi organizzati.	Adozione di Linee di indirizzo per lo screening oftalmologico	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.6	Programmi di screening	Implementazione dello screening neonatale oftalmologico e messa a disposizione dello screening neonatale metabolico esteso ed audiológico.	Copertura screening neonatali >90% (monitoraggio annuale)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRC) 2020 – 2023	a) Pianificazione ed esecuzione nel 2019 del follow up degli isuffici di sistema sospetti presso le Aziende nel periodo 2015-2018 ai sensi dell'articolo 4 (6) del Regolamento C.n. 883/2004 (monitoraggio scadenza dicembre 2019)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRC) 2020 – 2024	b) valutazione dell'efficacia dei piani d'azione posti in essere dalle Aziende a seguito delle raccomandazioni formulate dalla Regione nel corso degli aiuti di sistema condotti presso le Aziende nel periodo 2015-2018 (monitoraggio scadenza dicembre 2019)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRC) 2020 – 2025	c) individuazione di ulteriori specifiche aree di criticità, oltre a quelle già evidenziate sopra, che richiedono interventi mirati e non prorogabili entro il 2020 ed elaborazione delle relative linee guida che assicurino l'adeguatezza degli interventi sul territorio, tenendo conto del dettato normativo del regolamento UE 2017/625 (monitoraggio scadenza dicembre 2020).	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	1. Elaborazione del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRC) 2020 – 2026	d) elaborazione nel 2020 del Piano integrato dei controlli ufficiali (PRC) 2020 – 2023 e della programmazione strategica del nuovo ciclo di aiuti 2020-2024 (monitoraggio scadenza entro dicembre 2020)	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	2. Definizione di accordi "Sanità Ambiente-Agricoltura" per la definizione di indirizzi in ambito regionale con l'obiettivo di qualificare le produzioni primarie locali	a) Costituzione di un tavolo permanente "Sanità-Agricoltura-Ambiente" per la condivisione di strategie integrate in produzione primaria entro il 2019. (monitoraggio scadenza dic-2019)	dic-20	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	2. Definizione di accordi "Sanità Ambiente-Agricoltura" per la definizione di indirizzi in ambito regionale con l'obiettivo di qualificare le produzioni primarie locali	b) Elaborazione di linee di indirizzo individuali nel corso delle riunioni di cui al punto a) entro il 2021.	dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7.5 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	3. Predisposizione di piani strategici per l'individuazione di cluster di allevatori e la loro qualificazione attraverso il controllo, nei cluster di allevatori, del 100% dei capi presenti e controllati	a) elaborazione di piani di controllo straordinari (monitoraggio scadenza dic-2019)	dic-19	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	

2.1.2 Allegato 2 - C-sonogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	3. Predefinisce di piano i procedimenti per l'individuazione di focolai e la loro bonifica e neozootica attraverso il controllo, nei cluster di infestazione, del 100% dei capi presenti e controllabili 4. Sottoscrive/aggiorna/monitora/controlla i rischi per la zoonosi delle caratteristiche strutturali dei canali sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in un database nazionale 4.1. Sottoscrive/aggiorna/monitora/controlla i rischi per la zoonosi delle caratteristiche strutturali dei canali sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in un database nazionale 4.2. Sottoscrive/aggiorna/monitora/controlla i rischi per la zoonosi delle caratteristiche strutturali dei canali sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in un database nazionale	b) situazione e monitoraggio presso le ASL del piano di controllo (monitoraggio annuale, dic-2020; dic-2021) a) istituzione di un gruppo di lavoro con i servizi veterinari delle ASL per la elaborazione/aggiornamento delle check list (monitoraggio scadenza giugno 2020) b) costituzione di un tavolo di lavoro con rappresentanti di enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore per individuare le criticità e promuovere le iscrizioni all'anagrafe canina (monitoraggio annuale, dic-2020; dic-2021) c) elaborazione di una campagna di formazione/informazione per la sensibilizzazione dei cittadini, sviluppata in base alle linee di indirizzo individuate nel corso delle riunioni di cui al punto b) entro il 2021.	dic-20 giu-20 dic-20 dic-21	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	
6.7	6.7 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	4. Sottoscrive/aggiorna/monitora/controlla i rischi per la zoonosi delle caratteristiche strutturali dei canali sanitari e rifugio. Potenziamento della collaborazione con enti locali, organi di controllo del territorio e operatori del settore, per aumentare la percentuale di iscrizione dei cani di proprietà in un database nazionale	Monitoraggio semestrale costante tempi intervento da parte della Direzione Salute per il tramite del Coordinamento della rete dell'Emergenza Urgenza ed adozione di eventuali azioni correttive	30/09/2019	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.2a	7.1.2 Le Centri Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	Gestione tempestiva dei trasferimenti prioritari e secondari;				
7.1.2b	7.1.2 Le Centri Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	potenziamento della trasmissione di immagini e dati;	potenziamento in 104 del sistema di trasmissione degli ECG (Telemed) entro giugno 2020	30/06/2020	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.1.2c	7.1.2 Le Centri Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	potenziamento della trasmissione di immagini e dati;	utilizzo del sistema di teletrasmissione ECG (Telemed) anche per il dolore toracico non tipico entro il termine di vigenza del Programma Operativo	31/12/2021	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.1.2c	7.1.2 Le Centri Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso	riduzione del ricorso alle externalizzazioni.	riduzione del ricorso alle externalizzazioni in misura proporzionale alla riduzione del sovraffollamento in pronto soccorso nell'ambito del territorio di vigenza del Programma Operativo	31/12/2021	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.3	7.1.3 Trasformazione del Punti di Primo Intervento	- Trasformazione dei PPI in Punti di erogazione di assistenza primaria	Avenuta trasformazione dei PPI di Latina, Vieste, Montesaccione e Roccamare, Ladispoli	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
7.1.4a	7.1.4a La Rete Ospedaliera	1. Partecipazione alla governance delle reti tempo dipendenti con definizione dei compiti e delle funzioni dei coordinatori delle reti di una e di struttura, sviluppo indicatori di struttura, processo ed esito per il monitoraggio delle attività.	1. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinatori delle reti tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4b	7.1.4b La Rete Ospedaliera	2. Definizione di un modello di governance delle reti non tempo dipendenti, con particolare riferimento alle oncologiche.	2. Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale entro marzo 2020.	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4c	7.1.4c La Rete Ospedaliera	3. Emanazione di linee di indirizzo regionali riguardanti il percorso nascita.	3. Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti e funzioni dei coordinatori delle reti non tempo dipendenti, con provvedimento regionale, entro dicembre 2019.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
7.1.4d	7.1.4d La Rete Ospedaliera	4. Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza, accessibile da parte del personale ospedaliero e non ospedaliero di punto nascita.	4. Realizzazione di un documento che definisca il modello di governance delle reti non tempo dipendenti ed adozione del modello con provvedimento regionale, entro marzo 2020.	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT

2.1.2 Allegato 2 - Conoscenza

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
7.1.4e	La Rete Ospedaliera	5. Monitoraggio dell'implementazione delle indicazioni previste dal Protocollo di stato regionali del 16/12/2018 inerenti la sicurezza e appropriatazza del percorso nascita.	5. Realizzazione linee di indirizzi regionali riguardanti il percorso nascita entro dicembre 2019.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
7.1.5f	La Rete Ospedaliera	6. Coordinamento e realizzazione di interventi di supporto ai nati nascita con volumi di attività o basi di taglio cesareo primario non adeguati.	Realizzazione di una cartella informatizzata della gravidanza entro dicembre 2021	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
7.2	L'integrazione ospedale-territorio	7. Revisione ed aggiornamento delle funzioni dei case manager, con il supporto del "Coordinamento Regionale dei Bed Manager", istituito con Determina Dirigenziale n. G.16182 del 12 dicembre 2018, per le attività legate al contratto del sovrappiù nel Pronto Soccorso ed al miglioramento dei percorsi			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.2.1	L'integrazione ospedale-territorio	Definizione di un modello di "case manager" che favorisca l'integrazione, i cambi di setting ed il governo delle cure e dell'assistenza con il centro il Distretto.	Aggiornamento della Delibera di Giunta Regionale n. 821 del 3 novembre 2009 "Interventi per il miglioramento della efficienza ed efficacia delle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio, individuazione delle funzioni del "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione".	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.2.2	L'integrazione ospedale-territorio	Realizzazione di un modello di "case manager" che favorisca l'integrazione, i cambi di setting ed il governo delle cure e dell'assistenza con il centro il Distretto.	Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di un modello di care management, con riferimento al livello ospedaliero e territoriale, volto a favorire l'integrazione ed i cambi di setting	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.2.3	L'integrazione ospedale-territorio	Realizzazione di un percorso assistenziale integrato tra ospedale e territorio, mediante la realizzazione di un sistema informatico collegamento fra i diversi ambiti assistenziali (degenza per acuti, strutture riabilitative ospedaliere e territoriali, post-acute, strutture residenziali, e ADI), utilizzabile da tutte le	Adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere e territoriali di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il Distretto (per l'Assistenza Domiciliare) entro dicembre 2019.	ott-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.2.4	L'integrazione ospedale-territorio	Realizzazione di un percorso assistenziale integrato tra ospedale e territorio, mediante la realizzazione di un sistema informatico collegamento fra i diversi ambiti assistenziali (degenza per acuti, strutture riabilitative ospedaliere e territoriali, post-acute, strutture residenziali, e ADI), utilizzabile da tutte le	Realizzazione di uno strumento informatico per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza e le strutture di riabilitazione (codici 16,26,29) e post-acute (codice 50), collegato con sistemi informativi di monitoraggio e programmazione dell'offerta riabilitativa entro marzo 2020	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
7.3.1	Implementazione del numero unico europeo 116117.	Definizione del modello regionale per il 116117;	Costituzione del gruppo di lavoro per la definizione del progetto.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.3.1	Implementazione del numero unico europeo 116117.	Definizione del modello regionale per il 116117;	Presentazione del progetto regionale di 116117 ai Ministeri.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.3.2	Implementazione del numero unico europeo 116117.	2. Implementazione del modello;	Convolgimento delle UCCP nella gestione.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
7.3.3	Implementazione del numero unico europeo 116117.	3. Avvio delle attività.	Avvio delle attività.	gen-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
8	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni individualizzati				RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni individualizzati	Il potenziamento del Distretto				

2.1.2 Allegato 2 - Conoscogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
8.1.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Definizione del fabbisogno quantitativo e qualitativo di personale per i distretti aziendali.	Piano del fabbisogno triennale dei distretti per il triennio 2020-2022.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.1.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Definizione del fabbisogno formativo del personale dei distretti aziendali.	Piano formativo del personale.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RISORSE UMANE
8.1.3	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Implementazione di un sistema informativo integrato che copra tutte le attività del distretto (anche in termini di valutazione e monitoraggio).	Approvazione del progetto e avvio di attività svilupporci sistema informativo integrato territoriale entro il 31 dicembre 2019	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
8.1.4	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Definizione del ruolo/responsabilità del distretto nella gestione dei percorsi di cura del paziente cronico.	Definizione del ruolo/responsabilità del distretto nella gestione dei percorsi di cura del paziente cronico	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Il percorso assistenziale integrato territorio-ospedale-territorio				
8.2.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni/complessi	Implementazione di sistemi per la dimissione concordata, attraverso uno strumento informativo per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza e il distretto	Adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere e territoriali di uno strumento informativo per la comunicazione integrata ed in tempo reale tra i reparti di degenza ed il distretto (per l'assistenza domiciliare) entro ottobre 2019	ott-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA SISTEMI INFORMATIVI/ICT
8.2.2	Modelli di intervento proattivo per l'individuo con bisogni/complessi	Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque in entry follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo".	Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico o comunque in entry follow-up, con la possibilità di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo"	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
8.3	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Sviluppo di linee d'indirizzo regionali sulla cronicità				
8.3.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni/complessi	Recupero delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità.	Analisi delle attività aziendali sulla gestione del paziente con cronicità completata.	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.3.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Elaborazione di linee di indirizzo per l'attuazione delle politiche aziendali sulla cronicità.	Linee di indirizzo regionali per l'attuazione del Piano nazionale della cronicità.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.3.3	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni/complessi	Identificazione di primi obiettivi per le Aziende Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione.	Identificazione di primi obiettivi per le Aziende Distretti sulla base delle risultanze del sistema di stratificazione.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.4.	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni/complessi	Bisogni assistenziali/rabilitativi derivanti da disabilità complesse				
8.4.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni/complessi	Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale che contenga la riorganizzazione del sistema, la riqualificazione del fabbisogno e percorsi specifici per pazienti ad alta complessità e minori	Predisposizione di un piano di potenziamento della rete di riabilitazione territoriale entro il 31 luglio 2019	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

2.1.2 Allegato 2 - Conoscogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
8.4.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Recupero a livello regionale dei provvedimenti di riordino dell'assistenza abitativa secondo i reali bisogni espressi dalla popolazione	Aggiornamento dell'offerta di servizi di riabilitazione territoriale a partire dal 1 gennaio 2020	gen-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
8.5	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	<i>Il percorso per la gestione del trattamento per la Salute mentale</i> Incentivare i percorsi di assistenza in una logica sistemica e di salute di popolazione, favorendo la continuità di cura e la presa in carico frequente alla residenzialità e favorendo le dimensioni di popolazione che hanno ricoperto le capacità relazionali e di autonomia personale, necessitate a sviluppare progetti terapeutici individuali supportati da strumenti innovativi (es. budget di salute) anche alla luce dell'integrazione socio-sanitaria (distretti, PUA, Comuni, ruolo WMG) e delle buone pratiche presenti sul territorio.	Piano per la salute mentale.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.5.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.5.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.5.3	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.5.4	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.			RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.6	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	<i>Il percorso assistenziale per la tutela della salute mentale dei soggetti in età evolutiva</i> Analisi dei dati relativi al volume di attività (diagnosi e/o presa in carico) dei Servizi TSMRE e dei servizi ospedalieri di neuropsichiatria infantile e definizione di specifiche linee di indirizzo regionali	Razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta residenziale per la salute mentale, favorendo l'adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di percorsi di cura alternativi alla residenzialità psichiatrica.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REINUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
8.6.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Analisi dei dati relativi al volume di attività (diagnosi e/o presa in carico) dei Servizi TSMRE e dei servizi ospedalieri di neuropsichiatria infantile e definizione di specifiche linee di indirizzo regionali	Definizione del modello regionale per la tutela della salute dei minori abusati.	giu-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.6.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Sottoscrizione, da parte di ogni Azienda Sanitaria, di un protocollo di presa e di un protocollo operativo con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi).	sottoscrizione di protocolli operativi da parte delle ASL con le scuole primarie del territorio (o i relativi istituti comprensivi)	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.6.3	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Integrazione dell'attività dei DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo	Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico dei minori con una delle problematiche evidenziate	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
8.7	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	<i>Dipendenze patologiche</i>				
8.7.1	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Conclusioni iteri accreditamenti che erogano servizi per le dipendenze patologiche avviato con DCA 295/2015.	Adozione provvedimento regionale di accreditamento delle strutture.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	FAMIGLIA MINORI E PERSONE FRAGILI ACCREDITAMENTI E CONTROLLI
8.7.2	Intervento proattivo per l'individuo con bisogni	Definizione del fabbisogno e delle tariffe.	Adozione provvedimenti regionali riguardanti il fabbisogno ed il sistema tariffario.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	FAMIGLIA MINORI E PERSONE FRAGILI REINUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI

2.1.2 Allegato 2 - Conoscogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
8.7.3	Interventi per l'individuo con bisogni	Contrattualizzazione emt.	Contrattualizzazione emt.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	PROVINCIA DI ROMA REGIONE LAZIO BUDGET E CONTRATTI CONTATTI E COLLABORAZIONE
8.7.4	Interventi per l'individuo con bisogni	Integrazione dell'attività del DSM con quella dei distretti al fine di fornire una risposta complessiva ai bisogni di salute dell'individuo.	Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico dei pazienti con una delle problematiche evidenziate	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili				RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
9.1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	<i>in presa in carico delle fasce vulnerabili di stranieri/migranti</i>				
9.1.1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Definizione e attivazione di equipe multidisciplinari funzionali per accertamento dell'età MSMA.	N. equipe multidisciplinari funzionali per accertamento età MSMA (almeno 6 su 10)	giu-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.1.2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	aggiornamento mappatura e monitoraggio degli ambulatori STP/FEN;	Mappatura ambulatori STP/FEN, entro il 30 giugno 2019 e successivi aggiornamenti entro il 31 dicembre di ogni anno e acquisizione delle relazioni di attività predisposte da tutte le ASL entro il 31 dicembre di ogni anno	giu-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.1.3	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Realizzazione e diffusione di un opuscolo con indicazioni per l'accessibilità al SSR e orientamento ai servizi.	Distribuzione alle ASL di almeno 300 opuscoli con indicazioni per l'accessibilità al SSR	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.1.4	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Definizione criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/FEN, attraverso la collaborazione "Equipe per la gestione delle patologie croniche" e la banca della salute degli immigrati", istituita presso la Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria.	Definizione criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/FEN entro il 31 dicembre 2020	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	<i>Salute Penitenziaria</i>				
9.2.1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Mappare l'attuale offerta di servizi;	Mappatura dell'offerta dei servizi.	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Identificare la dotazione minima di discipline/specialità da garantire all'interno degli Istituti Penitenziari;	Definizione della dotazione minima di discipline/specialità per gli ambulatori interni agli Istituti Penitenziari entro il 31 dicembre 2019	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.2a	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Valutazione del fabbisogno di p.r. Rems.	Definizione dell'abbigliamento di p.r. Rems e determinazione dell'offerta definitiva entro il 30 settembre 2019	set-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.2b1	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Apertura Rem di Reti	III Reti: entro il 31 dicembre 2019;	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	

2.1.2 Allegato 2 - Cologramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
9.2.3b2	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Apertura Rem di Subiaco	Subiaco entro il 31 maggio 2021;	mag-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3b3	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Apertura Rem di Ceccano	Ceccano entro il 30 aprile 2021;	apr-22	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.2.3c	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Eventuale riconversione di una delle Rems provvisorie in Rema attenuata	Identificazione delle soluzioni per la continuità assistenziale successiva alla Rems	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.3	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Residenzialità sanitaria protetta per la tutela dei bambini (Legge n. 62/2011)				
9.3.1a	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Costituzione di un gruppo di lavoro tecnico integrato finalizzato alla definizione dell'offerta di servizi per la tutela dei bambini figli di donne del circuito penale (in considerazione di quanto previsto dalla Legge n. 62 del 21 aprile 2011)	adozione provvedimento regionale di costituzione del gruppo tecnico di lavoro sul percorso assistenziale	mar-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
9.3.1b	Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili	Costituzione di un gruppo di lavoro tecnico integrato finalizzato alla definizione dell'offerta di servizi per la tutela dei bambini figli di donne del circuito penale (in considerazione di quanto previsto dalla Legge n. 62 del 21 aprile 2011)	Predisposizione del documento tecnico	giu-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
10	Azioni di sistema e sviluppo delle capacità gestionali					
10.1	Governance istituzionale					
10.1.1	Governance istituzionale	Istituizione di una nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio 07", finalizzata a supportare l'incremento e la specializzazione di funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo e gestionale.	Avvio della nuova Azienda Sanitaria, denominata "Lazio 07",	gen-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE UMANE SISTEMI INFORMATIVI/ICT
10.1.2	Governance istituzionale	Trasmissione di una nuova struttura organizzativa con sviluppo di un percorso di lavoro nei distretti, di funzioni di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con i produttori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità...) nei confronti di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati.	Documenti regionali di indirizzo (ris. 11, dicembre 2020) in tema di modelli e stime dei fabbisogni, procedure di valutazione, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, promemoria, in particolare nelle ASL e nei distretti, l'esercizio di funzioni di committenza nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio.	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE UMANE SISTEMI INFORMATIVI/ICT
10.1.3	Governance istituzionale	Definizione di un atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali e, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze.	Atto di indirizzo finalizzato alla revisione degli assetti organizzativi aziendali, conseguentemente, degli atti aziendali volti ad implementare gli indirizzi regionali in tema di organizzazione e definizione di nuove competenze.	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RISORSE UMANE SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11	Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica Sistemimmuni, Sistemimmuni, Programmazione Acquisti e Logistica					
11.1	Sanità digitale, Programmazione Acquisti e Logistica	Ambito informativo				

2.1.2 Allegato 2 - C onoprogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
11.1.1	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione Acquisti e Logistica	Qualità e completezza del patrimonio informativo, centralizzazione della data governance e monitoraggio dell'erogazione dei LEA				
11.1.1a	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione Acquisti e Logistica	Definizione e implementazione di KPI sullo stato qualità del patrimonio informativo e del Servizio Sanitario Regionale, con evidenza delle strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit anche in collaborazione con altri enti/departimenti regionali.	Report contenente le strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit (predeposito entro giugno di ogni anno a partire dal 2019, ai dati della precedente annualità.	giu-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1b	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Publicatione annuale dell'output delle verifiche di qualità dei dati, con evidenziazione delle principali criticità riscontrate	documento annuale delle verifiche di qualità dei dati predisposto entro giugno di ogni anno a partire dal 2020	giu-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1c	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione Acquisti e Logistica	Miglioramento della completezza e della qualità dei dati dei sistemi informativi funzionali al monitoraggio degli adempimenti LEA, misurato attraverso un Coefficiente di variazione negli indicatori di qualità e completezza	Documento annuale delle verifiche di qualità dei dati predeposito entro giugno di ogni anno a partire dal 2020	giu-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1d	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione Acquisti e Logistica	Obblighi informativi LEA, miglioramento negli indicatori di completezza e qualità dei flussi informativi	Obblighi informativi LEA, nessuna inadempienza certificata con riferimento all'annualità 2021	giu-22	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1e	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione Acquisti e Logistica	Publicatione dei risultati del monitoraggio degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA a cadenza semestrale, con evidenziazione delle principali criticità riscontrate	Miglioramento degli indicatori definiti nel Nuovo Sistema di garanzia dei LEA tra il 2019 e il 2021	lug-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1f	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Proseguimento del sistema P-INFORMATICA - Programma regionale di valutazione e monitoraggio dell'ambito dei PRAVE di nuovi indicatori di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, con evidenza delle strutture e gli indicatori di qualità e completezza oggetto delle attività di audit anche in collaborazione con altri enti/departimenti regionali.	Almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PRAVE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito ospedaliero, elaborati anche attraverso l'integrazione del contenuto informativo della SDO introdotto ai sensi del D.M. 261/2016	dic-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.1g	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Proseguimento del sistema P-INFORMATICA - Programma regionale di valutazione e monitoraggio dell'ambito dei PRAVE di nuovi indicatori di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in regime post-acute.	Almeno due nuovi indicatori, nell'ambito del PRAVE, di efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa di prestazioni erogate in ambito post-acute	dic-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.1.2	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Ambito Informativo: Evoluzione del modello organizzativo di data Security e Privacy in ambito Socio Sanitario				
11.1.2a	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Definizione e implementazione di un nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle Informazioni in ambito Socio Sanitario.	Omogeneità nella applicazione del nuovo Modello Organizzativo Regionale di Sicurezza dei Dati e delle Informazioni a partire dal 2020.	gen-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.2	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Passaggio Sanitario Elettronico e Infrastruttura di Rete ed alta velocità				
11.2.1	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione Acquisti e Logistica	Ripartire tutte le interfacce delle strutture nel territorio ad un equivalente stato di integrazione (a livello informativo e tecnologico) con una forte cooperazione applicativa tra i sistemi informativi sanitari.	Messa a completa a regime del PEE.	dic-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.2.2a	Sistemi informativi; Programmazione Acquisti e Logistica	Avvio progressivo dei sistemi già pronti con una programmazione concorrente con le strutture.	Bande ed esplorazione grafa BAN SANITÀ.	nov-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
11.4.8	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	Formazione dei pazienti all'autocura della propria patologia attraverso strumenti di Telesalute	Formazione degli operatori sulle nuove tecnologie di servizio dei percorsi di cura.	dic-20	RETE OSPEDALIERE SPECIALISTICA	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO SISTEMI INFORMATIVI/ICT
11.5	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione; Acquisti e Logistica	Arbitrio <i>Perinfezione Acquisti</i>				
11.5.1	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	Creazione e/o consolidamento di anagrafiche/codifiche comuni valide per tutte le aziende e per la Regione	Repository centralizzato delle anagrafiche ed automatizzazioni/integrazioni dello stesso con le strutture sanitarie.	feb-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO CONSUMI
11.5.2	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	2. Realizzazione di un menucamminatore in varie aziende sanitarie in relazione al ruolo di capofila per determinate aree territoriali o segmenti merceologici, in termini di competenze, performance bandi gara, serie storiche volumi, relazioni industriali, ed altro e proposta progettuale di revisione del modello di lavoro.	Documento finale di revisione del modello organizzativo di governance e determine di scopo.	dic-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO CONSUMI
11.5.3	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	3. Predifinizione del modello di controllo (flussi dati ed attori) e degli indicatori di performance (KPI, livelli di servizio) della Programmazione acquisti regionale rispetto i fabbisogni/appropriata/efficacia, economicità di scala e livelli di servizio.	Reportistica su modello di controllo ed elenco indicatori fabbisogno e di risparmio e documentazione a corredo.	nov-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO CONSUMI
11.6	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione; Acquisti e Logistica	Arbitrio <i>Logistica sanitaria</i>				
11.6.1	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	Mappatura dell'assetto logistico regionale per una riorganizzazione del modello logistico (posizione magazzini, volumi stoccaggio, natura depositi, personale impiegato, natura esercizio, serie storiche).	Documento di rilevazione degli Asset Logistici Regionali.	mag-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	PATRIMONIO E TECNOLOGIE
11.6.2	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione; Acquisti e Logistica	Realizzazione di una anagrafica unica regionale integrata negli articoli, dei depositi della rete ospedaliera, idonea ad essere collegata al sistema regionale integrato con strutture, sviluppo di controlli di sicurezza rispetto tracciabilità e codifica puntuale di beni (GS1, Unique Device Identification UDI).	Documento di rilevazione entro maggio 2020.	dic-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	FARMACI E DISPOSITIVI
11.6.3	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	Rilevazione e monitoraggio dei flussi dati logistici delle aziende sul territorio (anagrafiche articoli, indici di rotazione, giacenze, conto deposito) provenienti dalle aziende sul territorio). Gestione del rilevamento delle informazioni di conto e scadenza.	Sistema informativo/statistico, e reportistica regionale dicembre 2020	dic-20	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	FARMACI E DISPOSITIVI
11.6.4	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione; Acquisti e Logistica	Ottimizzazione delle scorte ed un abbattimento delle quantità dei beni scaldati mediante tecniche di forecast (trend-ciclo, stagionalità, valori fuori linea).	Sistema di reportistica centralizzato per verifica dello stato dei magazzini, delle scorte e dei consumi stimati su periodo.	mar-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.6.5	Sistemi informativi; Programmazione; Acquisti e Logistica	Progettazione di KPI legati a eventi rilevanti nel processo logistico: ricezione e controllo merci, allestimento ordini dei Centri di Costo (CoC), spedizione e trasporto, distribuzione dai transit point ai CoC, consegne e customer satisfaction.	Elenco di indicatori di servizio	mar-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
11.6.6	Sistemi informativi; Sanità digitale; Programmazione; Acquisti e Logistica	Proposta di ufficio tecnico organizzativo e di governance dell'assetto logistico con l'obiettivo di implementare il modello di lavoro centralizzato logistico centralizzato valutazione e comparazione con il mercato rispetto le soluzioni applicative e le infrastrutture.	Studio di fattibilità, documento di progettazione esecutiva per l'efficiamento organizzativo e di governance dell'assetto logistico centralizzato.	nov-21	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	
12	Ricerca, Innovazione e Health Technology Assessment					

2.1.2 Allegato 2 - Conoscimento

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
12.1.1	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Avvio di un ciclo iterativo della Ricerca sanitaria regionale, volto a definire velocità e modalità di erogazione dei servizi amministrativi efficienti degli stessi.	Sito internet della Ricerca sanitaria regionale.	dic-19	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.2	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Coordinamento della segreteria dei comitati etici, al fine di far crescere e coinvolgere il personale delle strutture sanitarie, creando al contempo un osservatorio privilegiato sulle attività di ricerca svolte nell'ambito del SSR.	Avvio delle attività di coordinamento delle segreterie dei Comitati Etici.	mar-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.3	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Avviare l'attività di rinnovamento dei ricercatori del SSR nella fase di preparazione delle proposte per bandi di ricerca nazionali e internazionali sulle tematiche.	Documento di priorità strategiche per la ricerca e l'innovazione in Sanità.	dic-19	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.4	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Avviare una ricognizione dei progetti di ricerca per il settore Salute Suddivisa per tipologia di aziende.	Documento con Piano di governo regionale per l'HTA.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.5	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Promuovere un best practice di ricerca per lo studio dei trattamenti coniguar area di ricerca di interesse europeo. Si prevede a riguardo, il sostegno alle collaborazioni e le relazioni di gruppi multidisciplinari per progetti di ricerca sulla cronicità all'interno delle www.italianresearchers.it/it/ricerca/tema/area-di-ricerca .	Almeno tre riunioni di coordinamento delle segreterie dei Comitati Etici.	dic-21	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.6	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Supportare la definizione di linee di indirizzo regionali per l'implementazione del PNC, contribuendo al lavoro di redazione partecipata e all'accompagnamento dei processi di innovazione organizzativa.	Strumento ricognitivo degli studi critici nei mesi amministrativi di competenza dei comitati etici predisposti.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.7	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Promuovere l'accesso di tutte le aziende del SSR ad una banca dati (UpToDate) documentata a livello regionale.	Almeno due iniziative volte a promuovere attività di ricerca nell'ambito della cronicità.	dic-21	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.8	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	8. Implementazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio con accessi implementazione di percorsi di formazione su temi (della medicina), del nursing e della sanità basate sulle evidenze scientifiche.	Almeno un profilo per azienda per accompagnare processi di innovazione organizzativa con riferimento agli interventi introdotti per l'implementazione del piano Nazionale Cronicità.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.9	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	1. Facilitare l'accesso alle migliori conoscenze scientifiche disponibili, implementando e promuovendo l'accesso del personale delle Aziende del SSR del Lazio a strumenti online di supporto alle decisioni cliniche (UpToDate, Dynamed Plus o simili).	9. Rapporto sul patrimonio documentale attualmente posseduto dalle Aziende del SSR con identificazione di aree di conoscenza menitevoli di particolare approfondimento entro il 31 dicembre 2020.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.10	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Promuovere la collaborazione con altri settori delle politiche pubbliche regionali sugli investimenti, in primis con l'Assessorato allo Sviluppo Economico, al fine di indirizzare finanziamenti su obiettivi prioritari di innovazione in sanità.	10. Pubblicazione della BAL all'interno del portale Salute Lazio entro il 31 dicembre 2020.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
12.1.11	Ricerca, innovazione e Health Technology Assessment	Definizione di un piano di governo regionale per l'HTA.	11. Disponibilità dell'accesso a strumenti di supporto alle decisioni cliniche per almeno il 70% delle Aziende Sanitarie del Lazio entro il 31 dicembre 2020.	dic-20	RICERCA INNOVAZIONE	
13	Le regole del SSR					
13.1	Le regole del SSR	Autorizzazione				

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
13.3.2	Le regole del SSR	Redazione di un nuovo schema di accordo contrattuale.	Provvedimento amministrativo di revisione dello schema di accordo.	dic-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.3.3	Le regole del SSR	Ridefinizione della parte economica per il 2020 e per il 2021.	Decreto di budget per il 2020 e per il 2021 entro il 31/7 di ogni annualità	lug-20	RSORSE ECONOMICHE FINANZIARIE	
13.4	Le regole del SSR	Armonizzazione delle procedure di controllo esterno con le attività di ispezione e vigilanza in tema di autorizzazione e accreditamento				
13.4.1	Le regole del SSR	Efficacia e uniformità di gestione delle norme e regolamenti applicativi in tema di vigilanza in tema di autorizzazione e accreditamento delle Aziende Sanitarie, le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PACS	Migliore efficacia delle attività di ispezione, verifica e controllo evitando sovrapposizioni e duplicazioni di tali attività.	dic-19	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	
13.4.2	Le regole del SSR	Definire di concerto con le Aziende Sanitarie, le aree prioritarie di intervento, tempi e modalità operative per la realizzazione del PACS e di protocolli per la verifica delle attività sanitarie territoriali	Maggiore omogeneità nelle attività di controllo in ambito territoriale.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
13.5	Le regole del SSR	Criteri di finanziamento delle prestazioni sanitarie				
13.5.1	Le regole del SSR	Ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili, nei limiti di quanto previsto dalla spending review.	Individualizzazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori regione.	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.1	Le regole del SSR	Ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili, nei limiti di quanto previsto dalla spending review.	Estensione del criterio di valutazione ed efficientamento delle risorse per le prestazioni ospedaliere per acuti, riabilitazione post-acute e lungodegenza.	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Adozione di criteri di disincentivazione, sia chirurgiche che di inappropriatezza delle prestazioni ospedaliere, sia mediche.	giu-19	RSORSE FINANZIARIE	
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Estensione degli abbattimenti tariffari ad ulteriori prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e ridefinizione dei valori soglia.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Individualizzazione di ulteriori criteri di valutazione dei budget delle prestazioni ospedaliere, basati sull'analisi dei volumi di produzione di almeno un triennio per ogni struttura e sulla valutazione dei gli stessi alla luce di quanto disposto dal DM 70/2015, punto 4.6.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.2	Le regole del SSR	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015.	Remunerazione degli interventi chirurgici della struttura del femore e del partocesario primario orientati al miglioramento rispetto ai valori soglia.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA E SISTEMI INFORMATIVI/ICT
13.5.3	Le regole del SSR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	A partire dal 2020, incremento delle risorse destinate alla struttura privata, accreditata e oltre al posto letto di medicina generale utilizzati ai fini di ridurre i sovraffollamenti di PS, con contestuale riduzione delle risorse destinate alle strutture che non rispettano tali condizioni.	gen-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI

2.1.2 Allegato 2 - Conoscimento

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
13.5.3	Le regole del ISR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Riduzione del budget per le strutture private accreditate con basso tasso di occupazione dei posti letto di medicina generale.	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.3	Le regole del ISR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Ridistribuzione delle economie di budget sopra elencate a favore delle strutture che hanno registrato performance adeguato.	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.3	Le regole del ISR	Evitare il congestionamento nelle aree di emergenza ed urgenza.	Definizione di criteri di remunerazione incentivanti per le prestazioni ospedaliere erogate a pazienti provenienti da pronto soccorso.	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4	Le regole del ISR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Individuazione di criteri di ottimizzazione dell'uso delle risorse destinate alle prestazioni di alta complessità erogate a pazienti fuori regione.	mag-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4	Le regole del ISR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Restituzione del budget aggiuntivo sulla base dell'effettiva produzione erogata e non sul criterio storico rilevato nel 2002.	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4	Le regole del ISR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Approvazione accordi di confine con Toscana e Molise.	dic-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.4	Le regole del ISR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Finanziamento aggiuntivo delle PFT.	giu-19	RSORSE FINANZIARIE	
13.5.4	Le regole del ISR	Contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale.	Eventuale finanziamento aggiuntivo di altre branche della specialistica.	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.5	Le regole del ISR	Governance efficacemente l'offerta ospedaliera chirurgica e medica.	Assegnazione del budget per assistenza ospedaliera per acuti, tenendo conto della composizione per area chirurgica e area medica.	mar-21	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.6	Le regole del ISR	Individuare criteri omogenei di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione post-acute ed orientare efficacemente l'offerta.	Adozione di un budget con ripartizione di un valore medio omogeneo per posto letto.	mag-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.6	Le regole del ISR	Individuare criteri omogenei di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione post-acute ed orientare efficacemente l'offerta.	Messa a regime di un sistema di stabilizzazione tariffaria per IMC (cod. 55).	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
13.5.7	Le regole del ISR	Definire un quadro regolatorio trasparente e tempestivo.	Miglioramento della tempistica nella adozione dei provvedimenti di budget e remunerazione	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
13.5.8	Le regole del ISR	Rafforzare il ruolo della committenza delle ASL.	Attribuzione alle ASL dei livelli massimi di finanziamento della specialistica ambulatoriale, con fidejussioni delle rispettive direzioni generali di allocare parte delle risorse secondo le esigenze locali.	mag-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
13.5.8	Le regole del SSR	Rafforzare il ruolo della competenza delle ASL.	Gradiale incremento della discrezionalità delle direzioni generali nell'allocazione delle risorse alle strutture insistenti sul proprio territorio nell'ambito dei livelli complessivi assegnati dalla Regione.	lug-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.9	Le regole del SSR	Finanziare le strutture cd. "extra-ordinarie", tenuto conto della produzione erogata negli anni precedenti.	Attribuzione del budget entro 60 gg. alle strutture che hanno operativamente concluso il procedimento di ricondizione.		REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
13.5.10	Le regole del SSR	Potenziare l'offerta assistenziale sul territorio.	Approvazione del Piano per il potenziamento dell'assistenza territoriale	lug-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
13.5.10	Le regole del SSR	Prestazioni di assistenza domiciliare integrata per persone non autosufficienti	Definizione del livello massimo di finanziamento per il 2020 per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.10	Le regole del SSR	Prestazioni di assistenza termale	Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2020 per l'assistenza termale.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.10	Le regole del SSR	Prestazioni di assistenza per persone in stato di dipendenza o addiction	Definizione del livello massimo di finanziamento l'anno 2020 delle prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o addiction.	dic-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.10	Le regole del SSR	Potenziare l'offerta assistenziale sul territorio.	Definizione degli indicatori quantitativi e qualitativi per la valutazione dell'efficacia della programmazione sanitaria e degli esiti delle cure	dic-19	SISTEMI INFORMATIVI/ICT	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA).	set-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Riabilitazione intrasiva, estensiva e di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per le prestazioni residenziali a persone con misure restrittive della libertà (RIMS).	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per le prestazioni rivolte a persone in stato di dipendenza o addiction.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza domiciliare per le cure palliative.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza residenziale e domiciliare per cure palliative pediatriche.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per prestazioni psichiatriche in gruppo appartamento.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Assistenza per prestazioni psichiatriche semiresidenziali per adolescenti.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.11	Le regole del SSR	Adozione di nuove tariffe.	Definizione dei criteri di remunerazione e delle tariffe unitarie per altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
13.5.12	Le regole del SSR	Ottimizzazione delle funzioni assistenziali non tariffabili	Adozione di un provvedimento di rettifica/modifica dei criteri di finanziamento delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies.	set-19	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
13.5.13	Le regole del SSR	Decapitalizzazione e rafforzamento dell'offerta di specialiste ambulatoriale	Adozione di provvedimenti di budget che incrementano l'offerta di prestazioni di specialiste ambulatoriale, a fronte di equivalenti riduzioni dei tetti di spesa dell'attività ospedaliera, nel pieno rispetto del valore complessivo stabilito dalla spending review.	dic-20	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	
14	Contenzioso					
14.a1	Contenzioso	<p>Coordinamento del contenzioso al fine di garantire un adeguato controllo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. del rispetto dei termini processuali; 2. della completezza della documentazione prodotta in giudizio; 3. dell'integrazione del fascicolo informatizzato con gli atti amministrativi; 4. della stima da parte delle Aziende dell'impatto economico di eventuali sentenze di condanna e del relativo canionamento in bilancio in fondo rischi (collegamento con bilancio e fondo di dotazione) 5. dell'evoluzione giurisprudenziale in relazione alle tematiche emerse in i giudizi; 	<p>Adattatura e monitoraggio del contenzioso promosso verso le Aziende e verso la Regione: costante a partire dal primo settembre 2019 (a)</p>	set-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
14.a2	Contenzioso		Implementazione di un database contenente i contenziosi "risolti in essere": costante a partire dal mese settembre 2019; (b)	set-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
14.a3	Contenzioso		Supporto specialistico alla gestione dei rapporti economico giuridici con il privato accreditato e realizzazione coordinamento del contenzioso: bimestrale da settembre 2019; (b)	set-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RESORSE FINANZIARIE
14.b	Contenzioso	Raccordo con i programmi e coordinamento tra Avvocatura, Direzione Salute e Direzione Bilancio	Realizzazione coordinamento tra Direzione Salute, Bilancio e Avvocatura entro il 31 dicembre 2019	dic-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	DIREZIONE BILANCIO E AVVOCATURA
14.c	Contenzioso	Raccordo con la gestione del rischio clinico e tra questo e il programma assicurativo delle Aziende del SSR	Raccordo con la gestione del rischio clinico e programma assicurativo delle Aziende: entro il 2021	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	RETE OSPEDALIERA
14.d1	Contenzioso	Realizzazione di un programma informativo che consenta la m.aggiatura del contenzioso esistente e futuro e l'interfaccia tra Direzione Salute/Avvocatura	Sviluppo sistema contenzioso: inclusione e sviluppo delle funzionalità sopra individuate dalle linee di intervento: entro il 2021	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	SISTEMA INFORMATIVI/ICT

contenzioso Avvocatura art. 8, 1° comma e art. 1° del CCSL

2.1.2 Allegato 2 - C onoprogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
14.2	Contenzioso		Supporto specialistico per la definizione di un sistema informato per la gestione dei contenziosi: entro il 2021 (d)	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
15	Risorse economico-finanziarie					
15.1	Risorse economico-finanziarie	<i>Certificazione dei bilanci e sviluppo delle funzioni di controllo interno</i>				
15.1.1	Risorse economico-finanziarie	Rafforzamento dei sistemi di controlli interni	Il controllo interno regionale - a cui è demandata il compito di coordinare la pianificazione delle attività di controllo interno - dovrà essere definito a partire dal fine di esercizio successivo approvando la pianificazione di massima contenuta nel piano triennale di audit del DCA 69/2018. La metà degli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedicata al controllo interno; (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concordandolo con la pianificazione regionale.	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.1	Risorse economico-finanziarie	Implementazione delle funzioni di controllo interno aziendali coordinate dalla funzione regionale	Tutti gli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedicata al controllo interno; (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concordandolo con la pianificazione regionale.	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.1	Risorse economico-finanziarie	Implementazione delle funzioni di controllo interno aziendali coordinate dalla funzione regionale	Tutti gli Enti del SSR dovranno: (i) avere una propria struttura dedicata al controllo interno; (ii) adottare il manuale di internal audit e un aggiornamento della matrice dei rischi allegata al DCA 69/2018 sulla base delle proprie specificità; (iii) adottare un piano di audit concordandolo con la pianificazione regionale.	dic-21	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.2	Risorse economico-finanziarie	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2019	(i) Esecuzione di monitoraggio trimestrale alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle seguenti attività da parte delle Aziende: (a) continuare l'attività sulle partite debitorie e creditorie secondo la metodologia indicata dal DCA 52.1/18; ricomprendendo tutti i conti di credito debito anche non dettagliati nel partitario aziendale; (b) effettuare una revisione dei fondi rischi aziendali, con l'adozione di una reportistica uniforme per tutti gli enti del SSR; (c) allineare il libro espiti con il bilancio di verifica suorinato da la verifica fisica degli stessi, nonché valutare la congruità/correttezza dei contributi iscritti al Patrimonio netto.	ago-19	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.2	Risorse economico-finanziarie	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2020	(i) Completamento delle attività di valutazione straordinaria delle partite contabili (debiti/crediti/fondi) finalizzata alla sistemazione contabile dell'esercizio, entro le tempistiche stabilite dal DCA 297/2019;	dic-20	RISORSE FINANZIARIE	MONITORAGGIO E RACCORDO DEL BILANCIO CON LE RISORSE
15.1.2	Risorse economico-finanziarie	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2020	(ii) esecuzione di monitoraggio trimestrale alla data del 15 febbraio, 15 maggio, 15 agosto e 15 novembre sull'avanzamento delle attività precedentemente definite. (Ciascun monitoraggio dovrà mostrare degli effettivi avanzamenti in merito all'attività svolta sulle base di appositi indicatori).	feb-20	RISORSE FINANZIARIE	
15.1.2	Risorse economico-finanziarie	Miglioramento dell'attendibilità dei dati contabili anno 2021	(i) Completamento delle azioni di cui al DCA V/2019 sui espiti nell'ambito dell'area D) (immobilizzazioni e patrimonio netto)	giu-21	RISORSE FINANZIARIE	
15.2	Risorse economico-finanziarie	<i>Piano di efficientamento AO/PU e Presidi Organizzativi delle ASL</i>				

2.1.2 Allegato 2 - Cionoprogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
15.2.1	Risorse economico-finanziarie	Proseguimento dei piani di efficientamento già predisposti per il triennio 2017-2019, anche per l'anno 2019, e Redazione di nuovi piani di efficientamento per il triennio 2020-2022	Redazione di nuovi piani di efficientamento per il triennio 2020-2022 sulla base delle risultanze contabili al IV trimestre 2019	giu-20	RSORSE FINANZIARIE	
15.2.2a	Risorse economico-finanziarie	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festivi, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidi ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Avvio del percorso di affiancamento alle Aziende Sanitarie propeedeutico alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali dei presidi ospedalieri. Sarà predisposto un provvedimento regionale	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	
15.2.2b	Risorse economico-finanziarie	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festivi, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidi ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Redazione di Piani di Rientro da parte delle Aziende Sanitarie per i presidi a gestione diretta	mar-20	RSORSE FINANZIARIE	
15.2.2c	Risorse economico-finanziarie	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festivi, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidi ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Trasmisione alla Regione per eventuali osservazioni ed approvazione del modello di provvedimento regionale	apr-20	RSORSE FINANZIARIE	
15.2.2d	Risorse economico-finanziarie	Le Aziende Sanitarie saranno affiancate per lo sviluppo di matrici di rilevazione dei fenomeni festivi, finalizzati alla redazione dei piani di rientro dei presidi ospedalieri. Questi saranno predisposti dalle aziende approvati dalla Regione e quindi implementati a livello aziendale.	Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale per la verifica dell'attuazione delle misure previste dai piani di rientro aziendali. Saranno sviluppati e monitorati indicatori per la misurazione dell'equilibrio economico. Il Sistema sarà adottato con atto amministrativo	giu-20	RSORSE FINANZIARIE	
15.3	Risorse economico-finanziarie	<i>Tempi di pagamento</i>				
15.3.1	Risorse economico-finanziarie	Rafforzamento delle misure di valutazione delle performance dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.	Azzerramento del lo stock di debito scaduto ancora aperto.	giu-20	RSORSE FINANZIARIE	
15.3.2	Risorse economico-finanziarie	Incremento della frequenza dei pagamenti centralizzati.	Introduzione di due scadenze di pagamento al mese.	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	
15.3.3	Risorse economico-finanziarie	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Monitoraggio trimestrale della % di copertura dell'acquistato tramite NSO.	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	
15.3.3	Risorse economico-finanziarie	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Introduzione della creazione diretta dell'ordine elettronico in fase di validazione del flusso dati per prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica (ISO e SAS).	giu-20	RSORSE FINANZIARIE	SYSTEMI INFORMATIVI/ICT
15.3.3	Risorse economico-finanziarie	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Introduzione della creazione diretta dell'ordine elettronico in fase di validazione del flusso dati per prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica (ISO e SAS).	dic-20	RSORSE FINANZIARIE	SYSTEMI INFORMATIVI/ICT
15.3.3	Risorse economico-finanziarie	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Collegamento tra Accordo/Contratto ex art. 8 - quinquies D. Lgs. N. 502/1992 e s.m.m.l., flussodati, ordine e fattura.	dic-20	RSORSE FINANZIARIE	
15.3.3	Risorse economico-finanziarie	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Digitalizzazione del flusso di rendicontazione delle prestazioni di assistenza territoriale.	dic-21	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

2.1.2 Allegato 2 - Conoscogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
15.3.3	Risorse economico-finanziarie	Implementazione e rafforzamento del Sistema NSO.	Introduzione del DOT Elettronico	dic-21	RSORSE FINANZIARIE	
15.4	Risorse economico-finanziarie	Gestione informatizzata controlli esterni sull'attività contabile				
15.4.1	Risorse economico-finanziarie	Progettazione e implementazione di una piattaforma per la gestione delle informazioni relative ai controlli esterni sull'attività sanitaria con onere a carico del SSR.	Messa a regime della piattaforma informatica.	dic-20	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
15.5	Risorse economico-finanziarie	Recupero somme da esenzione da reddito per gli anni 2011 e successivi				
15.5.1	Risorse economico-finanziarie	Definizione dell'operatività del modello di recupero e della relativa piattaforma BetZ.	Approvazione del progetto BetZ.	mar-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
15.5.2	Risorse economico-finanziarie	Implementazione del modello.	Approvazione del progetto BetZ.	mar-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
15.5.3	Risorse economico-finanziarie	Avvio delle attività di recupero.	Avvio delle attività di postallizzazione dei recuperi bonari.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	TRIBUTI FINANZA (BILANCIO)
16	Risorse umane e professionali					
16.2	Risorse umane e professionali	Definizione dei fabbisogni e individuazione di standard e criteri per una efficiente ed efficace distribuzione delle risorse sul Leo				
16.2.1	Risorse umane e professionali	Analisi delle funzioni e delle attività di ciascuna Azienda.			RSORSE UMANE	
16.2.2	Risorse umane e professionali	Analisi dell'effettivo fabbisogno aziendale e di quello complessivo regionale.			RSORSE UMANE	
16.2.3	Risorse umane e professionali	Sviluppo di un sistema di analisi del fabbisogno, che rilevi anche i dati non "formali" come età e prescrizioni.			RSORSE UMANE	
16.2.4	Risorse umane e professionali	Implementazione di un sistema di benessere e miglioramento organizzativo.			RSORSE UMANE	

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
16.2.5	Risorse umane e professionali	Applicazione di un modello di valutazione del fabbisogno condotto a livello regionale di supporto alla programmazione aziendale.	<p>Nel corso del Triennio 19-21, utilizzo del fabbisogno per finalità programmatiche regionali e aziendali per valutare specialità, discipline e profili carenti in esubero.</p>	dic-21	RSORSE UMANE	
16.2.6	Risorse umane e professionali	Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Ospedaliera e Specialistica, in linea con le proposte metodologiche, condivise nel sottogruppo delle Regioni del Tavolo del DW70.			RSORSE UMANE	
16.2.7	Risorse umane e professionali	Criteri per la definizione di un fabbisogno rispetto alle attività di assistenza Territoriale in tutti i setting assistenziali ad essa afferenti, integrando modelli di fabbisogno regionale vigenti (es. DCA 15/2014 Consulenti familiari).			RSORSE UMANE	
16.2.8	Risorse umane e professionali	Avvio delle attività finalizzate all'individuazione dei criteri per la definizione di un fabbisogno per l'attività di assistenza territoriale, con particolare riferimento alla prevenzione, alla salute mentale, ai consulenti.			RSORSE UMANE	
16.2.9	Risorse umane e professionali	Gestione del rapporto con le università attraverso l'istituzione di tavoli di confronto su definizione della rete formativa e del fabbisogno.			RSORSE UMANE	
16-3	Risorse umane e professionali	Rapporti con le Università				
16.3.1	Risorse umane e professionali	Università Tor Vergata				
16.3.1a	Risorse umane e professionali	Definizione riproduzione della Fondazione Tor Vergata in assetto concordato ed integrato in coerenza con il quadro normativo vigente.	Ridefinizione del modello di governance a gestione integrata.	dic-19	CONTENZOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.1b	Risorse umane e professionali	Definizione dei rapporti di debito/credito anche attraverso la revisione del Protocollo e, separatamente, dell'art.25.	Risegnalazione dei rapporti di debito/credito.	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	CONTENZOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.3.1b	Risorse umane e professionali	Definizione dei rapporti di debito/credito anche attraverso la revisione del Protocollo e, separatamente, dell'art.25.	Attuazione del modello delineato.	giu-20	RSORSE FINANZIARIE	CONTENZOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.3.1c	Risorse umane e professionali	Definizione delle convenzioni e autorizzazione alla sottoscrizione / rinnovo delle stesse.	Definizione del percorso di convenzioni.	dic-19	CONTENZOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.2	Risorse umane e professionali	Università La Sapienza				
16.3.2a	Risorse umane e professionali	Individuazione dei criteri e dei parametri per la misurazione dell'apporto economico dell'Università.	Ridefinizione dei criteri e parametri.	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	CONTENZOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
16.3.2b	Riorse umane e professionali	Definizione dei rapporti di debito/credito art.19 comma 10 Protocollo d'intesa.	Riseguitone dei rapporti di debito/credito e allineamento delle partite.	dic-19	RSORSE FINANZIARIE	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.3.3	Riorse umane e professionali	Università Campus Biomedico			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI ADVISOR
16.3.3a	Riorse umane e professionali	Aggiornamento rete ospedaliera.			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.3b	Riorse umane e professionali	Definizione della configurazione del Campus Biomedico.	Aggiornamento del Protocollo.	dic-19	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.3c	Riorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'intesa			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.4	Riorse umane e professionali	Università Cattolica del Sacro Cuore			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.4a	Riorse umane e professionali	Aggiornamento rete ospedaliera.			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.4b	Riorse umane e professionali	Aggiornamento configurazione del Policlinico A. Gemelli in rapporto al Piccredittamento.	Aggiornamento del Protocollo.	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.4c	Riorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'intesa			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.5	Riorse umane e professionali	Università Umicampus			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.5a	Riorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'intesa nel 2020 e nel 2021, tenendo conto della revisione della rete ospedaliera programmata per il 2019	Aggiornamento del Protocollo	dic-20	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.3.5b	Riorse umane e professionali	Aggiornamento del Protocollo d'intesa nel 2020 e nel 2021, tenendo conto della revisione della rete ospedaliera programmata per il 2019	Revisione e valutazione finale.	dic-21	CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	
16.4	Riorse umane e professionali	La formazione specialistica e manageriale			CONTENZIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI	

2.1.2 Allegato 2 - Conoscogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
16.A.1	Risorse umane e professionali	Analisi del livello di competenze, conoscenze, attitudini del personale.	Fase di preparazione: analisi del quadro esistente; dell'offerta formativa attuale; predisposizione del report finale.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.A.2	Risorse umane e professionali	Incontri e gruppi di lavoro con i referenti aziendali.	Fase di sviluppo: analisi dei risultati dell'anno precedente; incontri e gruppi di lavoro; predisposizione modello di offerta formativa a livello regionale.	dic-20	RISORSE UMANE	
16.A.3	Risorse umane e professionali	Predisposizione di un modello di offerta formativa a livello regionale, da differenziare per azienda e per profilo.	Fase di implementazione: applicazione del modello; feedback degli utenti; interventi correttivi.	dic-21	RISORSE UMANE	
16.A.5	Risorse umane e professionali	<i>Learning Formazione</i>			RISORSE UMANE	
16.A.5a	Risorse umane e professionali	Formazione Management	Sviluppo di sistema completo di offerta e di riconoscimento di corsi di formazione, masterclass per Direttori Generali, Direttori Sanitari e Amministrativi, Direttori UOC in grado di rispondere all'intero fabbisogno formativo del SSR.	dic-20	RISORSE UMANE	
16.4.5b	Risorse umane e professionali	Formazione per profili carenti e figure chiave	Sviluppare un sistema di offerta formativa di alto livello per le figure chiave personale del SSR	dic-19	RISORSE UMANE	
16.5	Risorse umane e professionali	<i>Il reclutamento e le procedure concorsuali</i>				
16.5.1	Risorse umane e professionali	Realizzazione di un sistema di analisi di tutte le differenti esigenze assunzionali e di tutte le diverse modalità d'accesso al pubblico impiego.	Aggiornamento del piano triennale di fabbisogno delle Aziende e istituzione di un gruppo di lavoro congiunto per la regolamentazione di tutte le procedure assunzionali; approvazione del nuovo piano triennale di fabbisogno del personale.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.5.2	Risorse umane e professionali	Realizzazione di un sistema di analisi di tutte le differenti esigenze assunzionali e di tutte le diverse modalità d'accesso al pubblico impiego.	Verifica degli effetti della regolamentazione e attuazione dei necessari correttivi; verifica del costo del personale riferito ai contratti e/o rapporti non a tempo indeterminato.	dic-20	RISORSE UMANE	
16.6	Risorse umane e professionali	<i>Una realtà, gestione del personale: politiche di valutazione e valorizzazione, sistemi premiali</i>			RISORSE UMANE	
16.6.1	Risorse umane e professionali	Sviluppo di criteri di individuazione, definizione, applicazione e controllo del piano delle performance aziendali coerenti con la ratio e la finalità della normativa nazionale e con le disposizioni contrattuali.	Analisi dello stato dell'arte, tramite i regolamenti aziendali di attribuzioni degli incarichi, dei piani di valutazione e di altro documento ritenuto rilevante.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.6.1	Risorse umane e professionali	Sviluppo di criteri di individuazione, definizione, applicazione e controllo dei piani delle performance aziendali coerenti con la ratio e la finalità della normativa nazionale e con le disposizioni contrattuali.	Sviluppo, condivisione e approvazione di linee guida e/o di indirizzo e loro diffusione presso le Aziende	dic-20	RISORSE UMANE	
16.7	Risorse umane e professionali	<i>Regolamentazione regionale dell'ALP1</i>			RISORSE UMANE	

2.1.2 Allegato 2 - C onopogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
16.7.1	Risorse umane e professionali	Aggiornamento dell'attività di monitoraggio e di controllo effettuato dalla Regione su tutta l'attività libero professionale, con particolare attenzione alla gestione degli spazi aziendali.	Sviluppo di modelli di monitoraggio dell'ALPI tali da garantire che il suo svolgimento non sia pregiudizievole dell'attività istituzionale e del rispetto dei tempi critici delle prestazioni.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.7.2a	Risorse umane e professionali	Riconoscimento straordinario degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo applicative della normativa e delle disposizioni relative a tale punto e successiva attività di verifica e controllo, anche tramite la costituzione di apposite strutture amministrative temporanee dedicate	Riconoscimento straordinario degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo.	dic-19	RISORSE UMANE	
16.7.2b	Risorse umane e professionali	Riconoscimento straordinario degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo applicative della normativa e delle disposizioni relative a tale punto e successiva attività di verifica e controllo, anche tramite la costituzione di apposite strutture amministrative temporanee dedicate	Attività di verifica e controllo del rispetto e dell'attuazione delle linee di indirizzo sugli spazi (entro il 30 settembre 2020)	set-20	RISORSE UMANE	
16.7.2c	Risorse umane e professionali	Riconoscimento straordinario degli spazi disponibili e predisposizione di linee di indirizzo applicative della normativa e delle disposizioni relative a tale punto e successiva attività di verifica e controllo, anche tramite la costituzione di apposite strutture amministrative temporanee dedicate	Attività successive agli esiti della verifica e controllo, relativamente agli spazi (entro il 31 dicembre 2020)	dic-20	RISORSE UMANE	
16.7.3	Risorse umane e professionali	Monitoraggio specifico finalizzato a garantire l'uniformità dell'ALPI nei SSR, da parte di tutti i soggetti coinvolti.	Analisi dell'impatto dei modelli di monitoraggio (entro il 31 dicembre 2020)	dic-20	RISORSE UMANE	
16.7.4a	Risorse umane e professionali	Predisposizione, da parte della struttura competente, delle linee programmatiche e dei conseguenti provvedimenti attuativi per il governo delle liste di attesa	Analisi dell'impatto delle linee di indirizzo in tema di spazi disponibili.	dic-21	RISORSE UMANE	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
16.7.4b	Risorse umane e professionali	Predisposizione, da parte della struttura competente, delle linee programmatiche e dei conseguenti provvedimenti attuativi per il governo delle liste di attesa	Coordinamento dei flussi informativi regionali per il monitoraggio dell'ALPI in termini di volumi erogati e confronto con i volumi istituzionali.	dic-21	RISORSE UMANE	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
17	Revisione della rete di offerta					
17.1	Revisione della rete di offerta					
17.1.1	Revisione della rete di offerta	a) Rimostrazione dei posti letto, in particolare con riferimento al riequilibrio della distribuzione territoriale e alle discipline maggiormente oggetto di ricorso da PS, e dunque utili per il contrasto al sovraffollamento			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	b) Revisione delle Reti libero dipendenti e dell'organizzazione delle basi delle modifiche dell'assetto ospedaliero post DCA/257/2017 e dell'attività dei centri Hub e Spoke;			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	c) Interventi "nuovi" come la riorganizzazione dei presidi nuovi, nuova struttura dell'agenzia dell'Ospedale dei Castelli, la riorganizzazione dell'assetto del Policlinico Campus Biomedico con l'apertura del DEA, l'attivazione del DEA II presso l'Ospedale S.M. Goretti di Latina, e l'attivazione del DEA II presso il Policlinico "Poma" di Roma.	Emanazione dei provvedimenti di riordino delle Reti ospedaliere	nov-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.1.1	Revisione della rete di offerta	d) Riallineamento del numero di UOQ/FE per disciplina in coerenza con gli standard del DM 70/2015;			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	

2.1.2 Allegato 2 - Conoscimento

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
17.1.1	Revisione della rete di offerta	e) Interventi di ricomposizione/Aggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate polipecialistiche, le cui discipline non possono essere considerate affini o complementari, con un numero di posti letto inferiore a 50	Revisione, a partire dal 1/1/2020, della contrattualizzazione delle CFC polipecialistiche con posti letto inferiori a 50 e mono specialistiche con almeno di 30 p.l., con mantenimento dell'accreditamento, nel caso non sia avvenuta entro il suddetto termine, l'aggregazione in un unico soggetto giuridico di dimensione adeguata	gen-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.1	Revisione della rete di offerta	f) Interventi di ricomposizione/Aggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate mono specialistiche con un numero di posti letto inferiore a 30			RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraccollamento in PS	a. Verifica semestrale degli indicatori di monitoraggio dell'accordo con le C.C. di cui alla Determina Regionale n. 00094 del 09/01/2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraccollamento in PS	b. Arricchimento ai direttori generali delle Aziende Sanitarie di obiettivi volti all'efficientamento dei reparti di degenza e di riduzione dei ricoveri impropri entro giugno 2019	giu-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraccollamento in PS	c. Definizione di un sistema incentivante per gli operatori di PS volto a ridurre i ricoveri impropri entro dicembre 2020	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.2	Revisione della rete di offerta	Definizione di provvedimenti per il contrasto al sovraccollamento in PS	d. Definizione di requisiti autorizzativi e di accreditamento delle terapie sub-intensive entro marzo 2020	mar-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.3	Revisione della rete di offerta	Ristrutturazione/Conversione e messa a norma dei principali Ospedali Regionali e azioni finalizzate alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere (Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo Ospedale della Tiburtina), Nuovo Ospedale di Rieti* entro giugno 2020	Definizione della programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di nuove strutture ospedaliere: Nuovo Ospedale del Golfo, Nuovo Ospedale di Sora, Nuovo Ospedale della Tiburtina, Nuovo Ospedale di Rieti* entro giugno 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.1.4	Revisione della rete di offerta	Aggiornamento del Piano Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriali, mediante la semplificazione della normativa esistente. Il riesumino delle indicazioni in merito all'appropriatezza dell'accesso dei ricoveri ed ai percorsi riabilitativi del territorio.	Aggiornamento del "Piano Unico della Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale" entro 60 giorni dall'emanazione del provvedimento nazionale	Domanda da provare		
17.2	Revisione della rete di offerta	Le strutture per acuti: miglioramento della qualità delle cure e adeguamento dell'offerta				
17.2.1	Revisione della rete di offerta	Per le Aziende già individuate, prosecuzione dei piani di efficientamento e riqualificazione per l' miglioramento della qualità delle cure, fino alla risoluzione delle criticità.	Monitoraggio trimestrale dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti per le strutture (AO, ADU e IRCCS) che presentano sostanziali parametri di riferimento.	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.2.2	Revisione della rete di offerta	Monitoraggio dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti e individuazione delle AO, delle ADU e degli IRCCS che presentano mancato rispetto dei parametri di riferimento.	Metodologia volta a definire la consistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabili ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano sostanziali criticità.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA
17.2.3	Revisione della rete di offerta	Revisione della struttura della rete di offerta in base alla consistenza dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure applicabili ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL ed individuazione delle strutture che presentano sostanziali criticità.	Linee guida per la predisposizione di piani d'intervento sulla qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari e per la conclusione di audit clinici e organizzativi applicabili ai Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL che presentano criticità.	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
17.2.4	Revisione della rete di offerta	Monitoraggio delle azioni poste in essere attraverso i sistemi correnti di indicatori regionali.	Revisione dei sistemi degli obiettivi (per i direttori generali) in coerenza con il monitoraggio dei criteri di volumi, qualità ed esiti.	mar-20	RISORSE UMANE	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

2.1.2 Allegato 2 - Cono programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
17.5	Revisione della rete di offerta	individuazione di requisiti autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi, service e trasporto campioni biologici. Particolare attenzione sarà posta nella individuazione di requisiti di qualità che garantiscano livelli adeguati ed in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, sia sul settore pubblico che privato.				
17.5.1	Revisione della rete di offerta		Decreto per individuazione requisiti di autorizzazione ed accreditamento per centri prelievi e service entro dicembre 2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.2	Revisione della rete di offerta	Revisione di linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale e per l'acquisizione centralizzata dei sistemi diagnostici laboratoristici regionali e per l'acquisizione centralizzata dei sistemi diagnostici ospedalieri	Decreto programmatico delle linee di indirizzo per la realizzazione della nuova rete laboratoristica regionale entro dicembre 2019	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.3	Revisione della rete di offerta	Individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in accordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera	Red. Decreto di individuazione dei laboratori di riferimento per settore diagnostico e per specializzazione, in accordo alle previsioni del Piano di Riordino della rete ospedaliera entro dicembre 2019	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.5.4a	Revisione della rete di offerta	sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica	Revisione ed approvazione con provvedimento regionale di un documento che descriva una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica, entro giugno 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMUNERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.5.4b	Revisione della rete di offerta	sviluppo di una metodologia standardizzata, in ambito regionale, per il calcolo dei costi di produzione, tramite i metodi della contabilità analitica	Implementazione in ambito regionale della metodologia descritta al capoverso precedente, entro dicembre 2020	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.5a	Revisione della rete di offerta	Definizione di un ambito di progressivo sviluppo della rete del laboratorio logico unico regionale che possa tendere alla complessiva revisione dei parametri quantitativi a favore di modelli fondati sull'ottimizzazione del rapporto costo beneficio.	Definizione di un documento progettuale per la realizzazione del LUU entro febbraio 2020	feb-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.5b	Revisione della rete di offerta	Definizione di un ambito di progressivo sviluppo della rete del laboratorio logico unico regionale che possa tendere alla complessiva revisione dei parametri quantitativi a favore di modelli fondati sull'ottimizzazione del rapporto costo beneficio.	Avvio Fase Pilota LUU entro giugno 2020 e Attivazione LUU entro dicembre 2021	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.5.6	Revisione della rete di offerta	Uniformazione del repertorio prestazionale dei soggetti pubblici e privati.	Decreto per l'uniformazione del repertorio prestazionale entro giugno 2020	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6	Revisione della rete di offerta	Gestione dei tempi e Liste di Attesa				
17.6.1	Revisione della rete di offerta	Approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) 2019-2021	Approvazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021	ago-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6.2	Revisione della rete di offerta	Definizione degli ambiti di garanzia territoriale per tipologia di prestazione, secondo il principio di prossimità ed accessibilità, e secondo il livello di complessità delle prestazioni da erogare	definizione delle prestazioni e regali negli Ambiti territoriali di Garanzia ottobre 2019	ott-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.6.3	Revisione della rete di offerta	Approvazione dei Piani attuativi aziendali e monitoraggio periodico trimestrale dei Piani attuativi dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa	Piani attuativi aziendali entro dicembre 2019 e monitoraggio periodico trimestrale dei Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	

2.1.2 Allegato 2 - C-ossoprogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
17.6.4	Revisione della rete di offerta	Adopto accordi con i fornitori per consentire la prenotazione "on-line" presso tutti gli ospedali e i Centri di Diagnostica per immagini. Sviluppo di soluzioni tecnologiche per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate direttamente da parte dei MMG, PLS e Specialisti Ospedalieri e Specialisti di Ambulatorio. Azioni di un provvedimento che stabilisce capacità negoziabile per le Aziende Ospedaliere/RICS per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamenti previsti.	Accordi con PLS, MMG e Specialisti Ambulatoriali entro i termini previsti per il rinnovo al fine di consentire la prenotazione delle prestazioni programmate mediante la cooperazione applicativa.	giu-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	Risorse Umane
17.6.5	Revisione della rete di offerta	Conferma delle azioni di integrazione tra sistemi di prenotazione, prenotazione es-ante e gestione delle attività ed il fascio Sanitario Elettronico, al fine di permettere il monitoraggio delle attività, le azioni di monitoraggio ex post ed ex ante, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie che in Italia interessano il 40% della popolazione.	Azioni di un provvedimento che stabilisce capacità negoziabile per le Aziende Ospedaliere/RICS per il raggiungimento di obiettivi legati al contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamenti previsti.	lug-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	REMINERAZIONE BUDGET E CONTRATTI
17.6.6	Revisione della rete di offerta	Adozione degli interventi negoziati nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012	adozione degli interventi negoziati nei confronti delle Aziende in merito alla Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012	dic-20	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	Risorse Umane
17.6.7	Revisione della rete di offerta	messaggio di gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agenzie digitali e configurate per caso di priorità, di prenotazione, pubbliche e private, in grado di essere utilizzate dai medici di famiglia e specialisti, nonché dalle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALP, sarà ribadito che i calendari per le prenotazioni non potranno essere chiusi; miglioramento dell'integrazione tra sistemi di prenotazione, prenotazione es-ante e gestione delle attività ed il fascio Sanitario Elettronico, al fine di permettere il monitoraggio delle attività, le azioni di monitoraggio ex post ed ex ante, la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie che in Italia interessano il 40% della popolazione.	messaggio di gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi informativi aziendali e regionali delle agenzie digitali, e configurate per caso di priorità, di prenotazione, pubbliche e private, in grado di essere utilizzate dai medici di famiglia e specialisti, nonché dalle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALP, per il step progressivo entro il triennio con l'insediamento di tutti gli erogatori privati nel sistema RECLP	dic-19	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	SISTEMI INFORMATIVI/ICT
17.6.8	Revisione della rete di offerta	Monitoraggio delle attività indicate nel PISGA	Monitoraggio delle attività indicate nel PISGA	dic-21	RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	
17.7	Revisione della rete di offerta	Cure domiciliari e residenziali per persone non autosufficienti				
17.7.1	Revisione della rete di offerta	Revisione rete per lavoro su un'azione di nuovo innocevo organizzativa cure domiciliari per persone non autosufficienti, in coerenza con quanto discusso dal DCA n.00309/2018, attraverso l'istituzione di un apposito tavolo tecnico di lavoro con gli operatori del territorio e la partecipazione di tutti gli attori del sistema sanitario.	Disponibilità di un elenco di soggetti erogatori per le cure domiciliari per ASL.	mar-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	ACCREDITAMENTO E CONTROLLI
17.7.2	Revisione della rete di offerta	Sviluppo delle azioni a favore delle persone non autosufficienti in coerenza con quanto previsto dal Piano Cronetida.	Concretizzazione da parte delle ASL dei soggetti erogatori.	giu-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	CONTINUIOSO AFFARI LEGALI E GENERALI
17.7.3	Revisione della rete di offerta	Revisione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di apposito gruppo di lavoro per individuazione degli standard di riferimento e la conseguente ridefinizione del fabbisogno, in coerenza con le linee di intervento precedenti.	Raggiungimento dello standard LEA di copertura in cure domiciliari della popolazione ultrasessantacinquenne.	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.7.3	Revisione della rete di offerta	Revisione dell'offerta residenziale e semiresidenziale rivolta a persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di apposito gruppo di lavoro per individuazione degli standard di riferimento e la conseguente ridefinizione del fabbisogno, in coerenza con le linee di intervento precedenti.	Adozione del provvedimento regionale relativo alla definizione di fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità per persone non autosufficienti.	giu-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.8	Revisione della rete di offerta	Il ruolo delle cure Primarie				
17.8.1	Revisione della rete di offerta	Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie.	Definizione di un modello organizzativo delle cure primarie.	mar-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	RISORSE UMANE

2.1.2 Allegato 2 - Conoscenza

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
17.11	Revisione della rete di offerta	Costruzione di cure palliative				
17.11.1a	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPO: 1) Predisposizione di un documento tecnico sui criteri di eleggibilità; 2) Predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei soggetti erogatori delle cure palliative domiciliari;	Adozione di provvedimento regionale recante i criteri di eleggibilità e ad interventi di Cure Palliative Domiciliari modulari per intensità assistenziale.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2b	Revisione della rete di offerta	2) Predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei soggetti erogatori delle cure palliative domiciliari;	Adozione di provvedimenti regionali sulla definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei soggetti erogatori UCPO.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2c	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPO: 3) Definizione del sistema tariffario	Definizione del sistema tariffario.	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.1d	Revisione della rete di offerta	Riorganizzazione UCPO:	Messa a regime del nuovo sistema.	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2a	Revisione della rete di offerta	realizzazione di un hospice pediatrico con 10 p.r.; per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di riferimento; 1) Predisposizione di un documento tecnico per la definizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento;	Adozione di provvedimenti regionali per la definizione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per l'hospice pediatrico entro dicembre 2019	dic-19	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2b	Revisione della rete di offerta	Realizzazione di un hospice pediatrico con 10 p.r.; per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di riferimento; 2) Definizione del sistema tariffario;	relative tariffe entro marzo 2020	mar-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2c	Revisione della rete di offerta	realizzazione di un hospice pediatrico con 10 p.r.; per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di riferimento; 3) Attivazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni di cura palliative e di terapia del dolore pediatrico con 10 p.r.; per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di riferimento;	Avvio delle procedure per l'apertura dell'hospice pediatrico con 10 p.r. entro dicembre 2021	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.2d	Revisione della rete di offerta	Attivazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni di cura palliative e di terapia del dolore pediatrico con 10 p.r.; per pazienti oncologici e non, e del relativo Centro di riferimento;	Attivazione del relativo Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico per pazienti oncologici e non, con la definizione dei requisiti nonché del sistema tariffario delle prestazioni da erogare entro dicembre 2021.	dic-21	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.3a	Revisione della rete di offerta	Per la definizione del percorso assistenziale risulta necessario: attivare un tavolo di lavoro per la costruzione del percorso prevedendo specifici strumenti di integrazione informativa/informatica tra i diversi attori della filiera assistenziale	Adozione del PDTA fine via entro il 31 dicembre 2020	dic-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
17.11.3b	Revisione della rete di offerta	Per la definizione del percorso assistenziale risulta necessario: attivare un tavolo di lavoro per la costruzione del percorso prevedendo specifici strumenti di integrazione informativa/informatica tra i diversi attori della filiera assistenziale	Introduzione del codice 96 per le strutture che erogano prestazioni per la terapia del dolore a partire dal 1 gennaio 2020	gen-20	RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO	
18	Governance farmaci e dispositivi medici	Governance farmaci e dispositivi medici				
18.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Implementazione dell'uso del farmaco biologico a brevetto scaduto				

2.1.2 Allegato 2 - Cono-programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
18.1.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.	Sviluppo di indicatori di monitoraggio in rapporto ai consumi.	30.05.2019	FARMACI DISPOSITIVI	
18.1.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra e che tenga conto dell'analisi prescrittiva regionale	Sviluppo di un modello di budget impact triennale.	30.07.2019	FARMACI DISPOSITIVI	
18.1.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi prescrittiva regionale e valutazione d'uso di farmaci con diverso meccanismo d'azione ma medesima indicazione terapeutica.	Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento dei prescrittori all'interno delle singole eme.	dic-19	FARMACI DISPOSITIVI	
18.1.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Approvazione del documento in COBEA e sottmissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione.	Razionalizzazione della spesa.	30.07.2019	FARMACI DISPOSITIVI	
18.1.5	Governance farmaci e dispositivi medici	Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti	Verifica della diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR attraverso gli indicatori proposti	dic-19	FARMACI DISPOSITIVI	
18.2	Governance farmaci e dispositivi medici	<i>Valutazione d'uso di dispositivi medici ad alta complessità</i>				
18.2.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche, regolatorie a livello nazionale e internazionale su efficacia/sicurezza.	Sviluppo di indicatori di monitoraggio.	31.12.2019	FARMACI DISPOSITIVI	
18.2.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi dati di utilizzazione delle tecnologie in esame e quelle di confronto.	Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento delle Aziende Sanitarie rispetto agli indicatori di monitoraggio.	31.03.2020	FARMACI DISPOSITIVI	
18.2.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi comparativa d'uso dei DM impiantabili e dei corrispondenti esatidi. Adozione e implementazione dei registri di dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesici e dispositivi medici impiantabili.	Adozione dei Registri Dispositivi impiantabili.	31.12.2020	FARMACI DISPOSITIVI	
18.2.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Pre-disposizione di documento HTA.	Pre-disposizione di documento HTA	30.06.2020	FARMACI DISPOSITIVI	
18.2.5	Governance farmaci e dispositivi medici	Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.	Diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR	30.06.2021	FARMACI DISPOSITIVI	
18.3	Governance farmaci e dispositivi medici	<i>Individuazione del budget file F per le strutture private accreditate: criteri e applicazione.</i>				
18.3.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Valutazione analitica dei consumi dei farmaci erogati/damministrati in file F e appropriatazza di uso.	Monitoraggio e programmazione dei consumi farmaci file F delle strutture private accreditate	lug-19	FARMACI DISPOSITIVI	

2.1.2 Allegato 2 - Conoscenza

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
18.3.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Criteri di individuazione dei farmaci acquistabili direttamente dalle strutture private accreditate.	Aggiornamento semestrale degli elenchi di Farmaci e delle strutture (private accreditate) partecipanti al progetto	lug-19	FARMACI DISPOSITIVI	
18.3.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget.	Predisposizione di atto normativo per la programmazione del budget	dic-19	FARMACI DISPOSITIVI	
18.3.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Monitoraggio dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi	Monitoraggio semestrale dell'aderenza e delle criticità al progetto e individuazione degli opportuni correttivi	lug-19	FARMACI DISPOSITIVI	
18.4	Governance farmaci e dispositivi medici	Monitoraggio, indicatori ed azioni finalizzate al miglioramento della spesa farmaceutica a livello delle Regioni con la migliore performance				
18.4.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Validazione della spesa storica ed analisi dei farmaci e opati in ambito territoriale/ convenzionale e analisi delle classi farmaceutiche ad alto impatto di spesa	Riduzione della spesa territoriale.	feb-20	FARMACI DISPOSITIVI	
18.4.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Predisposizione di atto normativo per l'individuazione di linee di indirizzo prescrittive in ambito territoriale con il supporto del Corefa	Appropriatezza prescrittiva	31.12.2020	FARMACI DISPOSITIVI	
18.5	Governance farmaci e dispositivi medici	Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza				
18.5.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e valutazione del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Contenimento dei consumi di antibiotici ad alto livello di resistenza.	31.03.2020	FARMACI DISPOSITIVI	
18.5.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra, predisposto dal Corefa.	Predisposizione di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale.	31.12.2019	FARMACI DISPOSITIVI	
18.5.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Approvazione del documento in COREFA e sottomissione dello stesso alla Direzione Regionale Salute per una sua adozione per la sua successiva diffusione e applicazione presso gli enti del SSR.	Sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento con il supporto del SEREMI	giu-20	FARMACI DISPOSITIVI	
18.6	Governance farmaci e dispositivi medici	Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso dei farmaci oncologici, con specifico riferimento al fine vita dei pazienti con patologia tumorale				
18.6.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci con focus sui trattamenti nel fine vita.	Sviluppo di indicatori per la valutazione dell'implementazione del documento regionale.	31.03.2020	FARMACI DISPOSITIVI	
18.6.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un documento di sintesi derivante dalle analisi di cui sopra con il supporto del COREFA, per l'individuazione dell'uso dei farmaci oncologici con il miglior rapporto costo/indicazione terapeutica; valutazione d'uso nel SSR.	Razionalizzazione delle spese con focus su farmaci innovativi e potenzialmente innovativi	30.06.2020	FARMACI DISPOSITIVI	

2.1.2 Allegato 2 - Cono-programma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
18.7	Governance farmaci e dispositivi medici	Linee di appropriatezza prescrittiva nei farmaci della cronica e per il monitoraggio e l'implementazione dell'aderenza terapeutica				
18.7.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Analisi delle evidenze scientifiche a livello nazionale e internazionale e analisi del consumo dei farmaci per le terapie croniche	Sviluppo di indicatori per il monitoraggio dell'aderenza	dic-19	FARMACIE DISPOSITIVI	
18.7.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Valutazione delle classi terapeutiche a minor aderenza e a maggior rischio ed elaborazione di un documento di sintesi con il supporto del Corefa.	Proposta da parte del Corefa di linee di indirizzo per il monitoraggio e la valutazione dell'aderenza terapeutica per le strutture del SSR	lug-19	FARMACIE DISPOSITIVI	
18.8	Governance farmaci e dispositivi medici	Sperimentazione attività farmacia dei servizi				
18.8.1	Governance farmaci e dispositivi medici	Identificazione di procedure operative per la sperimentazione dei servizi, ruoli delle farmacie di comunità in linea con quanto previsto dal tavolo nazionale per i farmaci dei servizi	Recupimento delle linee di indirizzo nazionale	apr-19	FARMACIE DISPOSITIVI	
18.8.2	Governance farmaci e dispositivi medici	Elaborazione di un progetto condiviso con le associazioni di categoria delle farmacie di comunità per il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e per i servizi di screening del colon-retto	Avvio della sperimentazione	dic-19	FARMACIE DISPOSITIVI	
18.8.3	Governance farmaci e dispositivi medici	Estrapolazione dati di consumo e spesa.	Sviluppo di indicatori di valutazione	giu-20	FARMACIE DISPOSITIVI	
19	Investimenti in patrimonio e tecnologie					
19.1	Investimenti in patrimonio e tecnologie	1. - proseguimento del monitoraggio sul percorso di adeguamento degli immobili - di proprietà delle Aziende del SSR - alla normativa vigente attraverso la manutenzione straordinaria, la riqualificazione e la ristrutturazione di presidi sanitari, compatibilmente con i finanziamenti assegnati e in coerenza agli esiti dell'audit del patrimonio immobiliare del SSR.				
19.1.1	Investimenti in patrimonio e tecnologie	2. - proseguimento del monitoraggio dell'investimento e dell'implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR (programmazione triennale ed aggiornamento annuale);	Monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione; semestrale	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.2	Investimenti in patrimonio e tecnologie	3. - proseguimento del monitoraggio e della capacità del finanziare gli investimenti in ricerca e sviluppo e di quelli assegnati per obiettivi specifici dei precedenti programmi operativi;	monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione; semestrale;	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.3	Investimenti in patrimonio e tecnologie	4. - aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia;	monitoraggio degli investimenti assegnati alle Aziende Sanitarie con report, incontri periodici con i referenti aziendali, predisposizione atti regionali di approvazione dei progetti e rendicontazione; semestrale;	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.1.4	Investimenti in patrimonio e tecnologie		1. (linea di intervento 4 e 5) predisposizione dell'ispezione regionale, a partire dalla verifica e condiziocione formale e con i Directori Generali degli eleebch forati per l'anno 2019, 2020, 2021 (Adempimento LEA) e entro il primo semestre dell'anno di riferimento	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	

2.1.2 Allegato 2 - C-omoprogramma

n.	Micro-tema	Linee di intervento	Risultati attesi	Tempistiche	Area Competente	Area di Supporto
19.1.5	19.1.5 Sostegno e sviluppo dei programmi di investimento e del	1. attivazione del flusso informativo delle grandi imprese culturali NSE (in senso del DM 22.04.2014) finalizzato anche all'aggiornamento del quadro di riferimento delle apparecchiature di alta/media tecnologia. 2. attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 3. attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	1. (linea di intervento 4 e 5) predisposizione dell'infocartella regionale a partire dalla verifica e convalida formale e con i Liberatori Generali degli elzevchi forati per l'anno 2019, 2020, 2021 (Adempimento LEA) entro il primo semestre dell'anno di riferimento	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2	19.2 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).				
19.2.1	19.2.1 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	1. (linea di intervento 1 e 2) Adozione di provvedimento regionale di recepimento dell'Accordo di Programma finalizzato all'assegnazione dei finanziamenti alle Aziende Sanitarie (per lo Stralcio 1.B.1 ex art. 20 L. 67/88 - entro 31.12.2019); Definizione dell'accordo INAIL (31.12.2020)	dic-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.2	19.2.2 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).				
19.2.3a	19.2.3a Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	2. (linea di intervento 3) Miglioramento del fabbisogno delle Aziende sanitarie (in termini di tecnologia, adeguamento a messa a norma, manutenzioni, ristrutturazioni e riqualificazione del sistema edilizio ed impiantistico delle strutture ad uso sanitario (31.12.2019)	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.3b	19.2.3b Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	3. (linea di intervento 3) Definizione degli interventi da inserire nello stralcio 1.B.2 ex art. 20 L. 67/88 e successiva adozione del provvedimento regionale di programmazione degli investimenti (31.12.2020)	dic-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.2.4	19.2.4 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	4. (linea di intervento 4) Definizione degli interventi da inserire nei finanziamenti di cui alla legge n. 145/2018 (31.12.2020)	dic-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.3	19.3 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).				
19.3.1	19.3.1 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	Predisposizione di Report biennale a partire dal 31/12/2019	dic-19	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.3.2	19.3.2 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	Predisposizione di linee guida (30.03.2020)	mar-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	
19.3.3	19.3.3 Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento	1. Attivazione di nuove coperture di impianti e di realizzazione di nuovi coperture e impianti di alta/media tecnologia. 2. Attivazione di nuovi investimenti di cui alla L. 232/2016 art.1, comma 140 (parto del fondo per il finanziamento delle apparecchiature di alta/media tecnologia).	Predisposizione dello studio di fattibilità Tecnico Economica del Sistema Informativo (30.06.2020)	giu-20	PATRIMONIO E TECNOLOGIE	