

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

- 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: "Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";

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*;

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 deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con la quale è stato nominato l'arch. Giovanni Bissoni, a decorrere dal 2 dicembre 2014, Sub Commissario nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;

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;

DATO ATTO che la Struttura Commissariale, a conclusione dei Programmi Operativi 2013-2015 adottati con il citato DCA n. U00247/14, ha elaborato la nuova proposta di Programma



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

Operativo 2016-2018 e ne ha trasmesso copia, in preventiva approvazione, ai Ministeri affiancati Salute ed Economia e Finanze con la nota prot. n. 1949/CZ del 20.07.2016;

VISTO il parere prot. n. 184-P del 07.10.2016 con cui i Ministeri affiancanti hanno espresso le proprie osservazioni in ordine alla suddetta proposta;

DATO ATTO che la Struttura Commissariale e la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, dopo avere recepito i rilievi contenuti nel citato parere, hanno trasmesso ai Ministeri affiancanti, con la nota prot. n. 2048/CZ del 12.10.16, la nuova proposta di Programma Operativo;

DATO ATTO, altresì, che la Struttura Commissariale e la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, a seguito del confronto intercorso con i Ministeri, hanno rivisto la citata proposta e redatto un'ulteriore versione della stessa, che è stata trasmessa ai Ministeri con la nota prot. n. 0605088 del 05.12.16 ove, tra l'altro, si è anticipato quanto avrebbe dichiarato il Commissario *ad acta* in sede di verbalizzazione del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, ossia che: *“Parte delle proposte di modifica del Programma Operativo configurano il Programma Straordinario da sottoporre a specifica verifica entro l'estate 2017 al fine di consentire l'apertura di un confronto con il Governo per valutarne lo stato di attuazione e, in presenza di una valutazione positiva, definire modalità e tempi di uscita dal commissariamento, condizione ritenuta realizzabile già nel 2018 in sede consuntivo 2017”*;

VISTO il verbale delle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza tenutesi nelle date del 10 novembre 2016 e 7 dicembre 2016, ove, in particolare, si è, tra l'altro, rappresentato che: *“Con riferimento alla proposta di Programma Operativo 2016-2018 il Commissario, per il tramite del Subcommissario che riferisce in sede di riunione, dichiara: “Parte delle proposte di modifica del Programma Operativo configurano il Programma Straordinario da sottoporre a specifica verifica entro l'estate 2017 al fine di consentire l'apertura di un confronto con il Governo per valutarne lo stato di attuazione e, in presenza di una valutazione positiva, definire modalità e tempi di uscita dal commissariamento, condizione ritenuta realizzabile già nel 2018 in sede consuntivo 2017.” Tavolo e Comitato, ferme restando le prerogative del Governo in tema di commissariamento e facendo presente che le valutazioni di questi Tavoli restano di natura tecnica, ai fini del monitoraggio degli obiettivi del Piano di rientro e del mandato commissariale, ritengono che la proposta di Programma Operativo 2016-2018 possa essere valutata positivamente e restano in attesa, pertanto, di ricevere il documento formalmente adottato con decreto commissariale. Per quanto concerne, tuttavia, il paragrafo 3 “Politiche del Personale”, e le relative manovre, fanno presente che lo stesso potrà necessitare di appositi aggiornamenti, al fine di renderlo coerente con le valutazioni operate dai tavoli tecnici sul piano di fabbisogno di personale, ai sensi dell'articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015”*;

VISTO che sul paragrafo 3 del Programma Operativo “Politiche del Personale” è in corso una verifica unitamente ai Ministeri affiancanti in ordine al DCA n. U00403/2016 avente ad oggetto *“Approvazione del budget assunzionale per l'anno 2016 e per l'anno 2017 per le*



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

Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale- autorizzazione all'indizione delle procedure selettive di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 marzo 2015 e al Decreto del Commissario ad acta n. U00539 del 12 novembre 2015, modificato dal Decreto n. U00154 del 12 maggio 2016 e all'indizione di concorsi pubblici straordinari per titoli ed esami, con la previsione di riserva di posti ai sensi dell'art. 1 comma 543 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015 e del Decreto del Commissario ad acta n. U00238 del 18 luglio 2016";

ATTESO che, alla luce di tale verifica, la Regione si è impegnata ad effettuare una ulteriore ricostruzione dell'iter di definizione del fabbisogno di Personale come espresso nel DCA n. 403/2016 assunto nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s. m.i;

TENUTO CONTO che la citata ricostruzione riguarda quei fattori critici che impattano in maniera sensibile sul proficuo utilizzo delle risorse umane e che sono riferiti, in particolare, a quelle unità di personale operanti sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero, nonché a quelle unità di personale che, in presenza di giudizi medici di prescrizioni/limitazioni, determinano un forte impatto sull'organizzazione del lavoro per i connessi effetti sul proficuo e pieno impiego nelle strutture di appartenenza;

CONSIDERATO che, nelle more della conclusione del citato percorso/confronto, la Regione procederà all'applicazione graduale del DCA n. U00403/2016, attuando il medesimo con riferimento a quanto è già stato positivamente valutato dai Ministeri affiancanti;

DATO ATTO che la definizione e attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 hanno determinato importanti risultati nel percorso di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale consentendo, da un lato, un miglior andamento delle variabili economico-finanziarie e la riduzione del disavanzo, dall'altro, un miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza in termini di erogazione dei LEA;

CONSIDERATO che i percorsi ed i risultati raggiunti consentono al Programma Operativo 2016-2018 di consolidare, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, il percorso di innovazione e miglioramento dei servizi al fine di ricondurre al normale esercizio delle responsabilità regionali il governo della sanità e garantire l'accesso ai servizi sanitari di qualità a fronte di un equilibrato livello di prelievo fiscale;

CONSIDERATO, altresì, che il Programma Operativo 2016-2018 si configura come logico completamento e consolidamento di interventi già previsti dai precedenti Programmi Operativi 2013-2015 nonché come sviluppo di nuove azioni non precedentemente previste e che, in coerenza peraltro con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016, si pone l'obiettivo di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario e sviluppare un'organizzazione dei servizi rispondente ai fabbisogni di assistenza, in un contesto caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal maggior impatto della domanda per patologie croniche ed a rischio di disabilità;

CONSIDERATO, pertanto, che il Programma Operativo 2016-2018 riformula la programmazione regionale e recepisce le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti,



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

individuando le priorità di intervento, gli obiettivi e le azioni del Servizio Sanitario Regionale in osservanza dei principi, delle raccomandazioni, degli *standard* e delle indicazioni contenuti nella normativa nazionale e regionale;

DATO ATTO che:

- il Programma Operativo 2016-2018 è organizzato in 13 capitoli a cui corrispondono macro ambiti di intervento e che per ciascuno di essi sono elencate le "attività", ossia le azioni principali, con relativa tempistica, che la Regione intende porre in essere nel triennio 2016-2018, e che nel capitolo 14 sono riportati il Conto Economico (CE) tendenziale e programmatico per gli anni 2016-2018;
- parte del Programma Operativo configura il Programma Straordinario da sottoporre a specifica verifica entro l'estate 2017, al fine di consentire l'apertura di un confronto con il Governo per valutarne lo stato di attuazione e, in presenza di una valutazione positiva, definire modalità e tempi di uscita dal commissariamento, condizione ritenuta realizzabile già nel 2018 in sede consuntivo 2017;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, adottare il Programma Operativo per gli anni 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*", di cui al documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto, e prevedere che il paragrafo 3 del Programma Operativo denominato "Politiche del Personale" potrà essere aggiornato alla luce delle ulteriori valutazioni, in corso presso i Ministeri affiancanti relativamente alle proposte contenute nel DCA n. U00403/2016;

DECRETA

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

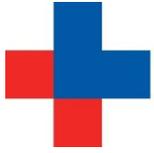
- di adottare il Programma Operativo per gli anni 2016 – 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*", di cui al documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
- che il paragrafo 3 del Programma Operativo denominato "Politiche del Personale" potrà essere aggiornato alla luce delle ulteriori valutazioni in corso presso i Ministeri affiancanti relativamente alle proposte contenute nel DCA n. U00403/2016.

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





SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Regione Lazio

Programma Operativo 2016-2018
Piano di riorganizzazione, riqualificazione e
sviluppo del Servizio Sanitario Regionale

Versione 05/12/2016

Sommario

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018 - PIANO DI RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE:.....	4
PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018	7
PROGRAMMA STRAORDINARIO	11
1 Assetto Istituzionale del SSR.....	20
1.1 Riorganizzazione e accorpamento delle AA.SS.LL., ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n.17 del 31/12/2015	20
1.2 Accentramento funzioni amministrative di supporto	21
1.3 Approvazione del Protocollo di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata	22
1.4 Completamento del percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e superamento della gestione extra ordinem	22
1.5 Piani di Efficientamento aziendali.....	27
1.6 Sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR	29
1.7 Revisione della normativa regionale in tema di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale	30
1.8 Approvazione nuovo modello per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR	30
1.9 Gestione del Contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali.....	31
2 Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni	35
2.1 Sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR	35
2.2 Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende del SSR.	36
2.3 Sistema regionale di contabilità analitica.....	38
2.4 Analisi dei costi attraverso strumenti di benchmarking per ambiti assistenziali omogenei	40
2.5 Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori.....	41
2.6 Riduzione dei crediti verso Regione.....	43
2.7 Sistemazione contabile del Fondo di dotazione	46
2.8 Ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende	49
3 Politiche del personale.....	50

3.1	Programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR.....	51
3.2	Prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali.....	53
3.3	Riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze.....	53
4	Approvvigionamento Beni & Servizi	55
4.1	Estensione della copertura degli acquisti centralizzati.....	55
4.2	Pianificazione degli acquisti e analisi e quantificazione degli effettivi fabbisogni.....	58
4.3	Verifica del modello organizzativo introdotto con DCA 369/2015	60
4.4	Rinegoziazione dei contratti in essere ai sensi dell'art. 9 ter del DL 78/2015, convertito con Legge 125/2015.....	60
4.5	Monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso.....	61
5	Iniziative per la promozione dell'appropriatezza dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici.....	63
5.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica.....	63
5.2	Monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi territoriali.....	65
5.3	Appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV	65
5.4	Razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici	66
6	Patrimonio immobiliare e tecnologico.....	68
6.1	Ricognizione degli investimenti in conto capitale assegnati.....	68
6.2	Avvio della terza fase dell'art. 20 della L.67/88	69
6.3	Manutenzione straordinaria.....	72
6.4	Stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature.....	73
7	Sistemi Informativi.....	75
7.1	Completamento dell'integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari.....	77
7.2	Sviluppo di meccanismi di controllo periodico delle attività dei singoli soggetti erogatori.....	78
8	Prevenzione.....	79
8.1	Realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale	79
8.2	Riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL	80
8.3	Qualificazione delle attività di prevenzione e controllo	83
9	Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio -Sanitaria	85
9.1	Governo del rapporto con i MMG/PLS	86
9.2	Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.....	87
9.3	Case della Salute.....	89

9.4	Progetto regionale per il potenziamento della rete e delle attività dei Consultori Familiari.....	90
9.5	Salute Mentale.....	95
9.6	Dipendenze	98
9.7	Sanità Penitenziaria.....	99
10	Governo delle liste di attesa	103
10.1	Qualificazione dei PDTA a livello territoriale.....	106
11	Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali	107
11.1	Rete emergenza	107
11.2	Rete ospedaliera.....	111
11.3	Medicina di laboratorio di base e reti specialistiche.....	115
11.4	Rete Terapia del Dolore.....	117
11.5	Servizi Trasfusionali.....	118
11.6	Rete Malattie Rare.....	120
11.7	Gestione del Rischio Clinico	121
12	Rapporti con gli erogatori pubblici e privati	123
12.1	Sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza gestionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera	123
12.2	Implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL per l'acquisto di prestazioni territoriali.....	125
12.3	Revisione del DCA n. 40/2012 in materia di controlli esterni	127
13	Autorizzazione e Accreditamento	129
13.1	Semplificazione della filiera del sistema di autorizzazione, accreditamento e controllo.....	129
13.2	Accreditamento delle strutture private.....	129
13.3	Percorso di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche.....	130
13.4	Sistemi di accreditamento di percorsi assistenziali.....	131
14	Risultati finanziari del triennio 2016-2018	133
14.1	Tendenziali 2016-2018	133
14.2	Programmatici 2016-2018.....	139
14.3	Manovre.....	139

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018 - PIANO DI RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE:

Il percorso di risanamento della sanità ha avuto inizio con la Legge Finanziaria 2005 (Legge n. 311/2004), la Legge Finanziaria 2006 (Legge n. 266/2005) e la Legge finanziaria 2007 (L. 296/2006), che recepisce l'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, con le quali sono stati individuati, in capo alle Regioni, numerosi obblighi finalizzati alla progressiva riduzione del disavanzo di gestione del SSR e alla riorganizzazione sostenibile del sistema stesso, nel rispetto dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Nell'ambito del suddetto quadro normativo, il 28 febbraio 2007 la Regione Lazio ha sottoscritto con il Ministero della Salute ed Il Ministero dell'economia e Finanze l'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro dal debito sanitario, con individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 311 del 30/12/2004. Tale accordo è stato approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente appunto *"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"*

Successivamente, non essendo stati raggiunti tutti gli obiettivi prefissati dal Piano di Rientro dal disavanzo, è stata avviata la procedura di diffida di cui all'art. 4 del Decreto Legge del 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazione dalla Legge 222/2007, ed il Consiglio dei Ministri, con delibera dell'11 luglio 2008, ha nominato il Presidente della Regione pro-tempore quale Commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza e realizzazione del Piano di Rientro.

Al fine di proseguire, ai sensi dell'art. 17, comma 4, del D.L 98/2011, il Piano di Rientro 2007/2009, la Regione Lazio, in conformità con quanto disposto dal Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14, e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n° 191, ha adottato:

- il Programma Operativo 2010, con DCA n. 33 del 8 aprile 2010, successivamente modificato ed integrato con i Decreti commissariali n. 37 del 21 aprile 2010 e 49 del 31 maggio 2010;
- il Programma Operativo 2011-2012 con Decreto Commissariale n° 113 del 31 dicembre 2010;
- il Programma Operativo 2013-2015 con decreto commissariale n° 314 del 5 luglio 2013, modificato successivamente con Decreto Commissariale n° 480 del 6 dicembre 2013 e con il Decreto Commissariale n° 247 del 25/07/2014.

Se in una prima fase il Piano di rientro (P.d.R.), enfatizzava gli aspetti economico-finanziari, l'ultimo triennio ha registrato un significativo cambiamento, che, in analogia con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, consente di meglio ridefinire il Piano di Rientro in Piano **di riorganizzazione, qualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale**.

Infatti la definizione del Programma Operativo 2013-2015 e la sua attuazione ha determinato importanti risultati nel percorso di riorganizzazione,

riqualificazione e potenziamento del SSR, che hanno consentito, da un lato, un miglior andamento delle variabili economico-finanziarie e la riduzione del disavanzo, dall'altro un miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza in termini di erogazione dei LEA. **Nello specifico, il disavanzo del SSR passa da -1.696 €/mln del 2007¹ a -332 €/mln nel 2015 e mostra un miglioramento del margine operativo che passa da oltre -1.100 €/mln del 2007 a -43 €/mln del 2015, mentre il punteggio complessivo della valutazione griglia LEA, evidenzia un miglioramento tra il 2009 e il 2014 (ultimo anno disponibile), passando da un punteggio di 114 a 168, (valore soglia di adempienza pari a 160).**

Oltre alle grandi difficoltà economico-finanziarie e ad una carenza dei servizi, tale da mettere in discussione per i cittadini un adeguato accesso alle cure, il SSR del Lazio registrava inoltre una debole e non chiara definizione del sistema di governance regionale e aziendale, nonché una scarsa funzione programmatica.

In tale quadro, la mancanza di regole chiare e rispettose delle norme nazionali e regionali in materia di rapporti con gli erogatori ha determinato un contenzioso, in particolare con gli erogatori classificati e privati, che non ha riscontro in altre realtà del Paese, creando difficoltà nel funzionamento dell'intero sistema e incidendo pesantemente sui risultati finanziari quanto sull'organizzazione ed erogazione dei servizi.

È solo oggi, a seguito dell'accelerazione degli ultimi anni, che si sono realizzate o sono in fase conclusiva:

- la riscrittura delle regole fondamentali alla base dei rapporti contrattuali per la fornitura dei servizi assistenziali;
- il processo di conferma delle autorizzazioni e accreditamenti definitivi dei soggetti privati;
- la definizione dei percorsi di superamento delle numerose "anomalie gestionali" estranee al quadro normativo generale di riferimento.

I processi avviati ed i risultati raggiunti, consegnano alla nuova stagione dei PP.OO. 2016-2018 l'obiettivo di consolidare il percorso di innovazione e di miglioramento dei servizi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, al fine di consentire il pieno superamento di quelle condizioni economico-finanziarie e di

¹Dato da verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 26 novembre 2008

criticità nell'erogazione dei LEA che hanno portato la Regione Lazio in Piano di rientro prima e al commissariamento poi. Creare le condizioni per ricondurre al normale esercizio delle responsabilità regionali il governo della sanità e garantire l'accesso a servizi sanitari di qualità a fronte di un equilibrato livello di prelievo fiscale, è perciò l'obiettivo della terza fase del Programma Operativo 2016-2018.

L'obiettivo di riconsegnare il SSR al normale esercizio delle responsabilità istituzionali significa anche completare lo sviluppo del sistema di governance, consolidando il ruolo regionale in termini di definizione delle regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione; sviluppando un parallelo rafforzamento dell'organizzazione aziendale nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità verso gli obiettivi di miglioramento dei servizi e indiscussa salvaguardia dei vincoli economico-finanziari; realizzando organizzazioni capaci di valorizzare l'esercizio delle responsabilità e delle competenze professionali.

Si sottolinea che i risultati oggi conseguiti in ambito finanziario, registrano un disavanzo decrescente ed al di sotto del valore soglia, che ha comportato l'ingresso in Piano di rientro, già a partire dal consuntivo 2014 e un previsionale 2016 che dimezza il disavanzo 2015.

Questi risultati, unitamente alla valutazione della griglia LEA, oltre la soglia critica, consentono una valutazione nuova della Regione Lazio nel percorso del Piano di Rientro.

Al fine di concretizzare tale nuova valutazione, nell'ambito del Programma Operativo, sono state individuate alcune priorità che costituiscono un "Programma Straordinario" da sviluppare nel primo semestre e da sottoporre a verifica entro l'estate 2017.

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018

Il Programma Operativo del triennio 2016-2018 individua le priorità di intervento, gli obiettivi e le azioni del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in recepimento dei principi, delle raccomandazioni, degli standard e delle indicazioni contenuti nella normativa nazionale e regionale. Il documento si configura come logico completamento o consolidamento di interventi già previsti dal precedente Programma Operativo 2013-2015 (DCA n. 247 del 25 luglio 2014) ovvero come sviluppo di nuove azioni non precedentemente previste. Il documento è coerente con quanto previsto dal patto della Salute 2014-2016 laddove, nello specifico, all'art. 12, si richiama la necessità che il Programma Operativo preveda:

- obiettivi e azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di governance regionale nel rispetto dei principi generali del D.lgs n.502/1992 e s.m.i, del D.lgs n.517/1999 e delle altre norme vigenti in materia di garanzia dei LEA, aziendalizzazione, verifica e controllo;
- interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario, assicurandone la coerenza nelle articolazioni aziendali.

Se il precedente Programma Operativo ha enfatizzato, in una prima fase, l'obiettivo prioritario di ridurre la spesa sanitaria, e in una seconda fase, l'obiettivo di affiancare al controllo della spesa azioni di ridefinizione delle regole di funzionamento del sistema e riorganizzazione dei servizi, la nuova stagione 2016-2018 ha l'obiettivo di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario e sviluppare una organizzazione dei servizi rispondente ai fabbisogni di assistenza, in un contesto caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal maggior impatto della domanda per patologie croniche ed a rischio di disabilità. Tale finalità si coniuga con l'esigenza di impiegare al meglio le risorse disponibili, individuando manovre di contenimento dei costi nelle "aree di inefficienza" e di sviluppo per interventi di ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture e valorizzazione delle *best practice*.

I principi a cui il Programma Operativo 2016-2018 fa riferimento sono i seguenti:

- perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno;
- promuovere unitarietà e coesione del SSR in una logica di integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti;
- garantire reali recuperi di efficienza come principi dell'organizzazione del SSR;
- rafforzare le attività di controllo delle prestazioni in una logica di miglioramento degli esiti di salute della popolazione trattata;
- conferire alle Aziende Sanitarie Locali ulteriori strumenti per rinforzare la loro funzione di programmazione locale e di committenza;
- qualificare ed arricchire le competenze dei professionisti del SSR anche attraverso una loro maggiore responsabilizzazione, come garanzia per la qualità delle prestazioni;
- promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico;
- valorizzare gli aspetti di umanizzazione dell'assistenza, sottolineando l'importanza del rapporto relazionale in ogni contatto tra l'assistito e il sistema sanitario, e promuovendo le competenze dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute;
- valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane anche in considerazione dell'unificazione della gestione del trattamento dei dati del personale centrale e periferico, tramite il Sistema informativo realizzato dal Dipartimento dell'amministrazione generale (DAG) del Ministero dell'economia e delle finanze, denominato NoiPA;
- sviluppare le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie, con il presupposto che le condizioni di salute della popolazione sono determinate sia da fattori sanitari che non sanitari;
- riequilibrare i livelli assistenziali a favore di interventi indirizzati alla prevenzione e alla sanità di iniziativa per la presa in carico di gruppi

particolarmente fragili, anche attraverso la realizzazione di setting erogativi a elevato contenuto di appropriatezza organizzativa;

- ricondurre l'ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità, assicurando la separazione fra percorso dell'emergenze e quello dell'elezione;
- individuare gli interventi per il contenimento delle liste d'attesa, con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori;
- migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.
- utilizzare gli accordi contrattuali ed i protocolli di intesa con i soggetti erogatori come strumenti per determinare tipologie e volumi delle prestazioni e delle funzioni rispetto ad un budget definito;
- impostare una politica per i sistemi di remunerazione idonea a raggiungere gli obiettivi della programmazione dell'offerta, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni;
- rafforzare il governo regionale dell'acquisizione di beni e servizi rispondente ad esigenze di controllo della spesa e salvaguardia della qualità con economie di scala ottenibili tramite l'ulteriore centralizzazione degli acquisti e l'utilizzo di metodologie di tecnologie di Technology Assessment a supporto delle decisioni allocative e la centralizzazione degli acquisti;
- configurare il percorso dell'accreditamento, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione; identificando come elementi di innovazione la valutazione dei processi di accreditamento di funzioni specifiche e/o di percorsi di assistenziali;
- rafforzare i sistemi informativi come strumenti per la programmazione sanitaria ed il monitoraggio dello stesso Programma Operativo.

Il Programma Operativo è organizzato in 13 capitoli a cui corrispondono macroambiti di intervento. Per ciascuno di essi sono elencate le “attività”, ossia le azioni principali, con la relativa tempistica, che la Regione intende porre in essere nel triennio 2016-2018.

Nel capitolo 14 sono riportati il CE tendenziale e il programmatico per gli anni 2016-2018.

Le direttrici principali sono tese a completare il sistema di *governance*, valorizzando il ruolo regionale in termini di: definizione delle regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all’innovazione e consolidamento dell’organizzazione aziendale. Tutto ciò nel rafforzamento dei principi di autonomia e responsabilità rispetto agli obiettivi di miglioramento dei servizi e salvaguardia dei vincoli economico-finanziari, e per la realizzazione di organizzazioni capaci di valorizzare l’esercizio delle responsabilità e delle competenze professionali delle Direzioni aziendali.

PROGRAMMA STRAORDINARIO

Al fine di concretizzare il Programma straordinario per la verifica finalizzata all'apertura del confronto atto a valutare la presenza delle condizioni per l'uscita dal commissariamento, si individuano alcune priorità nei tempi di attuazione:

1. Superamento delle criticità ancora esistenti e segnalate dai Tavoli di verifica in ambito economico-finanziario.

Il percorso di attuazione del Piano di Rientro, a partire dall'esercizio 2007 ha consentito un progressivo miglioramento degli equilibri economico finanziari, innescando una dinamica virtuosa prossima al perseguimento del pieno equilibrio economico nell'esercizio 2017. Al fine di assicurare al sistema sanitario regionale la capacità di garantire stabilmente il mantenimento dei risultati economici conseguiti, il presente Programma Straordinario intende inoltre perseguire le seguenti attività di consolidamento dell'assetto della gestione economico finanziaria del SSR:

- Ricognizione e consolidamento dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende, anche al fine di operare una definitiva regolarizzazione contabile del Fondo di Dotazione sia nei Bilanci delle singole Aziende Sanitarie, che nel bilancio consolidato del SSR;
- Miglioramento della posizione contabile netta del Bilancio regionale verso il Bilancio Consolidato del SSR, attraverso la riduzione dei crediti esposti verso il Bilancio della Regione, conseguito tramite l'efficientamento delle attività di liquidazione delle fatture passive da parte delle stesse aziende sanitarie, e la progressiva restituzione della funzione di pagamento dal Sistema accentrato presso la Regione alla piena competenza della singola azienda sanitaria, mantenendo in capo alla Regione una stringente attività di verifica e controllo.
- Ulteriore riduzione dello stock di debito verso fornitori, anche in conseguenza dell'efficientamento delle procedure connesse alla liquidazione delle fatture passive, ed alla riduzione al ricorso all'anticipazione di liquidità consentita presso le singole tesorerie aziendali.

- Progressivo allineamento dell'indicatore di tempestività dei pagamenti dei fornitori del SSR alle prescrizioni di legge.
2. **stabilizzazione del sistema di governance regionale** e aziendale in una chiara definizione di funzioni, competenze, responsabilità. Completamento della definizione delle regole generali e specifiche di funzionamento dell'intero sistema di relazione con i produttori privati;
 3. **sviluppo dei servizi assistenziali** attraverso il completamento del riordino ospedaliero secondo quanto previsto dal DM 70/2015, piani di efficientamento delle Aziende Ospedaliere secondo quanto previsto dalla L. 208/2015 al fine di migliorare l'andamento economico-finanziario complessivo e recuperare le risorse per accelerare lo sviluppo dei servizi territoriali.

A tal fine si richiamano le azioni sotto riportate.

1) Processi economico-finanziari

- progressiva riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto della normativa di riferimento (azione 2.5 vedi pag. 41)
- riduzione dei crediti verso Regione (azione 2.6 vedi pag. 43)
- sistemazione contabile del Fondo di dotazione (azione 2.7 vedi pag. 46)
- ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende (azione 2.8 vedi pag. 49)
- gestione del contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali (azione 1.9 vedi pag. 31)
- estensione della copertura degli acquisti centralizzati (azione 4.1 vedi pag. 55).

2) Consolidamento progetto governance

- sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR (azione 1.6 vedi pag. 29)
- semplificazione della filiera del sistema di autorizzazione, accreditamento e controllo (azione 13.1 vedi pag. 129)
- revisione del DCA n. 40/2012 in materia di controlli esterni (azione 12.3 vedi pag. 127)

- approvazione del Protocollo di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata (azione 1.3 vedi pag. 22).

In questo ambito l'Ufficio commissariale assume altresì l'impegno ad accelerare già con il 2017, il finanziamento alle Aziende Sanitarie, la definizione dei budget con gli erogatori privati e la firma dei contratti, completare i controlli esterni per l'anno 2014 e per il I° semestre 2015, concludere la conferma delle autorizzazioni e accreditamento delle strutture private, l'approvazione degli Atti aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie Umberto I e Sant'Andrea, attività da concludere, in ogni caso, entro il 30 giugno 2017.

3) Riorganizzazione e sviluppo dei servizi assistenziali

- adeguamento al DM 70/2015 (azioni 11.1 e 11.2 vedi pag. 107 e 111). Adozione di un atto programmatico di recepimento delle indicazioni del tavolo congiunto con cronoprogramma complessivo al 31 dicembre 2017. Saranno conseguentemente adeguate le azioni e gli atti aziendali coinvolti.

- piani di efficientamento delle Aziende Ospedaliere L. 208/15 (azione 1.5 vedi pag. 27)

- Medicina di laboratorio di base e reti specialistiche (azione 11.3 vedi pag. 115). Adozione del nuovo Decreto del Commissario per la riorganizzazione della rete laboratoristica privata

- Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta: Nuovo accordo integrativo regionale (azione 9.1 vedi pag. 86)

- riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL (azione 8.2 vedi pag. 80)

- governo delle liste di attesa (azione 10 e 10.1 vedi pag.103) completando gli adempimenti regionali ed avviando la revisione e adeguamento dei Piani aziendali;

- Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (azione 9.2 vedi pag. 87)

Grafici di sintesi sull'evoluzione del Risultato Economico (2007-2015), sugli indicatori della Griglia LEA (2009-2014),

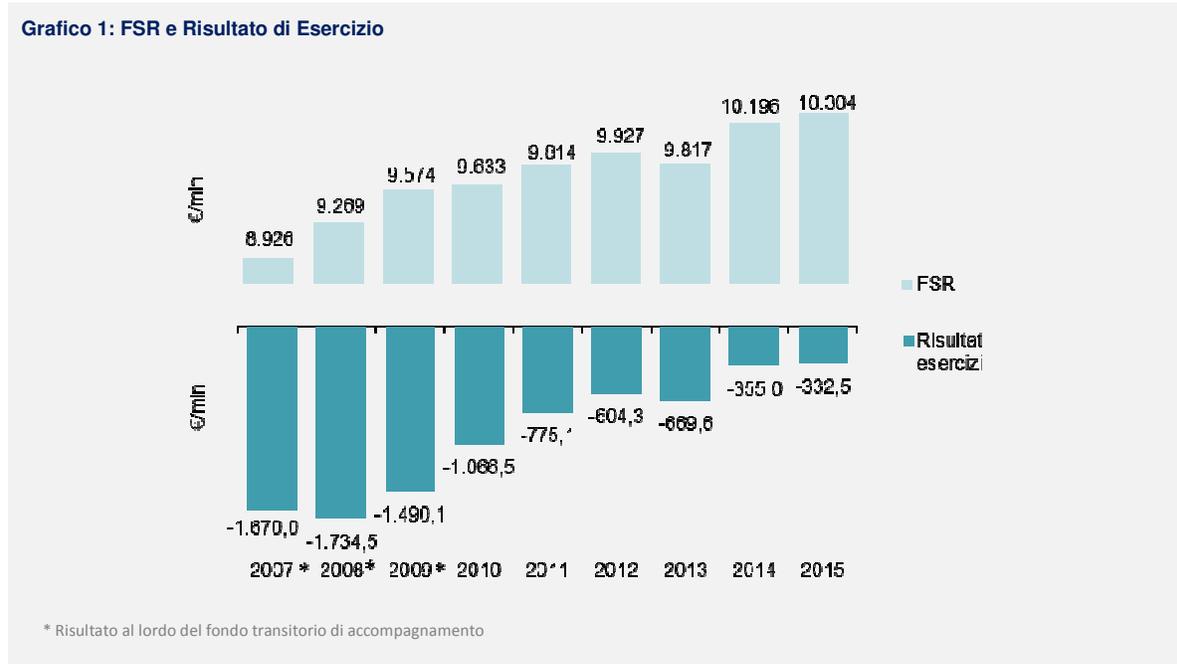
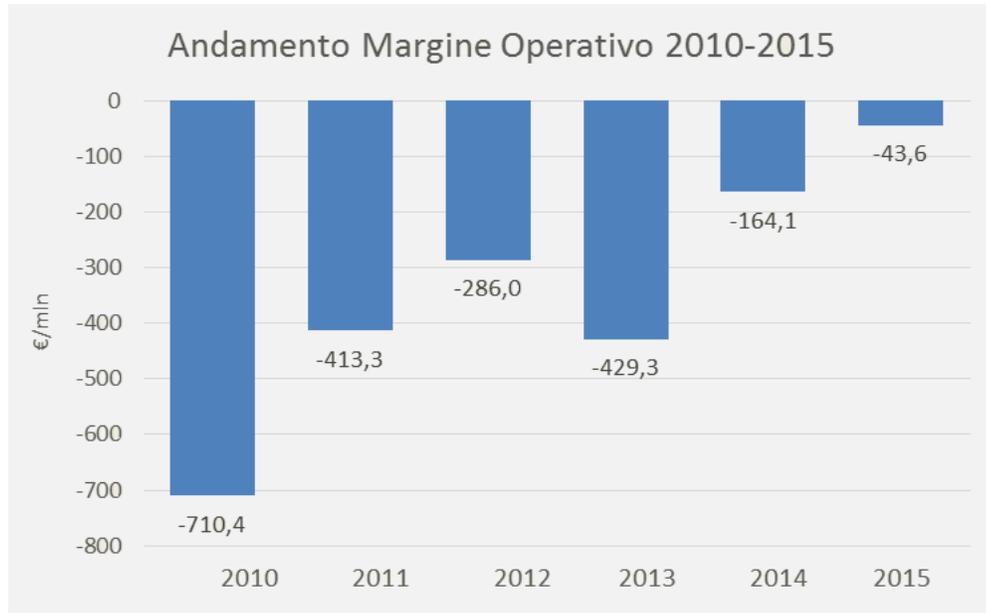


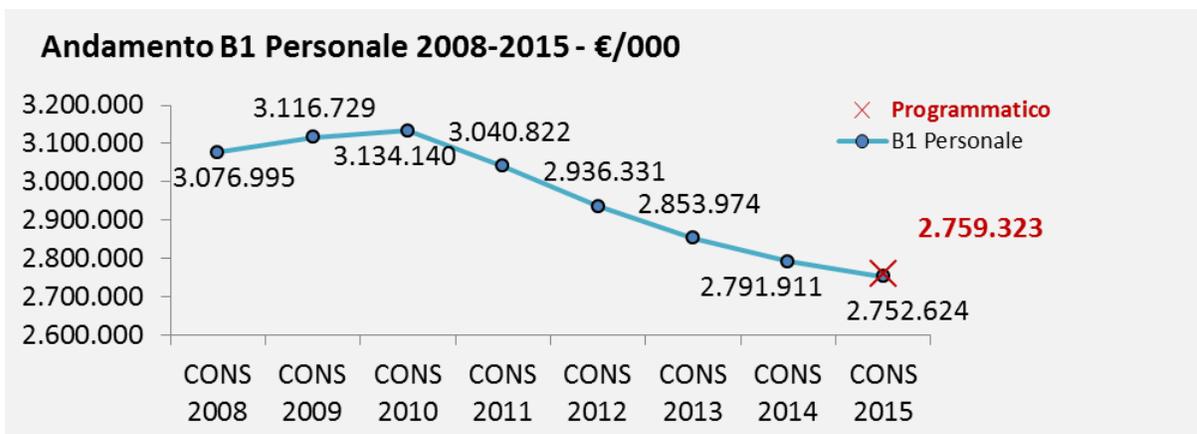
Grafico 2: Gestione Caratteristica (2010-2015)



La Regione Lazio, nel periodo 2007-2015, ha conseguito un miglioramento sia in termini di disavanzo economico sia nei punteggi assegnati per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per i quali è previsto, per l'anno 2015, il raggiungimento del punteggio di adempienza piena.

Grafico 3: Personale - Costi

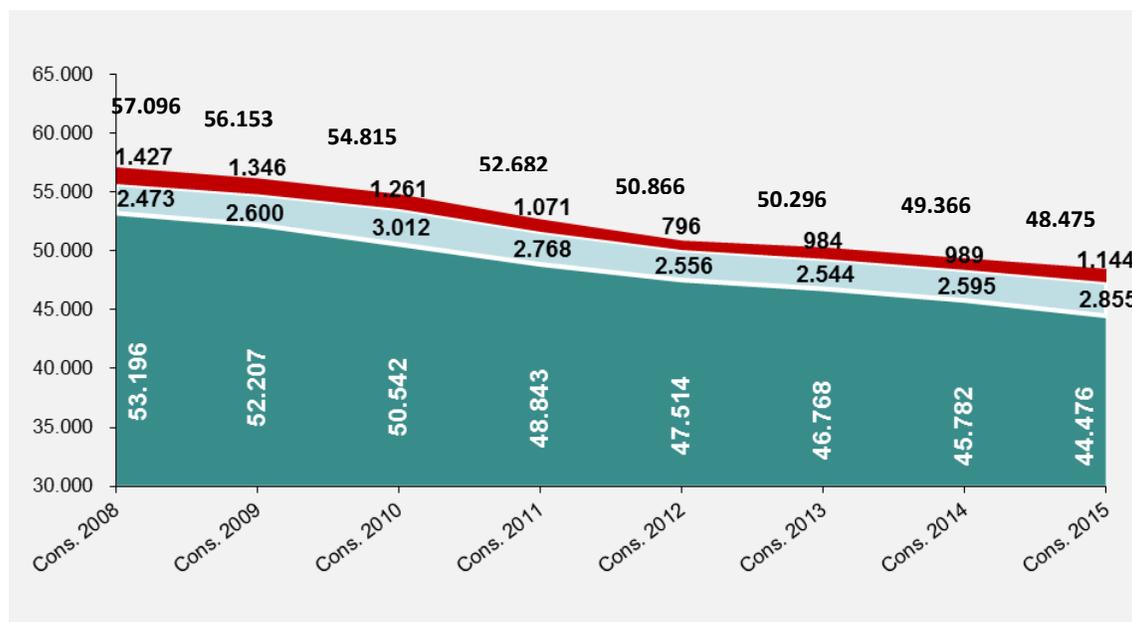
Nel periodo 2010-2015, per effetto del blocco del turn-over, il costo complessivo relativo al Personale è passato da 3.134 €/mln a 2.752 €/mln, con un tasso di crescita annuale composto (CAGR) pari al -2,56%, e una riduzione media annuale di oltre 76 €/mln



La quantità di personale è complessivamente diminuito di 8.620 unità nel periodo 2008-2015.

La riduzione è principalmente riferita al personale a tempo indeterminato (-8.720 unità rispetto al 2007)

Grafico 4: Personale - Unità



Tipo Personale	Delta 2008-2015	CAGR 2008-2015
Tempo Indeterminato	-8.720	-2,5%
Tempo Determinato	382	2,1%
Restante Personale	-283	-3,1%
Totale	-8.621	-2,3%

Grafico 5: Punteggio LEA

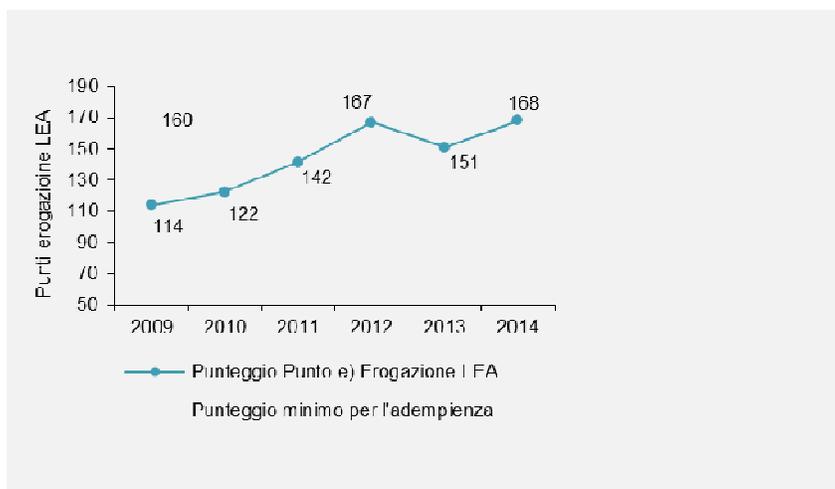
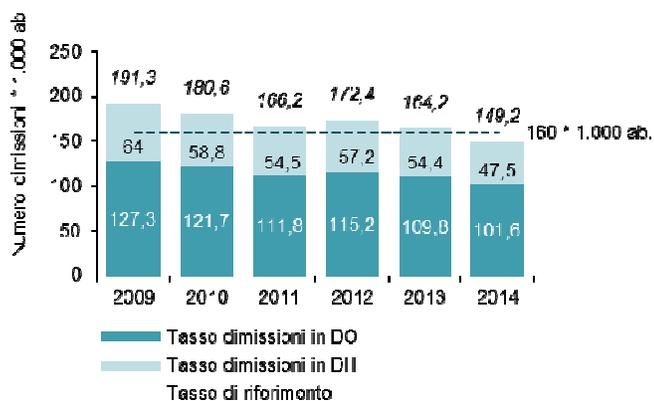
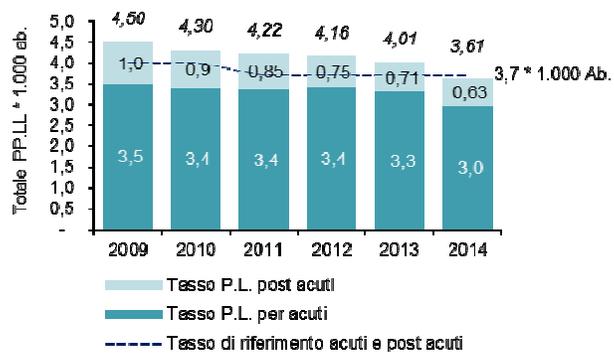


Grafico 6: Tasso di ospedalizzazione



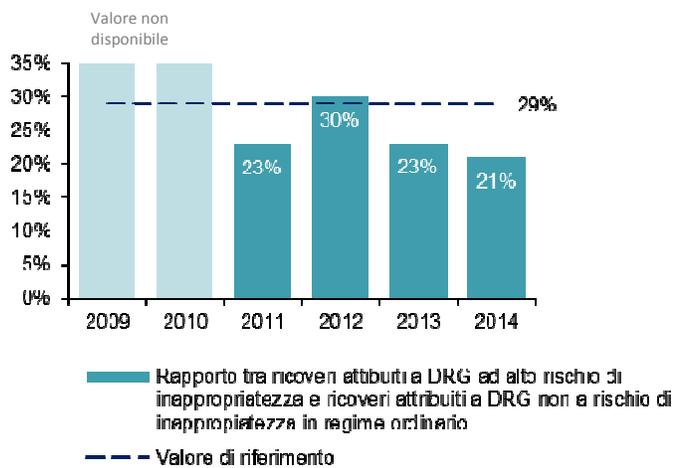
Il tasso di ospedalizzazione, pari nel 2009 a 191 * 1.000 ab., mostra un decremento nel periodo 2009-2014.

Grafico 7: Posti Letto



L'offerta di Posti Letto, per l'anno 2014, è di 3 * 1.000 ab. per le acuzie e 0,63 * 1.000 ab. per le post acuzie

Grafico 8: Appropriatelyzza



Nel periodo 2011-2014, il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario ha subito un incremento nel 2012, per poi diminuire nel 2013 e nel 2014.

Grafico 9: Controlli Cartelle Cliniche

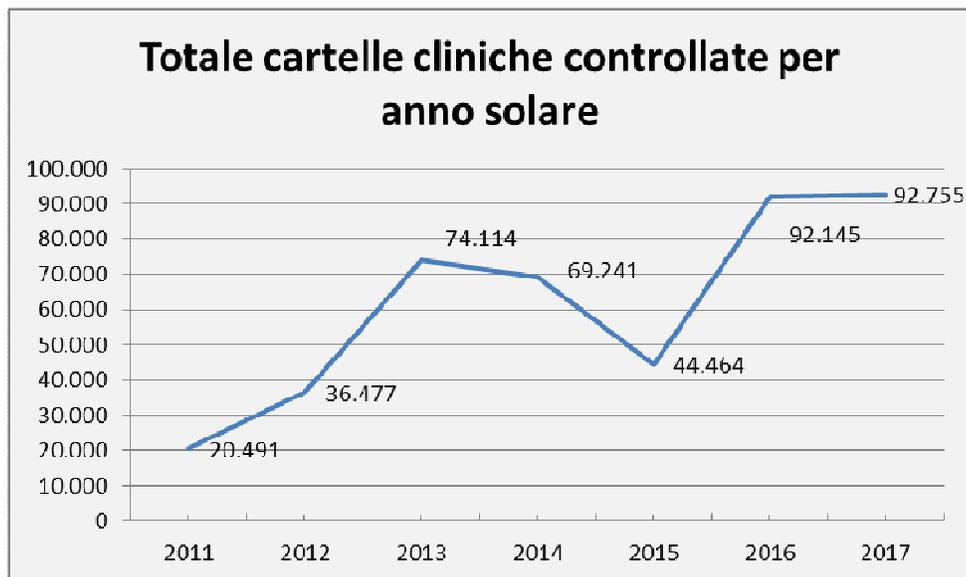
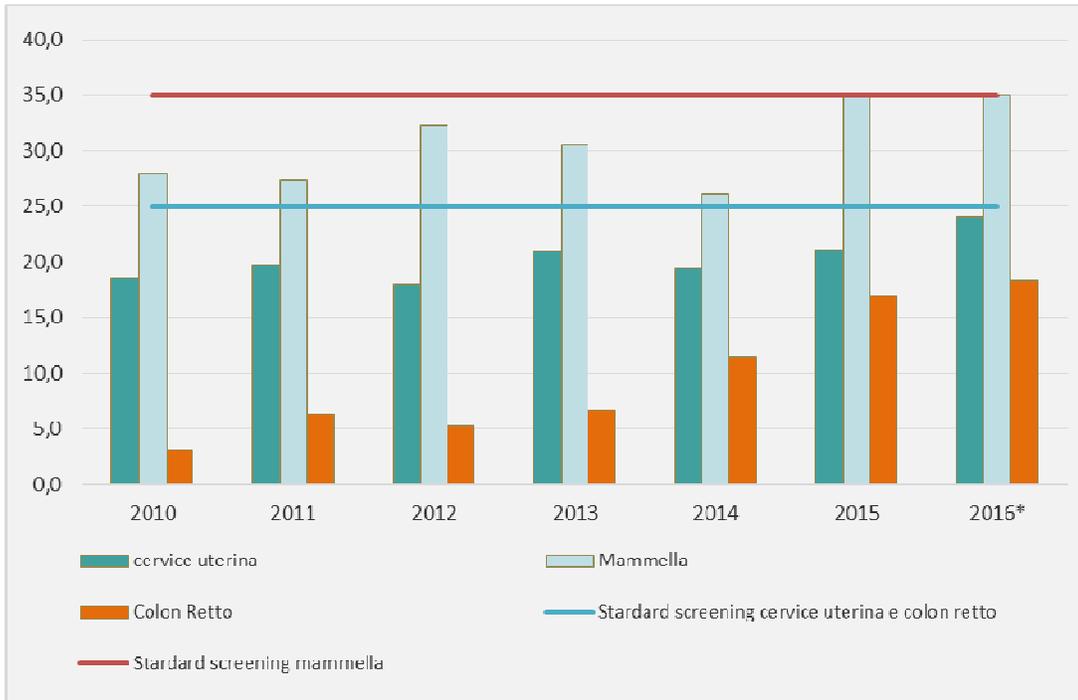


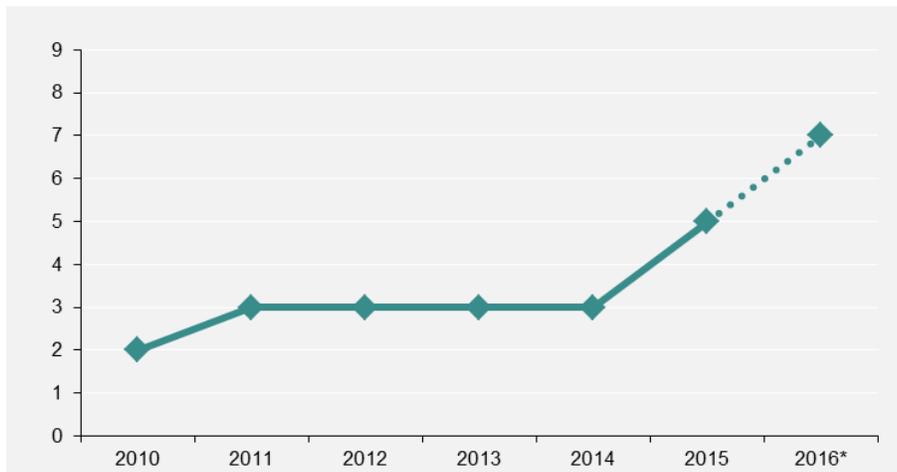
Grafico 10: Andamento indicatore LEA di copertura per i tre programmi di screening 2010-2016

Nel periodo 2010-2016 le coperture dei test di screening (mammella, cervice uterina e colon retto) mostrano un andamento positivo grazie all'aumento dell'estensione invito dei tre programmi. Si osserva per la Regione Lazio un miglioramento delle performance che ha permesso di raggiungere un punteggio con scostamento rilevante (score 5) ma in miglioramento rispetto al pieno adempimento.



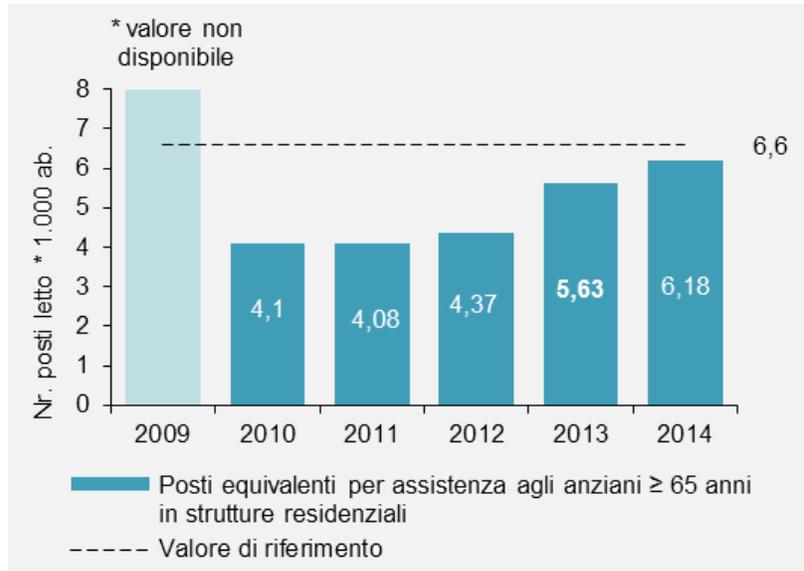
*dati non stabilizzati aggiornati al 30-10-2016

Grafico 11 – Punteggio LEA screening oncologici (2010-2016*)



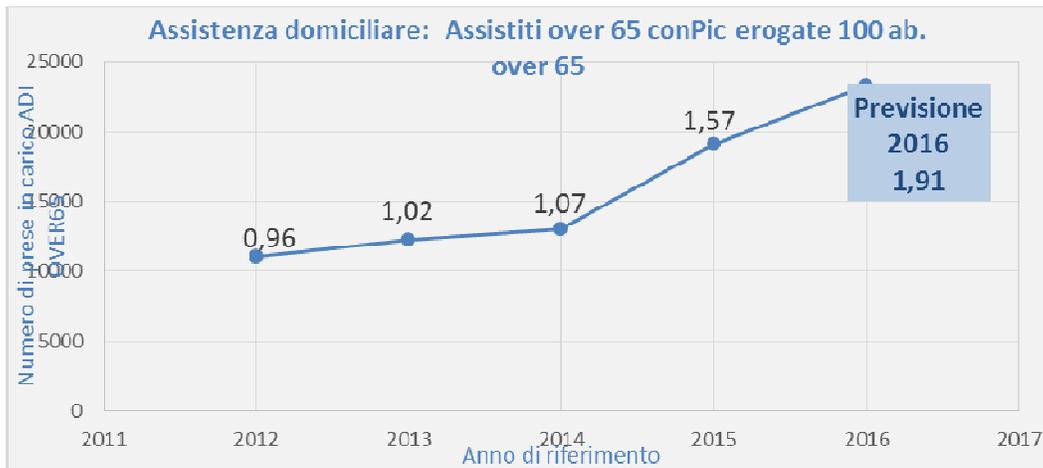
*stima su dati non stabilizzati aggiornati al 30-10-2016

Grafico 12: Assistenza residenziale e semiresidenziale



La Regione Lazio presenta un Numero di PP.LL equivalenti per assistenza agli anziani over 65 pari a 6,18 posti letto per 1.000 ab. nell'anno 2014

Grafici 13: Assistenza domiciliare



1 Assetto Istituzionale del SSR

Tra gli interventi riguardanti la *governance* che la Regione intende realizzare nel prossimo triennio, si evidenzia, in primo luogo, l'attuazione di quanto disposto dall'art. 6 della L.R. n.17/2015 in materia di riorganizzazione del SSR per quanto concerne il territorio della Città Metropolitana di Roma, l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto, sulla scorta di quanto già introdotto per le procedure di acquisto con il DCA 369/15, la revisione della metodologia di finanziamento delle Aziende e del modello per la valutazione dei Direttori Generali e per la gestione del contenzioso. Inoltre, la Regione, a seguito dell'individuazione delle Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli IRCCS del SSR da sottoporre ai piani di rientro triennali con il DCA n. 273/2016 intende attivare un percorso di affiancamento agli Enti individuati per la predisposizione e la conseguente realizzazione dei piani di rientro. Le novità introdotte dalla normativa vigente comportano un profondo cambiamento anche nelle modalità di individuazione degli interventi da attuare nei Programmi Operativi Regionali che rappresentano di fatto l'effetto, a livello aggregato, delle azioni previste dalle singole Aziende Sanitarie.

In sintesi, gli obiettivi programmati sono:

- la riorganizzazione e l'accorpamento delle AA.SS.LL
- l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto
- l'approvazione dei Protocolli di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata
- il completamento del percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e superamento della gestione extra ordinem
- piani di efficientamento aziendali
- sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR
- approvazione nuovo modello per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR
- gestione del Contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali

1.1 **Riorganizzazione e accorpamento delle AA.SS.LL., ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n.17 del 31/12/2015**

A seguito della riorganizzazione delle Aziende del SSR avvenuta in osservanza del Programma Operativo 2013/2015, del conseguente riassetto e dei Distretti sanitari aziendali in aderenza alle nuove municipalità di Roma Capitale, la Regione Lazio con la Legge n. 17 del 31/12/2015 all'art. 6 ha inteso disciplinare ulteriormente il processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie prevedendo al comma 3. che: *"... omissis ... Nel rispetto della deliberazione consiliare 3 dicembre 2015, n. 15 (Documento di Economia e Finanza Regionale 2016 - Anni 2016-2018) e in coerenza con quanto previsto dal piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, secondo il Programma Operativo di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dal 1° luglio 2017, le ASL di cui ai commi 1 e 2 sono rideterminate come segue: ASL RM1 e ASL RM2 per il territorio di Roma*

Capitale e ASL RM3 e ASL RM4 per il restante territorio della Città metropolitana di Roma”.

In particolare la Regione intende dare attuazione alla legge sopracitata approvando un nuovo riassetto con quattro ASL per l'intera area metropolitana di Roma rispetto alle sei attualmente presenti. In merito alle tempistiche indicate dalla Legge regionale, si fa presente che il 2017 rappresenta un anno di transizione su cui costruire un percorso di ulteriore accorpamento che verrà attivato nel 2018, anche in considerazione dei precedenti accorpamenti effettuati ai sensi del DCA U00606 del 30/12/2015 ed ancora in fase conclusiva in termini di integrazione dei servizi.

Azioni, indicatori e tempistica

- Predisposizione di un provvedimento regionale per l'approvazione del nuovo riassetto delle ASL dell'area metropolitana di Roma in attuazione della Legge n. 17 del 31/12/2015 (art. 6)

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale;

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2018

1.2 Accentramento funzioni amministrative di supporto

Nel 2015, la Regione, con il DCA 369/2015, ha avviato un percorso di accentramento delle funzioni di acquisto attraverso la costituzione di 3 Aree di aggregazione, individuate sulla base dei criteri legati alla vicinanza geografica e alla coerenza con i documenti di programmazione regionale. Sulla scorta dell'esperienza delle Aree di aggregazione nell'ambito degli acquisti e sulla base di quanto previsto dal Patto per la Salute 2014, la Regione intende accorpate anche ulteriori funzioni di natura amministrativa e gestionale (es. gestione del personale, gestione del patrimonio, ecc.) in unità operative sovraziendali. L'intento è quello di pervenire ad un complesso coordinato di funzioni in grado di fornire, in maniera uniforme, alle Aziende sanitarie strumenti tecnici e competenze amministrative di alto livello, mediante l'implementazione di procedure armonizzate e comuni per le diverse realtà. In tal modo, anche attraverso un continuo processo di miglioramento dell'output documentale e operativo, si potrà pervenire ad un efficientamento globale del sistema, anche tramite l'accentramento sovrazonale di funzioni amministrative e di supporto.

Azioni, indicatori e tempistica

- Adozione di un documento programmatico contenente sia le linee guida per l'individuazione e l'accorpamento delle funzioni di natura amministrativa e gestionale che possono essere riunite in unità operative sovraziendali sia le caratteristiche del modello organizzativo più appropriato per la gestione delle attività.

Indicatore: predisposizione del provvedimento di adozione del documento programmatico

Risultato atteso: adozione dell'atto amministrativo

Tempistica: aprile 2017

1.3 *Approvazione del Protocollo di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata*

L'approvazione del nuovo Protocollo d'intesa fra Regione e Università di Roma Tor Vergata, si colloca nel più ampio quadro del complessivo riassetto della *governance* del Policlinico Tor Vergata (PTV), oggetto di uno specifico Protocollo d'intenti sottoscritto in data 7 luglio 2015, tra Regione e Università in attuazione delle previsioni di cui all'art. 13, comma 2, D.lgs . 288/2003 e dell'art. 6 L.R. 6/2011. Attraverso tale atto le parti hanno concordato un programma di attività che prevede, tra l'altro, la sottoscrizione di un nuovo protocollo di intesa ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 del D.lgs . 21 dicembre 1997 e del D.P.C.M. 24 maggio 2001, volto a stabilire i termini strategico-operativi dell'integrazione tra ricerca, anche traslazionale, didattica ed assistenza professionalizzante, nel quadro della programmazione regionale in materia di rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università. All'esito dei lavori delle Commissioni appositamente istituite in data 13.07.2016 è stato sottoscritto il Protocollo d'Intesa, che diverrà operativo successivamente all'esame dei Ministeri affiancanti.

Azioni, indicatori e tempistica

- Approvazione del Protocollo d'Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata
Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale di approvazione;
Risultati attesi: Approvazione del Protocollo
Tempistica: Gennaio 2017 (la proposta è stata trasmessa in preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti con il Prot. 152 del 13/07/2016)

1.4 *Completamento del percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e superamento della gestione extra ordinem*

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Regione Lazio sopravvivono numerose e significative situazioni *extra ordinem* rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di autorizzazione, accreditamento, contratti e sperimentazioni gestionali dei servizi assistenziali forniti da privato.

Nell'anno 2016 è stato avviato il percorso per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende Sanitarie Locali e alcune strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D.Lgs. n. 502/1992.

- a) Per Villa Betania, Salus Infirmorum, e Policlinico Casilino e Policlinico Di Liegro (ex Pii Istituti) sono stati conclusi accordi che disciplinano il percorso di autorizzazione e accreditamento, rispettivamente con decreti del commissario ad acta n. 421/2015, n. 519/2015, e n. 40/2016 e n. 361/2016. Tali accordi disciplinano la fase transitoria della gestione extra ordinem per la riconduzione al regime autorizzazione ed accreditamento disciplinati dal D. Lgs. 502/1992. Il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento avverrà all'esito del completamento degli adeguamenti organizzativi e strutturali nel corso nel corso del 2017 per alcune strutture e al termine del 2017 per altre.

b) Con riferimento alle strutture ex Associazione Anni Verdi, gestite extra ordinem transitoriamente a partire da luglio 2006 dal Consorzio RiRei ed oggi dalle ex Consorziato (OSA, Nuova Sair, Unisan) la Regione ha previsto con il DCA n. 193/2016, poi modificato dal DCA n.196/2016, l'ingresso a regolare regime delle attività precedentemente erogate dalle strutture che effettuavano trattamenti residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per persone affette da gravi disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, oppure la dismissione e definitiva chiusura entro il termine massimo del 31 dicembre 2016.

c) Per la Fondazione Policlinico A. Gemelli, alla quale, in conformità a quanto dichiarato all'art. 12, comma 7 del Protocollo d'Intesa Regione –Università, è stata trasferita l'integrale gestione delle attività del Policlinico Universitario A. Gemelli e del Columbus (DCA 356/2015 e DCA 500/2015), rimane da completare il percorso di accreditamento. Sono in corso le verifiche a cura della ASL competente finalizzate al rilascio del provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

d) L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, riconosciuto IRCCS con DM 13 maggio 1985, è dislocato in diverse strutture, tutte menzionate nell'accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede del 15 febbraio 1995, ratificato dalla Legge 18 maggio 1995, n. 187, avente ad oggetto la regolazione dei rapporti tra l'ospedale pediatrico ed il Servizio sanitario nazionale. Mentre le sedi a Piazza Sant'Onofrio e a Via Baldelli godono del trattamento di zona extraterritoriale istituita e garantita dai Patti Lateranensi, quelle di Palidoro e Santa Marinella, site nel territorio italiano, sono state assoggettate alla disciplina ordinaria prevista per tutte le altre strutture sanitarie. All'esito delle domande inoltrate dall'Ospedale Bambino Gesù al Ministero prima e alla Regione poi, sono state avviate le verifiche a cura delle Aziende Sanitarie di competenza per il rilascio dei relativi provvedimenti di competenza. La ASL RM 4 deve aggiornare il parere di competenza, già positivo, mentre la ASL RM 3 dovrà provvedere a valutare il cronoprogramma previsto per i lavori di adeguamento.

e) Per quanto riguarda la Casa di cura ICOT, struttura privata e provvisoriamente accreditata, presso la quale si svolgono alcune attività a direzione universitaria sotto la gestione dell'Azienda USL di Latina per effetto del decentramento di posti letto del Policlinico Umberto I che ha avuto origine con la sottoscrizione del protocollo Regione-Università La Sapienza nel 2002. La Regione sta definendo insieme alla Asl di Latina la riconduzione della gestione extra ordinem delle UOC universitarie presso ICOT nell'ambito della disciplina del D. Lgs. 502/1992 e del D. Lgs. 517/1999. All'esito del percorso di superamento della gestione extra ordinem il personale medico pubblico verrà trasferito alla ASL di Latina; la ICOT, secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa, sarà individuata quale struttura privata accreditata presso la quale si svolgerà parte dell'attività assistenziale essenziale alla didattica ex art 2, co. 5 D. Lgs. 517/1999, sulla base di apposita convenzione da stipulare con l'Università.

f) San Raffaele Rocca di Papa, Villa dei Pini e Villa delle Querce, Studio Polispecialistico Nomentano, nonché IHG presentano alcune complessità sotto il profilo dell'autorizzazione e dell'accreditamento. Per tali strutture è in corso un supplemento istruttorio. IHG è stata contemplata impropriamente tra le strutture in attesa di completamento del percorso di autorizzazione e di accreditamento. In realtà trattasi di gestione extra ordinem del centro Alzheimer contemplato nell'accordo ratificato dal DCA 36/2010.

g) Relativamente al Centro di Educazione Motoria, con il decreto del Commissario ad acta n. 105 del 6 aprile 2016 la Regione ha definito assieme ad

ASL RM 3 (già RM D) e CRI un programma finalizzato al superamento dell'attuale sistema gestionale del C.E.M. mediante un percorso di riconduzione dell'attività nell'ambito della disciplina di cui all'art. 8bis del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. che si concluderà entro dicembre 2016.

h) I servizi per patologie da dipendenza sono classificabili in due macro-categorie:

- La prima di cui fanno parte circa 40 strutture (enucleate dalla D.G.R. 119/2013) per le quali è stato avviato l'iter di autorizzazione e accreditamento alla luce dei DCA 13/2015 e 79/2016. In tale categoria sono ricomprese anche le strutture AST – Assistenza per patologie e comportamenti per addicton e CMD- Servizi sul campo per persone con disturbo da uso di sostanza e/o con addiction. Per tali strutture sono in corso le verifiche richieste nel primo semestre 2016.
- La seconda categoria è relativa alle strutture per i seguenti profili assistenziali:
 - Strutture Terapeutico Riabilitative Residenziali e semiresidenziali;
 - Strutture Pedagogico riabilitative residenziali e semiresidenziali.

Tali strutture sono autorizzate e accreditate sulla base di requisiti previgenti rispetto a quelli editati con DCA 13/2015; sono necessari dei percorsi di adeguamento che saranno attivati nel 2017.

i) Unità di Dialisi Decentrate (UDD)

Le UDD hanno rappresentato una co-gestione pubblico-privato nella quale l'erogazione del servizio è stata svolta all'interno di locali di parte privata accreditata, con personale delle Aziende Pubbliche, con servizi aggiuntivi forniti dalla parte privata che di fatto otteneva il rimborso delle prestazioni, previa decurtazione degli oneri del personale.

Residuano n. 9 UDD co-gestite, per le quali le singole ASL dovranno, entro il termine del 31 dicembre 2016, sulla base di provvedimento regionale, dichiarare la possibilità di riorganizzare l'attività dialitica ed internalizzarla e avviare detta riorganizzazione, ovvero dichiarare la non disponibilità di risorse e strutture atte a consentire l'internalizzazione. In quest'ultimo caso si procederà al riassorbimento del personale pubblico e al rilascio di autorizzazione e accreditamento in favore della struttura privata.

Completamento del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private

E' in corso il completamento del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate.

In conclusione gli obiettivi programmati sono:

- Completamento del percorso di accreditamento istituzionale degli erogatori privati ordinari;
- Superamento della gestione extra ordinem di tutte le altre strutture sanitarie da assoggettare alla disciplina di autorizzazione e accreditamento ex D. Lgs. 502/1992.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture appartenenti all'Associazione Anni Verdi (ex Consorziato del Consorzio RIREI):
Indicatore: autorizzazione e accreditamento o chiusura sedi.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: febbraio 2017
- Completamento del percorso di accreditamento della Casa Di Cura Villa Betania (struttura dotata di 124 posti letto, insistente sul territorio della Azienda Sanitaria Locale Roma E, oggi Roma 1, ed in regime di convenzione con la medesima), avviato con l'accordo tra struttura, Regione ed ASL, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 421/2015.
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Dicembre 2017
- Completamento del percorso di accreditamento della Salus Infirmorum (struttura dotata di 58 posti letto insistente sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma E, oggi Roma 1, ed in regime di convenzione con la medesima), avviato con l'accordo tra struttura, Regione ed ASL, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 519/2015.
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Dicembre 2017
- Completamento del percorso di accreditamento del Policlinico Casilino (struttura dotata di 252 posti letto e DEA di I livello, insistente sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma B, oggi Roma 2, ed in regime di convenzione con la medesima). Accordo tra struttura, Regione ed ASL, approvato con Decreto del Commissario ad acta n.40 /2016.
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Giugno 2017
- Completamento del percorso di accreditamento del Policlinico Luigi Di Liegro (struttura dotata di 137 posti letto, insistente sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma D, oggi Roma 3, ed in regime di convenzione con la medesima).
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Dicembre 2017
- Completamento del percorso di accreditamento del Bambino Gesù Santa Marinella.
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: gennaio 2017
- Completamento del percorso di accreditamento del Bambino Gesù Palidoro
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

- Riconduzione della gestione extra ordinem delle UOC universitarie presso ICOT condotta dalla Asl di Latina nell'ambito della disciplina del D. Lgs. 502/1992 e del D. Lgs. 517/1999.
Indicatore: adozione provvedimento di regolazione del percorso.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: marzo 2017
- Completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento del CEM.
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Dicembre 2016
- Completamento del percorso di accreditamento della Fondazione Policlinico Gemelli
Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Dicembre 2018
- Avvio del percorso di accreditamento delle strutture che erogano servizi per la patologia da dipendenza.
Indicatore: adozione dei primi provvedimenti di autorizzazione e accreditamento
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Giugno 2017
- Regolamentazione del percorso di superamento della co-gestione delle UDD, per la loro internalizzazione all'interno delle aziende pubbliche, ovvero per la gestione a cura del privato nelle forme di autorizzazione e accreditamento ex D. Lgs. 502/1992.
Indicatore: adozione del provvedimento di regolazione del percorso di riconduzione della gestione ordinaria ex D. Lgs. 502/1992
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Dicembre 2016
- Completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento per Fatebenefratelli Isola Tiberina, Fatebenefratelli S. Pietro, Istituto Vaccari, Casa di cura S. Feliciano, San Raffaele Rocca di Papa.
Indicatore: adozione di provvedimenti di autorizzazione e accreditamento
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: febbraio 2017
- Riconduzione della gestione extra ordinem del Centro Alzheimer IHG via Tiburtina nel percorso di autorizzazione e accreditamento di cui al D. Lgs. 502/1992 e regolamentazione complessiva del contenzioso
Indicatore: adozione provvedimento di disciplina del percorso di riconduzione
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Giugno 2017
- Completamento istruttoria relativa alle strutture Villa dei Pini, Villa delle Querce, Studio Polispecialistico Nomentano.
Indicatore: adozione provvedimenti di conferma o revisione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento adottati.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: gennaio 2017

1.5 Piani di Efficientamento aziendali

La Regione Lazio, con il DCA n. 273 dell'8 settembre 2016 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. Di seguito si riportano gli Enti individuati dal sopra citato DCA, applicando la metodologia indicata nell'allegato a) del DM 21.06.2016:

Valori in €/000

COD	AZIENDE	SCOSTAMENTO ASSOLUTO	SCOSTAMENTO %	% DI RIENTRO DA DECRETO 1° ANNO	OBIETTIVO RIENTRO DA DECRETO 1° ANNO
901	S. Camillo	- 77.288,14	-23%	20%	- 15.457,63
902	S Giovanni	- 75.591,99	-43%	15%	- 11.338,80
906	AOU Umberto I	- 42.973,74	-10%	20%	- 8.594,75
908	IFO	- 18.485,20	-13%	20%	- 3.697,04
919	AOU S Andrea	- 14.667,80	-8%	20%	- 2.933,56
920	AOU PTV	- 27.981,99	-11%	20%	- 5.596,40
TOTALI		- 256.988,86			- 47.618,17

Le Aziende individuate dal DCA n. 273/2016 entro i novanta giorni successivi all'emanazione del DCA stesso, dovranno predisporre il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale. Relativamente a quanto disposto dall'art. 1, comma 524, lettera b) della Legge n. 208/2015, secondo i criteri indicati dalla medesima Legge, sulla base dei risultati PNE edizione 2015 (dati di attività 2014), nella regione Lazio sono state individuate per il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure le seguenti strutture:

- S. Giovanni Addolorata
- Policlinico Umberto I

Pertanto i piani di rientro delle sopra indicate aziende dovranno contenere misure atte al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ogni disallineamento rilevato ai sensi dell'art. 1, comma 524, lettera b) della legge n. 208/2015.

Il Programma Operativo della Regione non può che rappresentare a livello aggregato, l'effetto delle manovre di efficientamento e contenimento della spesa che saranno poste in essere a livello di singola Azienda. A conclusione del termine previsto per la predisposizione dei piani di rientro da parte delle Aziende e per la successiva approvazione degli stessi da parte della Regione, sarà predisposta un'appendice al Programma Operativo, in cui sarà evidenziato, coerentemente con quanto disposto dall'art. 1, comma 530 della L.208/2015, la sussistenza dei piani di rientro dei singoli enti e dei relativi obiettivi di riequilibrio economico-finanziario e di miglioramento dell'erogazione dei LEA.

La Regione intende svolgere un ruolo di controllo e coordinamento sia in fase di predisposizione sia in fase di attuazione dei piani di rientro aziendali:

- In una fase iniziale, per garantire la predisposizione omogenea dei Piani di Rientro da parte degli Enti, propedeutica alla valutazione degli stessi da parte della Regione, saranno definite delle matrici di rilevazione dei fenomeni gestionali, propedeutici alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali.
- In fase di attuazione e monitoraggio dei Piani di Rientro la Regione intende sviluppare una metodologia di verifica periodica dell'avanzamento di quanto previsto nei piani di rientro aziendali, attraverso un sistema di KPI per la misurazione dell'equilibrio economico. Inoltre, come previsto dal DM 21.06.2016, in caso di verifiche trimestrali positive, la GSA potrà erogare alle Aziende, a titolo di anticipazione, una quota parte delle risorse iscritte ai sensi del comma 531 della Legge 208/2015, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti interessati; in caso di verifica trimestrale negativa, la Regione adotterà le misure necessarie per la riconduzione in equilibrio della gestione nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano dell'ente.

Tali strumenti saranno utilizzati successivamente anche in fase di definizione dei contenuti e monitoraggio dei Piani di Rientro dei **Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL**.

Nel corso del triennio, inoltre, la Regione intende prevedere la predisposizione di **Piani di Rientro anche per le Aziende territoriali**, in modo da poterne valutare complessivamente la performance, in termini di spesa pro-capite, qualità, efficienza, appropriatezza ed equità nel livello di erogazione dei servizi, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016.

A tal fine si ritiene indispensabile che le Aziende si dotino di un efficace sistema di contabilità analitica che consenta loro di monitorare in maniera separata i costi sostenuti per ciascun livello assistenziale e di correlarli alle fonti di finanziamento e alle altre entrate proprie disponibili.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Avvio del percorso di affiancamento alle Aziende individuate dal DCA n. 273/2016, con la creazione di matrici di rilevazione dei fenomeni gestionali, propedeutici alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale;

Risultato atteso: adozione atto amministrativo;

Tempistica: dicembre 2016;

- Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale per la verifica dell'attuazione delle misure previste dai piani di rientro aziendali

Indicatore: KPI per la misurazione dell'equilibrio economico;

Risultato atteso: adozione atto amministrativo;

Tempistica: marzo 2017

1.6 *Sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR*

La Regione Lazio ha provveduto, fino all'anno 2015, alla ripartizione del FSR Indistinto applicando la seguente metodologia:

- a) una quota del FSR indistinto è destinata al finanziamento delle attività del SSR svolte in gestione sanitaria accentrata e al finanziamento dell'ARES 118;
- b) una quota del FSR è finalizzata al finanziamento delle funzioni assistenziali ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.lgs . 502/92 e s.m.i., e ai maggiori costi indotti sull'attività assistenziali dalle funzioni di didattica e ricerca di cui all'art.7, comma 2, del D.lgs . 517/99;
- c) il FSR Indistinto decurtato degli importi di cui ai punti a) e b) è ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali:
 - i. per una quota secondo i livelli ed i sottolivelli essenziali di assistenza (LEA), pesati con le fasce di età della popolazione residente al fine di determinare equamente il fabbisogno sanitario espresso dalla popolazione stessa, mutuando i criteri adottati dal Ministero della Salute per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale;
 - ii. una quota residua viene destinata al riequilibrio economico dell'anno e assegnata alle ASL in sede di chiusura del bilancio d'esercizio dell'anno stesso.

L'assegnazione del FSR così come descritto ha comportato, per l'anno 2015, il pareggio di bilancio per le ASL e la concentrazione del disavanzo del SSR nei Bilanci delle AO, AOU, IRCSS e Policlinici.

La Regione ha pertanto ravvisato la necessità di sviluppare una **nuova metodologia** per la ripartizione del FSR indistinto tra le Aziende del SSR, anche in considerazione delle novità introdotte dal Patto per la Salute 2014-2016 in materia di Livelli Essenziali di Assistenza, che comporti un maggiore livello di autonomia nelle Aziende in termini di pianificazione dell'attività istituzionale, nonché una maggiore responsabilizzazione nel conseguimento degli obiettivi programmati.

Per il 2016 il valore del FSR destinato alle ASL è stato quantificato in misura tale da garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda, sulla base della struttura dei costi concordata tra la Regione e le Asl in sede di negoziazione del budget.

Tale metodologia sarà gradualmente introdotta a partire dal 2017 e assegnerà il finanziamento sia sulla base dei livelli di assistenza e della popolazione assistita, sia tenendo conto della dinamica storica per ciascuna Azienda. Peraltro in attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 21 giugno 2016, recepito con il DCA 273/2016 di individuazione delle aziende, in sede di riparto del fondo sarà necessario prevedere un accantonamento in misura pari alla somma degli scostamenti negativi delle aziende sottoposte ai piani di rientro e al differenziale derivante dal ricalcolo dei ricavi in applicazione al DM 21.06.2016.

Azioni, indicatori e tempistica

- Adozione del DCA di ripartizione del FSR dell'anno entro il mese di febbraio dell'anno di riferimento, fatta salva la tempistica di riparto nazionale, al fine di responsabilizzare le Aziende nel conseguimento degli obiettivi programmati.

Indicatore: predisposizione del provvedimento di ripartizione del FSR secondo la nuova metodologia

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Febbraio 2017/Febraio 2018

1.7 *Revisione della normativa regionale in tema di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale*

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

La Regione Lazio si è adeguata al disposto della normativa nazionale riattivando la suddetta compartecipazione nelle modalità previste dalla legge di stabilità.

La riattivazione del detto contributo a ricetta si è sovrapposta alla forma di compartecipazione regionale pre-esistente, di 4,00 5,00 e 15,00 Euro per ricetta, già introdotta sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale con Decreto del Commissario ad acta n. 42 del 2008.

Il vigente assetto compartecipativo della Regione, derivato dalla mera sovrapposizione della manovra nazionale del 2011 al DCA 42/2008, potrebbe essere rimodulato al fine di renderlo maggiormente equo ed efficace.

Con il presente intervento si propone pertanto una prima revisione del sistema di compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale, basata sull'abrogazione del disposto del DCA 42/2008, da integrare, successivamente, con un'attività di rimodulazione della compartecipazione derivante dalla normativa nazionale, mediante l'attivazione della procedura di cui alla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Azioni, indicatori e tempistica

- Riduzione della compartecipazione del cittadino alla spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato di specialistica ambulatoriale
Indicatore: predisposizione del provvedimento di abrogazione del DCA 42/2008
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: Adozione del DCA di abrogazione entro il 30 ottobre 2016 – Nuovo assetto di compartecipazione in vigore dal 1 gennaio 2017

1.8 *Approvazione nuovo modello per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR*

È stato messo a punto un Sistema di valutazione della performance organizzativa delle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie Regionali, articolato su due categorie di obiettivi:

1. "Obiettivi contrattuali generali riferiti al mandato dei Direttori Generali" che se non raggiunti alle scadenze di valutazione definite, determinano la decadenza automatica degli stessi DG;
2. "Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento dei servizi" correlati all'attribuzione della indennità di risultato dei Direttori Generali, che verrà

corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, verificato su base annua.

Il Sistema di monitoraggio prevede la diretta partecipazione al processo di valutazione da parte del valutato, mediante confronti strutturati con l'Area della Direzione Regionale competente.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Provvedimento regionale per l'assegnazione annuale degli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende, secondo il nuovo modello adottato

Indicatore: Adozione annuale del provvedimento regionale di assegnazione degli obiettivi

Risultato attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017 (obiettivi 2017); gennaio 2018 (obiettivi 2018)

1.9 Gestione del Contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali

Le numerose cause che ogni anno vengono attivate nei confronti della Regione e/o delle Aziende del SSR danno luogo a notevoli difficoltà di gestione del relativo contenzioso, fortemente aggravate per le seguenti ragioni:

- a) i soggetti ricorrenti attivano il medesimo contenzioso sia nei confronti della Regione che delle singole Aziende Sanitarie di pertinenza (molto spesso, peraltro, quando il contenzioso è attivato unicamente nei confronti della Azienda Sanitaria competente, è quest'ultima che provvede, mediante la chiamata in causa di un soggetto terzo, ad investire del procedimento anche la Regione);
- b) i ricorsi sono presentati prevalentemente nei confronti di provvedimenti adottati in regime di Commissariamento della Sanità della Regione e, quindi, nell'azione di difesa, possono risultare al contempo coinvolti l'Avvocatura Regionale, quella Generale dello Stato per la difesa del Commissario e gli uffici Legali delle Aziende di volta in volta interessati (così come emerso nel corso delle attività svolte dalla Task Force legale, il cui lavoro ha già portato ampi e significativi risultati);
- c) i soggetti ricorrenti attivano il medesimo contenzioso sia in sede amministrativa, sia nelle altre sedi giurisdizionali (civile, contabile, penale).

Ciò nonostante, la copiosità del contenzioso residuo, la complessità della materia di riferimento e l'assenza di una mappatura, anche documentale, delle cause in corso e/o definite, nonché del monitoraggio costante dello stato di attuazione di eventuali sentenze sfavorevoli, incidono sulla tempestività e sull'efficacia dell'azione amministrativa, con la conseguenza che molto spesso le procedure possono risolversi nella nomina di commissari *ad acta* individuati dal Tribunale, il cui intervento complica ulteriormente l'azione amministrativa di risanamento.

Inoltre, da un punto di vista contabile, l'attivazione del contenzioso nei confronti delle Aziende e della Regione ha comportato talvolta una duplicazione degli accantonamenti rischi effettuati dai diversi soggetti. Ed invero, dal bilancio consolidato del SSR dell'esercizio 2015, risultano iscritti fondi rischi per un valore pari a 1,4 €/mld, di cui circa il 50% relativo a contenzioso verso strutture erogatrici di prestazioni sanitarie.

Sulla base delle sopra elencate considerazioni risulta indispensabile individuare delle azioni di razionalizzazione e coordinamento della gestione del contenzioso sia a livello regionale, sia con riferimento al contenzioso

attivato nei confronti delle singole Aziende sanitarie. Tanto più se si considera che l'attività svolta dalla citata Task Force legale istituita con DCA U00225/2014 ha evidenziato una serie di criticità:

- carenza di regole chiare sia nella fase di programmazione sia nelle successive fasi relative all'accreditamento, alla definizione dei budget e alla sottoscrizione degli Accordi/contratti (nell'avanzamento dei lavori della Task Force, tali fattispecie sono state analizzate e rimosse in autotutela);
- necessità di riordino del sistema dei controlli (l'esame della casistica del contenzioso ha reso, infatti, evidente come se ne renda necessaria la semplificazione, lo snellimento, le certezze dei tempi ed anche la maggiore essenzialità);
- carenza di un fascicolo unico per erogatore.

Si ritiene, anche in considerazione del termine dei lavori della Task Force legale, che solo una gestione coordinata Regione/Aziende dei contenziosi nei confronti degli erogatori di prestazioni sanitarie possa consentire di porre in essere una difesa adeguata e di governare adeguatamente il rischio di soccombenza nelle cause: peraltro, un'azione armonizzata consentirebbe anche di evitare andamenti altalenanti nella gestione economico-finanziaria, derivanti dallo svincolo delle risorse accantonate a seguito di esito favorevole e dall'esigenza di reperire ulteriori risorse nel caso di soccombenza. A tal fine, nel corso del triennio, si procederà all'istituzione, all'interno della Regione, di una struttura *ad hoc*, il **Comitato tecnico permanente di indirizzo delle attività legali** che si occuperà della gestione dei contenziosi in esame e che opererà congiuntamente con l'Avvocatura Regionale e con gli uffici legali delle Aziende, in modo che i contenziosi più rilevanti possano essere gestiti a livello regionale. Da un **punto di vista contabile** la Regione Lazio intende, a partire dall'esercizio 2017, trasferire nel bilancio della GSA i fondi rischi relativi ai contenziosi nei confronti degli erogatori dei servizi assistenziali, finora accantonati nei bilanci delle singole Aziende.

Azioni, indicatori e tempistica

- Istituzione del **Comitato tecnico permanente di indirizzo delle attività legali**, composto da dirigenti regionali e avvocati delle Avvocature delle Aziende e della Regione.

Indicatore: (1) Predisposizione del provvedimento di istituzione del Comitato tecnico (2) Valore contenziosi esaminati/Totale contenziosi

Risultato atteso: (1) adozione atto amministrativo; (2) 60%; 80%

Tempistica: (1) gennaio 2017; (2) Dicembre 2017; Dicembre 2018

- Attivazione degli strumenti per la gestione del contenzioso a livello regionale

Indicatore: (1) Definizione delle Linee guida contabili per il trasferimento nel bilancio della GSA dei fondi rischi relativi ai contenziosi nei confronti degli erogatori dei servizi assistenziali, finora accantonati nei bilanci delle singole Aziende; (2) Predisposizione delle Linee di indirizzo per il coordinamento della gestione del contenzioso, rivolte sia alle strutture regionali, sia agli uffici legali delle Aziende Sanitarie, finalizzate a definire regole e modalità per rendere più efficace il flusso delle informazioni e dei documenti necessari alla predisposizione delle relazioni da inoltrare agli Uffici Legali delle Aziende, all'Avvocatura Regionale e all'Avvocatura Generale dello Stato per la predisposizione della migliore difesa possibile in giudizio; (3) Realizzazione del programma informatico finalizzato alla razionalizzazione e al coordinamento della gestione del

contenzioso che dovrà fornire informazioni riguardo all'oggetto del contenzioso, all'attore ricorrente, e all'efficacia dei provvedimenti presentati, onde definirne l'impatto economico

Tempistica: (1) Marzo 2017; (2) Maggio 2017; (3) Dicembre 2017

Omogeneizzazione dell'attività di assistenza legale nelle Aziende Sanitarie e revisione dell'assetto organizzativo delle avvocature aziendali

Le Aziende Sanitarie della Regione Lazio devono gestire un contenzioso giudiziale in materia civile, penale e amministrativo-contabile, nonché gestire il contenzioso nella fase stragiudiziale. Ad oggi, le Aziende Sanitarie non hanno un'organizzazione omogenea per la gestione del contenzioso; in particolare, alcune Aziende hanno un ufficio legale interno, mentre altre fanno ricorso a studi legali ed avvocati del libero foro. Tuttavia, nella prassi si è potuto rilevare che anche le Aziende dotate di un'avvocatura interna fanno ricorso all'assistenza e al patrocinio di legali esterni per varie motivazioni, quali ad esempio l'eccessivo carico di contenzioso, la particolare complessità dello stesso o l'assenza di una professionalità, *ratione materiae*, adeguata per affrontare efficacemente la causa.

Azioni, indicatori e tempistica

- Mappatura dell'organizzazione aziendale in materia legale e delle relative dotazioni organiche.

Indicatore: N. Aziende mappate/ Totale Aziende

Risultato atteso: 100%

Tempistica: Dicembre 2016

- Adozione di un provvedimento regionale di indirizzo

Indicatore: Predisposizione del provvedimento

Tempistica: Aprile 2017

Rivalutazione dei Fondi Rischi Aziendali.

La Regione nel corso degli ultimi due anni ha emanato linee guida per la gestione uniforme dei sinistri da parte delle Aziende mediante l'adozione di indirizzi comuni, l'istituzione dei Comitati Valutazione Sinistri Aziendali (CAVS) in ogni singola Azienda, come da determinazione regionale n. G09535/2014 e di un Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS). Nel 2015, le Aziende, su richiesta regionale, hanno avviato un percorso di rivalutazione dei fondi rischi, avvalendosi dei CVS, finalizzato a favorire comportamenti omogenei nella valutazione dei contenziosi e nella relativa quantificazione dell'accantonamento nei bilanci aziendali i cui risultati in termini di uniformità dei criteri e della metodologia, non sono incoraggianti in quanto le rilevazioni contabili del IV trimestre 2015 presentano ancora vistose disomogeneità

Attività, indicatori e tempistica

- Miglioramento e conclusione del percorso di verifica dell'adeguatezza dei fondi rischi attraverso la rivalutazione dei contenziosi da parte dei CVS aziendali, anche ai fini dell'abbattimento delle passività potenziali iscritte nei Fondo rischi dei bilanci aziendali.

Indicatore: Monitoraggio ricognizione dei CVS Aziendali

Tempistica: Giugno 2017

Adozione di un modello unico di gestione del rischio derivante da RCT/RCO

Le Aziende del SSR presentano attualmente modalità varie di gestione del rischio derivante dalla responsabilità civile terzi (RCT) e dalla responsabilità civile operatori (RCO), riassumibili in tre tipologie: a) un modello assicurativo con nessuna franchigia o franchigia molto esigua; b) un modello auto-assicurativo di gestione diretta dei sinistri; c) modelli misti, che prevedono polizze assicurative con il pagamento di una franchigia. L'esigenza di alcune Aziende di adottare il modello auto-assicurativo è stata determinata anche dalla scarsa offerta da parte delle compagnie assicurative, dalla diserzione delle stesse alle gare pubbliche, nonché dalla necessità di gestire franchigie anche molto elevate, tali comunque da far ricadere l'onere risarcitorio quasi integralmente in capo all'Azienda.

In tale contesto risulta necessaria una iniziativa regionale per individuare quale sia la migliore strategia di gestione di tale tipologia di rischi, anche in considerazione dell'evoluzione normativa nazionale in materia, applicabile a tutte le Aziende del SSR, che abbia anche l'effetto di ridurre i costi derivanti dalla RCT e RCO.

Attività, indicatori e tempistica

- Predisposizione di un progetto relativo al modello regionale di gestione della sinistrosità derivante da responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Indicatore: predisposizione modello regionale

Risultato Atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Settembre 2017

2 Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni

Per rendere maggiormente efficace la capacità di programmazione e controllo economico-finanziario della Regione nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche, è necessaria l'introduzione di un sistema informativo contabile unico regionale, che standardizzi processi, procedure e modalità operative, rendendo pienamente operativo quanto previsto dal D.lgs 118/2011, e che permetta la rapida definizione di criteri omogenei per la redazione dei documenti contabili annuali e trimestrali, l'uniforme applicazione di criteri per la tenuta della contabilità analitica e la predisposizione per ogni azienda dei regolamenti relativi sia al ciclo attivo che passivo. L'attuazione del D.lgs 118/2011, dunque, non deve essere vissuta come un mero adempimento di legge ma come l'opportunità per la Regione e per il management aziendale di portare a rapida e qualificata evoluzione i sistemi contabili aziendali. Gli interventi previsti nell'ambito del progetto "Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni" rispondono pertanto all'esigenza della Regione di disporre di dati contabili attendibili, da realizzarsi mediante l'aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili che prevedano una chiara identificazione di ruoli e responsabilità all'interno delle Aziende e l'implementazione di un efficace sistema dei controlli interni. Tali azioni appaiono propedeutiche al raggiungimento degli standard previsti nei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC), di cui al DM 1° marzo 2013, nonché allo sviluppo di strumenti per l'analisi e il confronto dei dati contabili, anche a livello di singolo centro di costo.

In sintesi, gli obiettivi programmati sono:

- l'attivazione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR
- la certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR
- il completamento del sistema regionale di contabilità analitica
- lo sviluppo di un nuovo approccio per l'analisi dei costi delle Aziende Sanitarie regionali basato su strumenti di *benchmarking*
- la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori
- la ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende
- la sistemazione contabile del fondo di dotazione negativo

2.1 Sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR

Dall'analisi regionale condotta sullo stato dei sistemi informativi amministrativo-contabili delle Aziende, i sistemi informativi utilizzati dalle stesse sono caratterizzati da una forte disomogeneità, dovuta al fatto che le soluzioni adottate sono molteplici. Sebbene infatti i processi delle Aziende Sanitarie siano simili, negli anni ciascuna azienda ha intrapreso soluzioni proprie, che hanno notevolmente differenziato le procedure contabili ed i sistemi informativi in essere. Di conseguenza, l'introduzione di ogni nuovo processo da parte della Regione implica una riorganizzazione aziendale sia a livello amministrativo sia a livello di sistema informatico, con evidenti ricadute negative sia in termini di investimento economico che di tempi di attuazione senza peraltro l'assoluta certezza di una applicazione uniforme.

L'analisi condotta impone un'approfondita revisione del modello, in modo da poter affrontare con maggiore consapevolezza i futuri progetti innovativi. Nel corso del triennio la Regione intende dare avvio alla implementazione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR, al fine di disporre dei dati e delle informazioni in maniera più tempestiva e conseguentemente di migliorare e rendere più efficace l'azione regionale di governo e controllo.

Azioni, indicatori e tempistica

- Aggiornamento dell'analisi dei sistemi informativi amministrativo-contabili in uso presso le Aziende Sanitarie, al fine di definire il contesto attuale valutandone oggettivamente le criticità e le reali potenzialità, unitamente alla definizione della tempistica per la realizzazione del sistema informativo contabile unico.

Indicatore: Predisposizione del report inerente l'assessment dei sistemi informativi

Risultato atteso: predisposizione report

Tempistica: febbraio 2017

2.2 *Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende del SSR*

La Regione con DCA n. U00059 del 12 febbraio 2015, ha definito il "Percorso Attuativo delle Certificabilità (PAC)" al fine garantire la certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR programmando il compimento di tutte le azioni previste nel Decreto Ministeriale 1 marzo 2013 e stabilendo come data ultima il 15 febbraio 2018 (ovvero 36 mesi dopo l'approvazione del DCA di cui sopra n. U00059 del 12 febbraio 2015).

Il PAC, originariamente adottato dalla Regione con DCA n. U00292 del 2 luglio 2013, è stato approvato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nella riunione del 18 dicembre 2014 e, nella medesima seduta, Tavolo e Comitato hanno richiesto alla Regione di valutare eventuali modifiche e/o integrazioni al percorso originario. Pertanto, nella ridefinizione del programma delle attività necessarie ai fini del raggiungimento degli obiettivi specifici dei PAC aziendali, nonché della GSA e del Bilancio Consolidato Regionale, sono state accolte le indicazioni suggerite dal Tavolo e Comitato ed è stato approvato il PAC regionale con DCA n. U00059 del 12 febbraio 2015.

Le aziende sanitarie procederanno ad implementare le azioni poste alla base del PAC secondo il cronoprogramma previsto e successivamente, attraverso lo specifico supporto professionale messo a disposizione delle aziende nell'ambito del progetto di assistenza contabile per l'attuazione del PAC (progetto SANPAC), a verificare la corretta implementazione delle stesse. La Regione, nell'ambito del suo ruolo di monitoraggio, procederà ad analizzare le risultanze delle verifiche operate comunicando o meno l'adeguatezza delle attività effettuate.

Al fine di monitorare in maniera puntuale lo stato di avanzamento dell'implementazione dei PAC è stato elaborato un "*indice di completamento delle azioni PAC*" volto a valutare in termini percentuali lo stato di avanzamento del PAC.

Azioni, indicatori e tempistica

- Monitoraggio straordinario finalizzato all'aggiornamento delle scadenze delle attività previste in funzione dello stato dell'arte e delle specifiche esigenze aziendali.

Indicatore: Adozione del DCA di aggiornamento del Percorso Attuativo della Certificabilità.

Risultati attesi: Adozione del DCA

Tempistica: ottobre 2016

- Aggiornamento delle linee guida sui controlli amministrativo-contabili propedeutici alla stesura dei manuali aziendali relativamente alle aree (1) debiti-costi, (2) crediti-ricavi e (3) immobilizzazioni.

Indicatore: adozione della Linea Guida

Risultati attesi: adozione della Linea Guida

Tempistica: dicembre 2016

- Definizione di linee guida sui controlli amministrativo-contabili propedeutici alla stesura dei manuali aziendali relativamente alle aree (1) disponibilità liquide (2) rimanenze (3) patrimonio netto; (4) personale.

Indicatore: adozione della Linea Guida

Risultati attesi: adozione della Linea Guida

Tempistica: (1) entro dicembre 2016; (2) (3) (4) entro giugno 2017

- Adozione di un manuale delle procedure amministrativo-contabili dedicato (1) alla GSA; (2) al Consolidato regionale.

Indicatore: adozione della Procedura amministrativo-contabile

Risultati attesi: adozione della Procedura

Tempistica: entro dicembre 2017

- Attuazione da parte delle Aziende Sanitarie delle specifiche attività previste dal Percorso Attuativo di Certificabilità

Indicatore: Azioni PAC implementate/Totale azioni previste

Risultati attesi: 100%

Tempistica: entro febbraio 2018

- Monitoraggio trimestrale sulla corretta implementazione delle azioni, articolato su due livelli di verifica: il primo affidato all'Azienda ed il secondo affidato alla Regione, che prevede:

- le aziende sanitarie procedono ad implementare le azioni poste alla base del PAC secondo il piano di lavoro concordato e successivamente, attraverso lo specifico supporto professionale, a verificare la corretta implementazione delle stesse;

- entro 90 giorni da tale verifica, la Regione, nell'ambito del suo ruolo di coordinamento e monitoraggio, procede ad analizzare le risultanze delle verifiche operate comunicando o meno l'adeguatezza delle attività effettuate alle aziende.

Le evidenze dell'attività di monitoraggio saranno rappresentate nella relazione trimestrale redatta ai sensi dell'Allegato B del D.I. 1 marzo 2017.

Indicatore: Relazione di monitoraggio con indicazione delle evidenze delle verifiche effettuate e del reale stato di avanzamento del percorso.

Risultati attesi: Relazione

Tempistica: 15 agosto 2016, 15 novembre 2016, 15 febbraio 2017, 15 maggio 2017, 15 agosto 2017, 15 novembre 2017 e 15 febbraio 2018.

2.3 *Sistema regionale di contabilità analitica*

La Regione Lazio intende portare a compimento il sistema di contabilità analitica intrapreso fin dal 2005 con la DGR 203, la quale ha adottato le linee guida per il controllo di gestione delle Aziende Sanitarie con l'obiettivo, tra l'altro, di avviare la contabilità analitica delle Aziende, descrivendone i principi e le procedure di rilevazione.

A seguito di una mappatura sullo stato dell'arte svolta nel 2014, la quale ha evidenziato che diverse Aziende non disponevano di sistemi sufficientemente sviluppati, la Regione ha stabilito un percorso di implementazione del sistema di contabilità analitica Regione - Aziende Sanitarie attraverso: (i) la costituzione di un apposito gruppo di lavoro; (ii) l'attivazione di un forum per gli addetti ai lavori; (iii) la redazione di un piano dei centri di responsabilità regionale che dovrà essere coerente con i piani dei centri di responsabilità individuati dalle singole Aziende sanitarie a seguito della adozione degli Atti di Autonomia Aziendali approvati recentemente dalla Regione.

Inoltre, nel corso del 2015 è stata effettuata, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, un'analisi dei modelli LA 2014 delle Aziende Sanitarie, per la verifica del perseguimento dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei costi standard, desumibili da quelli applicati nelle regioni benchmark individuate ai sensi del D.Lgs 68/2011, al fine di definire le azioni che, nel rispetto dei processi di governance regionale, siano idonee a garantire congiuntamente l'erogazione dei LEA e l'equilibrio economico – finanziario.

La completa attuazione del sistema regionale di contabilità analitica consentirà alla Regione di conoscere tempestivamente i costi ed i ricavi generati da ciascun centro di responsabilità/costo delle singole Aziende Sanitarie e di garantire il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi, anche fissati dai Ministeri, come il potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Azioni, indicatori, tempistiche

- Individuazione per ciascuna Azienda Sanitaria di un responsabile unico per l'implementazione/manutenzione della CO.AN. (RUCA) e riferimento regionale per gli adempimenti LEA di cui al punto n) Contabilità Analitica.

Indicatore: definizione del perimetro delle competenze del RUCA (1) e nomina da parte delle Aziende Sanitarie (2)

Risultati attesi: atto di definizione del perimetro e nomina

Tempistiche: Dicembre 2016 (1) gennaio 2017 (2)

- Definizione di un piano dei centri di costo regionale standard correlato al piano dei centri di costo di ciascuna Azienda Sanitaria.

Indicatore: (1) adozione di un provvedimento di definizione del piano e divulgazione alle Aziende Sanitarie. (2) Monitoraggio costante dell'allineamento dei piani aziendali con il piano regionale

Risultati attesi: adozione di un provvedimento, relazioni su attività di monitoraggio

Tempistiche: (1) febbraio 2017 (2) Da aprile 2017

- Definizione di un format del conto economico di unità operativa/reparto, indicando dettagliatamente le voci di costo e di ricavo da utilizzare, alla luce delle differenti configurazioni organizzative delle Aziende Sanitarie, valutando i tempi di implementazione delle singole voci.

Indicatore: implementazione del format di conto economico per unità operativa presso le Aziende Sanitarie

Risultati attesi: relazione su stato implementazione del format

Tempistiche: Marzo 2017

- Definizione delle logiche di ribaltamento dei costi comuni/indiretti per attribuzione alle unità operative.

Indicatore: (1) redazione di una linea guida per il ribaltamento dei costi comuni, supportando la redazione delle procedure amministrativo-contabili previste dai PAC; (2) redazione di una linea guida per l'attribuzione dei costi indiretti, supportando la redazione delle procedure amministrativo-contabili previste dai PAC.

Risultati attesi: (1) trasmissione del documento "linea guida ribaltamento costi comuni" alle Aziende Sanitarie; (2) trasmissione del documento "linea guida attribuzione costi indiretti alle Aziende Sanitarie"

Tempistiche: (1) Aprile 2017; (2) Giugno 2017

- Armonizzazione contabile delle anagrafiche con associazione univoca ai conti di Co.Ge dei beni sanitari e non sanitari, servizi sanitari e non sanitari.

Indicatore: (1) armonizzazione delle anagrafiche dei beni sanitari; (2) armonizzazione delle anagrafiche dei servizi sanitari; (3) armonizzazione delle anagrafiche dei beni non sanitari; (4) armonizzazione delle anagrafiche dei servizi non sanitari

Risultati attesi: (1) 100% del valore dei beni sanitari; (2) 80% del valore dei servizi sanitari; (3) 50% del valore dei beni non sanitari; (4) 50% del valore dei servizi non sanitari

Tempistiche: (1) Maggio 2017; (2) Giugno 2017; (3) settembre 2017; (4) dicembre 2017

- Alimentazione del conto economico di unità operativa da parte di ciascuna Azienda Sanitaria

Indicatore: (1) alimentazione del conto economico di unità operativa dei costi diretti; (2) alimentazione del conto economico di unità operativa dei costi indiretti/comuni

Risultati attesi: (1) 100% dei costi diretti; (2) 80% dei costi indiretti/comuni

Tempistiche: (1) Marzo 2018; (2) Giugno 2018

2.4 *Analisi dei costi attraverso strumenti di benchmarking per ambiti assistenziali omogenei*

A seguito del completamento del processo di implementazione dei sistemi di contabilità analitica aziendali, nonché dell'adeguamento dei sistemi informativi regionali a supporto, la Regione intende adottare un nuovo approccio per l'analisi dei costi delle Aziende Sanitarie regionali basato su strumenti di *benchmarking* per ambiti assistenziali omogenei. Tale approccio consentirebbe di superare i limiti dell'attuale metodologia utilizzata, che consiste nell'analizzare i costi delle Aziende nel loro complesso (analisi dei costi da CE, potendoli al massimo rapportare con l'andamento del valore totale della produzione) e nell'effettuare confronti temporali (verifica dell'andamento dei costi rispetto ad esercizi precedenti), difficilmente riuscendo a svolgere analisi di tipo comparativo tra Aziende a causa della non confrontabilità dei dati (differenti dimensioni, caratteristiche, mix di attività), laddove sarebbe invece più interessante ed appropriato valutare e comparare i dati in maniera più specifica, cioè con riferimento ad ambiti assistenziali omogenei.

Obiettivi dell'adozione di strumenti *benchmarking* per ambiti assistenziali nell'analisi dei costi sono: (i) l'analisi del livello e dell'andamento dei costi di ciascuna Azienda, oltre che a livello complessivo di CE, anche con riferimento ad ambiti assistenziali specifici, in particolare a quelli con più rilevante impatto economico sia in termini di ricavi (valorizzazione delle prestazioni) sia in termini di costi (intesi come consumo di risorse); (ii) la comparazione del livello dei costi tra Aziende regionali per ambito assistenziale; (iii) la comparazione del livello dei costi tra Aziende regionali e Aziende nazionali di riferimento.

Attività, indicatori e tempistica

- Analisi delle voci di costo secondo ambiti assistenziali omogenei

Indicatore: Elaborazione di report di analisi

Risultato atteso: report di analisi

Tempistica: Dicembre 2018

2.5 **Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori**

Per l'anno 2015, 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 70,97 giorni, espresso in giorni di latenza di pagamento su base annuale, determinato come somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento, e la data di pagamento ai fornitori, moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somme degli importi pagati nel periodo di riferimento.

La Regione ha provveduto nel 2015 a ridurre i tempi di pagamento, in primo luogo attraverso l'adeguamento della normativa regionale in materia. Infatti con il DCA n. U00308/2015 ha introdotto una "*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie*" per tutte le tipologie di fornitori (fornitori di beni e servizi e soggetti erogatori privati) al fine di uniformare, in via definitiva, le modalità di pagamento ai sensi della normativa vigente, con riferimento a tutti i negozi giuridici che insorgono successivamente alla data di pubblicazione del suddetto decreto (16.07.2015). Con il successivo DCA n.U00523/2015 è stato prorogato e rinnovato l'Accordo Pagamenti sino al 31 dicembre 2017, allineando alle tempistiche di pagamento definite dal DCA U00308/2015 anche le pattuizioni derivanti da negozi giuridici insorti antecedentemente alla data del 16.07.2015, adeguando definitivamente l'Accordo Pagamenti alla normativa vigente in materia di fatturazione elettronica e tempistiche di pagamento.

In secondo luogo, la Regione intende proseguire tale percorso di miglioramento tramite attività finalizzate all'efficientamento delle procedure di liquidazione messe in atto dalle Aziende Sanitarie e alla digitalizzazione dell'intero ciclo passivo, nonché tramite lo snellimento delle procedure amministrative di verifica/controllo della stessa Amministrazione regionale.

Azioni, indicatori e tempistica

- Messa a regime del monitoraggio per ciascuna Azienda Sanitaria, delle tempistiche di liquidazione realizzate e dei crediti aperti non certificati al fine di segnalare al Management dell'Azienda stessa, i ritardi rilevati rispetto alle tempistiche definite.

Indicatori: n. report trasmessi per azienda entro la fine del mese successivo a quello di riferimento/12

Risultati attesi: ≥ 90%

Tempistica: mensile a partire dal 01/01/2017

- Implementazione di un'attività volta a segnalare alle Aziende Sanitarie l'imminenza della scadenza delle singole fatture immesse nel sistema pagamenti del SSR, affinché procedano alla lavorazione delle stesse (liquidazione o blocco fatture per motivi ostativi) nei termini previsti dalla normativa vigente

Indicatori: predisposizione monitoraggio

Risultati attesi: relazione su attività di monitoraggio

Tempistica: mensile a partire da aprile 2017

- La Struttura Commissariale intende avvalersi delle procedure previste dall'art. 12 comma 1 punto 5 del nuovo Patto per la Salute 2014-2016 per poter attivare la procedura di risoluzione contrattuale dei direttori generali in caso di mancato conseguimento dell'allineamento dei tempi di pagamento a quelli della normativa di riferimento.

Indicatori: (1) inserimento della clausola di rispetto delle tempistiche previste dalla legge;(2) tempi di pagamento coerenti con la normativa vigente

Risultato atteso: (1) inserimento della clausola; (2) 60 gg

Tempistica: (1) data di sottoscrizione del contratto; (2) data fine mandato

- Completamento delle nomina di un responsabile unico della liquidazione (RUL) in tutte le Aziende del SSR

Indicatori: nomine RUL

Risultati attesi: atto di nomina

Tempistica: ottobre 2016

- Modifica alla "Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie" di cui al DCA U00308/2015: omogeneizzazione delle modalità di fatturazione e pagamento di tutte le Strutture Private Accreditate con il riconoscimento della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, prevedendo eventuali recuperi a seguito dei controlli automatici ed esterni sulle prime fatture utili; previa revisione del processo di gestione della voltura del titolo di autorizzazione e di accreditamento.

Indicatori: predisposizione del DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistica: gennaio 2017

- Dematerializzazione dell'ordine dei prodotti farmaceutici, definendo tracciati standard.

Indicatori: fatturato su ordine digitale/fatturato totale prodotti farmaceutici

Risultati attesi: (1) 30 % (2) 50%

Tempistica: (1) dicembre 2017 (2) dicembre 2018

- Definizione a livello regionale di un layout unico di fattura elettronica per tipologia assistenziale per le Strutture Private Accreditate prevedendo un contenuto minimo di informazioni che consentano alle Aziende Sanitarie di effettuare le opportune verifiche e controlli, determinando, così, una contrazione dei tempi di liquidazione delle fatture.

Indicatori: Provvedimento per la definizione a livello regionale di un layout unico

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: ottobre 2017

- Ottimizzazione del processo di liquidazione delle prestazioni socio-sanitarie acquistate da privato, attraverso l'armonizzazione delle procedure informatiche di rendicontazione che transitano da SIO, RAD-R, SIAS nonché delle altre prestazioni non raccolte attraverso flussi informativi. Tale attività integrerà le

procedure del ciclo passivo previste nei PAC, migliorando la tempestività della liquidazione e riducendo la problematica della gestione delle note di credito.

Indicatori: Predisposizione di procedure operative di dettaglio, ad integrazione delle linee guida amministrativo-contabili in ambito PAC per (1) SIO, RAD-R, SIAS e (2) per le prestazioni di assistenza territoriale.

Risultati attesi: procedure operative di dettaglio

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) giugno 2018

Una valutazione straordinaria del processo di riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori sarà effettuata al 30 giugno 2017 con l'obiettivo di ridurre l'indicatore di tempestività dei pagamenti calcolato ai sensi del DPCM 22 settembre 2014 e s.m.i misurato al I trimestre 2017 e con riferimento al fatturato emesso dopo il 31/12/2015, del 50% rispetto al valore rilevato in occasione del Tavolo di Verifica del 10 novembre 2016 per il III trimestre 2016 (riduzione dell'indicatore a 40 giorni).

2.6 Riduzione dei crediti verso Regione

Con riferimento a quanto richiesto dal Tavolo di Verifica per gli adempimenti del Piano di Rientro, in occasione della riunione del 28 luglio 2016, le seguenti attività sono finalizzate a consentire un più elevato livello dei trasferimenti finanziari da parte della Regione agli Enti del SSR, con contestuale riduzione dei crediti dagli stessi enti esposti nello stato patrimoniale dell'esercizio 2016, rispetto al dato dell'esercizio 2015.

La Regione Lazio, a seguito dell'adozione del sistema accordo pagamenti centralizzati presso la Regione stessa, trasferisce le risorse finanziarie alle aziende sanitarie (sia relative all'acconto quota FSR sia al ripiano perdite) attraverso due modalità:

- direttamente in quote mensili necessarie a far fronte agli oneri in diretta gestione, quali il costo del personale, gli oneri fiscali e contributivi, il pagamento dei fornitori non aderenti all'Accordo pagamenti (circa il 15% dei fornitori totali);
- Indirettamente tramite il pagamento da parte della Regione, in nome e per conto delle aziende sanitarie, delle fatture dei fornitori delle stesse, previa formale attività di liquidazione da parte degli uffici preposti delle aziende (Responsabili Unici della Liquidazione e strutture amministrative deputate).

Considerato il suddetto sistema di trasferimento delle risorse finanziarie, è evidente che i tempi di liquidazione delle fatture non congrui rispetto alla normativa di riferimento, comportino non solo maggiori ritardi nei tempi di pagamento, ma anche minori trasferimenti delle risorse finanziarie da parte di Regione alle aziende stesse (che si traducono in residui passivi sul bilancio regionale). In altri termini, se ad esempio, entro il 31/12 dell'anno di riferimento non si assicura la liquidazione di tutto il fatturato emesso entro il 31 ottobre dello stesso esercizio, oltre all'impatto sul ritardo nei tempi di pagamento, ne risentiranno anche i trasferimenti finanziari non operati per più di due mensilità, e conseguentemente, a fine esercizio, nello stato patrimoniale delle aziende, sarà rilevata una quota di credito verso la regione superiore rispetto a quella che si sarebbe potuta registrare, garantendo più tempestive liquidazioni e pagamenti. Tanto spiega perché i tempi di liquidazione delle fatture osservati dalle aziende sanitarie incidano direttamente (nel Lazio) sulla capacità stessa della Regione di trasferire a queste ultime la cassa dovuta (una quota importante del FSR, circa 6 mld anno, è infatti trasferita sotto forma di

pagamenti in nome e per conto, sulla base, e con la tempistica delle liquidazioni operate dalle aziende).

Al riguardo al 13/07/2016 la Regione ha registrato, tramite i dati presenti in accordo pagamenti, uno stock di fatture per i quali i tempi di pagamento erano scaduti (ossia emesse più di 60 giorni prima) e con status di lavorazione "non liquidato", pari a circa 882,16 mln di Euro, corrispondenti a quasi due mensilità di ritardo, in termini di pagamento dei fornitori del FSR. Se, istantaneamente, quelle fatture si fossero potute considerare liquide ed esigibili, la regione avrebbe potuto trasferire 882,16 mln di cassa per il loro pagamento, riducendo contestualmente, dello stesso importo, il debito verso FSR in termini di residui passivi (ovvero il credito delle AUSL verso regione). Dato il suddetto sistema dei trasferimenti finanziari alle aziende sanitarie, al fine di aumentare l'entità degli stessi da Regione alle aziende, riducendo entro il 31/12/2016, l'entità del loro credito residuo verso la Regione stessa, si intendono percorrere le seguenti linee di attività:

- Riduzione dei tempi di liquidazione (e pagamento) delle fatture passive da parte delle Aziende Sanitarie mediante la drastica riduzione dello stock di fatturato non liquidato, per il quale siano decorsi gli ordinari termini di pagamento (60 gg), presente sulla Piattaforma Accordo Pagamenti e sulla Piattaforma PCC concernente più in generale la "Riduzione dei tempi di pagamento"; Rimodulazione dal mese di settembre 2016, sulla base dei dati consuntivi di costo dell'esercizio 2015, del livello dei trasferimenti finanziari mensili operati in acconto quota FSR alle singole aziende, per il sostenimento delle spese in diretta gestione (oneri del personale, oneri contributivi, imposte, quota fornitori non aderenti all'accordo pagamenti);
- Riduzione del livello dell'anticipazione massima di liquidità accordata alle aziende sanitarie, con contestuale trasferimento alle stesse delle risorse finanziarie necessarie al reintegro dell'esposizione utilizzata, e contestuale riduzione strutturale del livello dell'indebitamento nei confronti dell'istituto tesoriere;
- Reintegro residuale della consistenza della cassa sanitaria entro il 31/12/2016 utilizzando la totalità delle risorse finanziarie al momento presenti sul conto di tesoreria ordinaria della Regione;
- Trasferimento graduale in capo alle aziende sanitarie, progressivamente, ma completamente, delle attività di pagamento di tutti i fornitori del SSR, mantenendo alla Regione soltanto una funzione di controllo sulla regolarità e la tempistica con le quali gli stessi verranno effettuati, utilizzando all'uopo gli strumenti informatici e organizzativi già alla base del funzionamento del sistema Accordo pagamenti;-
- Riduzione dei tempi amministrativi di lavorazione dei provvedimenti di spesa, in particolare di quelli inerenti il trasferimento delle risorse finanziarie direttamente alle aziende sanitarie, ovvero mediante il pagamento delle loro fatture di fornitura, attraverso l'attivazione in via sperimentale dell'utilizzo sul sistema SIRIPA del "provvedimento di liquidazione dematerializzato" in sostituzione di quello cartaceo.

Rimodulazione del livello dei trasferimenti finanziari mensili operati in acconto quota FSR alle singole aziende.

In considerazione della definizione del risultato consuntivo 2015, ed in particolare del livello dei costi in diretta gestione delle aziende sanitarie, per lo stesso esercizio, in data 9 agosto 2016 la Direzione Regionale Salute e Politiche sociali, ha comunicato alle aziende sanitarie, con nota prot. 420724/2016, un incremento del valore della rimessa mensile erogata in acconto, pari al +9% rispetto a quella

precedente, a partire dalla competenza del mese di settembre 2016. **Azioni, indicatori e tempistica**

- Incremento della rimessa finanziaria mensile in acconto alle aziende sanitarie, con un incremento del 9% rispetto a quella erogata sino ad agosto 2016;

Indicatori: Riduzione del credito verso Regione e del debito verso fornitori al 31.12.2016

Risultati attesi: riduzione del credito verso di regione rispetto al dato al 31.12.2015 di un valore non inferiore a 600 mln, e riduzione del debito verso fornitori non inferiore al 400 mln. Il Credito verso regione è misurato sul valore dei crediti espressi in Stato Patrimoniale al 31/12/2016 al netto del credito relativo alla manovra fiscale 2017 a copertura del disavanzo 2016

Tempistica: giugno 2017 (SP 2016)

Riduzione del livello dell'anticipazione massima di liquidità accordata.

Nell'esercizio 2016, con nota prot. 28268/GR/11/22 è stato comunicato alle aziende sanitarie e agli istituti tesoriери, il livello massimo dell'anticipazione annua di liquidità consentita, pari, complessivamente, ad Euro 815 mln, comprensiva di Euro 55,624 mln di anticipazioni straordinarie relative a procedure di recupero giudiziario. Nell'esercizio 2015, il livello massimo delle anticipazioni accordate era stato pari ad Euro 828 mln, ed a chiusura esercizio, al 31/12/2015, il livello del tiraggio finale da parte delle aziende sanitarie era risultato pari ad Euro 553,5 mln (si veda SP al 31/12/2015 – Debito verso istituto tesoriere).

Al fine di conseguire un ulteriore riduzione del livello dell'indebitamento da parte delle Aziende sanitarie, ed una contestuale riduzione dei crediti delle stesse verso Regione, si ritiene opportuno comunicare, entro il mese di ottobre 2016, da parte della Direzione "Salute e politiche sociali" la riduzione del livello massimo di anticipazione annua accordata alle aziende, portandola al minimo possibile, e contestualmente conseguire una progressiva contrazione del livello del tiraggio massimo utilizzato dalle aziende sanitarie, sino all'azzeramento, con il versamento delle risorse finanziarie necessarie a garantire il completo reintegro.

Considerato che le giacenze positive di cassa delle aziende sanitarie, sono usualmente aggredite da procedure coattive di recupero del credito, si ritiene opportuno, a fronte di una capiente disponibilità finanziaria, portare il livello delle anticipazioni al minimo indispensabile a garantire i blocchi in essere.

Azioni, indicatori e tempistica

- Riduzione del livello massimo delle anticipazioni annualmente autorizzate alle aziende e agli Istituti Tesoriери da 815 €/mln del 2015 a 390 €/mln e contestuale trasferimento delle risorse finanziarie necessarie al conseguimento, entro il 31/12/2016, di un'utilizzazione massima dell'anticipazione complessivamente non superiore a 100 mln di Euro.

Indicatori: Riduzione del debito v/Istituto Tesoriere al 31.12.2016

Risultati attesi: minor debito al 31/12/2016 rispetto al 31/12/2015 verso tesoriere per circa 400 mln, con un livello dell'anticipazione utilizzata non superiore a 100 mln di Euro.

Tempistica: Entro la presentazione della Stato Patrimoniale 2016

Restituzione alle aziende sanitarie del Lazio delle procedure di pagamento dei fornitori di beni e servizi, compreso l'acquisto delle prestazioni sanitarie da privato accreditato.

In considerazione di quanto già rilevato nelle premesse del presente intervento, al fine di rendere indipendente dalle procedure di liquidazione delle fatture passive delle aziende sanitarie, il livello dei trasferimenti finanziari mensilmente e complessivamente operati dalla Regione alle aziende stesse, si ritiene opportuno restituire progressivamente, a partire dal 2017, la funzione di pagamento alle aziende sanitarie.

Considerato che nel tempo, gli ambiti di pagamento dei fornitori delle aziende sanitarie, che sono stati progressivamente inseriti nell'accordo pagamenti regionale sono risultati i seguenti:

- Fornitori di beni e servizi;
- Farmacie territoriali private convenzionate con il SSR
- Erogatori privati di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, accreditati e contrattualizzati con il SSR;
- Erogatori privati di prestazioni sanitarie – Case di Cura - accreditati e contrattualizzati con il SSR;
- Erogatori privati di prestazioni sanitarie – Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, IRCCS Privati

Si ritiene di operare una progressiva restituzione di tali ambiti di pagamento alle aziende sanitarie, partendo da quelli che comportano minori difficoltà gestionali, e proseguendo, per gradi crescenti di complessità.

In tal senso, un Decreto del Commissario ad acta dovrà definire, previa valutazione con le aziende sanitarie coinvolte, tempi e modalità di restituzione delle funzioni di pagamento, fermo restando, che al fine di scongiurare peggioramenti della situazione debitoria complessiva degli enti del SSR, e peggioramenti degli indicatori di tempestività dei pagamenti, la Regione manterrà presso gli uffici oggi incaricati anche del pagamento, la funzione di puntuale monitoraggio e controllo, utilizzando gli strumenti informatici e organizzativi, nonché le risorse umane, oggi impiegate nella funzionalità del sistema accordo pagamenti.

La misura risulta opportuna, anche al fine di restituire una maggiore autonomia alle aziende sanitarie, reintegrando la loro piena responsabilità nella gestione dei pagamenti dei propri fornitori, e nel conseguimento delle *performances* richieste dalla normativa di riferimento, sia in tema di riduzione dei tempi di pagamento, che di contrazione dello stock di indebitamento annualmente conseguito.

Azioni, indicatori e tempistica

- Adozione di un Decreto del Commissario, concernente la graduale restituzione alle aziende sanitarie della funzione di pagamento dei propri fornitori.

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

2.7 Sistemazione contabile del Fondo di dotazione

Il fondo di dotazione è stato rilevato dalle Aziende del SSR nel primo bilancio redatto in contabilità economico-patrimoniale nell'anno 2000, a seguito della circolare regionale prot. n. 1875 del 25.05.2001, ed ha subito una serie di variazioni nel corso degli anni: nello Stato Patrimoniale 2015 del consolidato del SSR esso ammonta a - **1.005,4 €/mln**, come mostrato nella tabella sotto riportata:

Fondo di Dotazione SP 2015		Fondo di Dotazione al 01.01.2016	
Azienda	Valori in €/000	Azienda	Valori in €/000
Roma A	-17.759	Roma 1	-192.943
Roma B	-253.059	Roma 2	-454.877
Roma C	-201.818	Roma 3	-113.994
Roma D	-113.994	Roma 4	-40.972
Roma E	-175.184	Roma 5	-11.049
Roma F	-40.972	Roma 6	-248.503
Roma G	-11.049	Viterbo	-104.538
Roma H	-248.503	Rieti	-25.569
Viterbo	-104.538	Latina	-6.533
Rieti	-25.569	Frosinone	7.937
Latina	-6.533	San Camillo	-14.962
Frosinone	7.937	San Giovanni	8.246
San Camillo	-14.962	Umberto I	3.649
San Giovanni	8.246	IFO	92.027
Umberto I	3.649	INMI	86.377
IFO	92.027	Sant'Andrea	10.315
INMI	86.377	Tor Vergata	0
Sant'Andrea	10.315	Ares	0
Tor Vergata	0	Consolidato	-1.005.389
Ares	0	Consolidato	-1.005.389

Il fondo di dotazione iniziale delle Aziende, così come richiesto nelle linee guida per la predisposizione del bilancio d'esercizio 2000 (nota prot. n. 1875 del 25.05.2001), corrisponde "alla differenza algebrica tra l'Attivo e il Passivo patrimoniale al netto dei contributi in c/capitale".

Inoltre, nella medesima nota, in considerazione degli esiti dell'analisi dei bilanci di esercizio 1999 dalla quale erano emersi comportamenti difforni da parte delle aziende nella ricostruzione delle singole voci del Patrimonio Netto, era stato richiesto alle Aziende di utilizzare il Fondo di Dotazione con riferimento a:

- Perdite di esercizi precedenti, per evitare l'inserimento in Patrimonio Netto di poste derivanti dalla contabilità finanziaria;
- Contributi in c/capitale, per agevolare il procedimento di sterilizzazione degli ammortamenti su tutti i beni a disposizione dell'azienda al momento dell'avvio della contabilità economico-patrimoniale.

In merito al Fondo di dotazione negativo, la Regione ha effettuato ulteriori approfondimenti, anche in relazione alla ricognizione economico patrimoniale pregressa relativa agli anni 2001-2011, dalla quale è emerso, come riportato nel verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali del 12 febbraio 2014, quanto segue:

- Con riferimento al periodo 2001-2005, la cui situazione del SSR fino al 31/12/2005 è stata oggetto di specifico intervento di ricognizione e certificazione nell'ambito del Piano di rientro, è emerso che i debiti 2005 e ante contabilizzati dalle Aziende sanitarie non necessitano di ulteriori coperture regionali di competenza;
- Con riferimento al periodo 2006-2011, considerando la ricapitalizzazione effettuata sulle aziende a seguito dell'accesso al prestito di cui al DL 35/2013, pari a 396,265 €/mln, si è rilevato un eccesso di coperture di competenza pari a 207,376 €/mln, utilizzati dalla Regione per il pagamento di fatture certe liquide ed esigibili al 31/12/2012.

Come si evince dalla tabella sopra riportata, alla data del 01.01.2016 il fondo di dotazione è **negativo in 10 Aziende su 18**, per un importo complessivo pari a - **1.213,9 €/mln.**

La metodologia che la Regione intende porre in essere è articolata nelle seguenti fasi:

- Confronto dei crediti verso Regione per finanziamenti per investimenti iscritti nei bilanci delle Aziende al 31.12.2015 con gli atti formali di assegnazione dei contributi in c/capitale, al netto dei pagamenti effettuati dalla Regione
- Ricostruzione delle iscrizioni e delle movimentazioni dei Finanziamenti per investimenti iscritti nei bilanci delle Aziende al 31.12.2015
- Approfondimento delle iscrizioni e delle movimentazioni delle immobilizzazioni (materiali e immateriali) e dei relativi ammortamenti/sterilizzazioni
- Approfondimenti dei crediti e dei debiti

La Regione intende individuare una o più Aziende pilota, nelle quali porre in essere le attività sopra elencate. Parallelamente, in considerazione dei processi di accorpamento delle Aziende che hanno portato alla costituzione delle ASL RM1 e RM2, la Regione monitorerà le procedure adottate dalle costituende aziende per la redazione dello Stato Patrimoniale di apertura al 01.01.2016.

Un volta esaminati i fenomeni che hanno interessato le voci sopra descritte, la Regione darà indicazioni alle Aziende interessate in merito alla ricapitalizzazione del fondo di dotazione.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Applicazione della metodologia di sistemazione del Fondo di Dotazione nelle Aziende “pilota”

Indicatore: predisposizione del documento di sintesi

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: Febbraio 2017

- Predisposizione di una circolare regionale destinata alle Aziende “pilota” contenente le indicazioni contabili per la sistemazione del fondo di dotazione.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: Marzo 2017

- Applicazione della metodologia di sistemazione del Fondo di Dotazione nelle restanti Aziende

Indicatore: predisposizione del documento di sintesi

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

Valutazione straordinaria del percorso di sistemazione contabile del fondo di dotazione al 30 giugno 2017, con l’attuazione delle metodologia proposta in almeno due delle aziende sanitarie interessate

2.8 Ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende

La Regione intende portare a termine l'attività di ricognizione e verifica dell'esigibilità dei crediti iscritti dalle Aziende Sanitarie, avviata con la nota prot. n. 561621/2015, che ha richiesto alle Aziende un'attività di ricognizione e verifica dei crediti iscritti negli Stati Patrimoniali al 31.12.2014. In particolare è stato richiesto alle Aziende di analizzare la documentazione a supporto del credito iscritto nei bilanci, classificando gli importi come "sussistenti" o "insussistenti" in relazione a quanto appurato a seguito delle verifiche richieste. Inoltre, con la medesima nota, è stato richiesto alle Aziende la ricognizione delle note di credito da ricevere, verificando l'ammontare degli importi richiesti in relazione al soggetto debitore e l'esigibilità degli stessi, con evidenza di richieste di note di credito da ricevere oggetto di contenzioso.

Nel corso del 2015 è stata effettuata un'attività di riconciliazione con i residui passivi iscritti nel bilancio regionale ed è stato emanato il DCA 182/2016 che ha individuato anche le operazioni di riallineamento da effettuare nei singoli bilanci delle Aziende.

A completamento di quanto sopra, verrà richiesto alle singole Aziende Sanitarie di effettuare l'attività di circolarizzazione dei crediti e dei debiti al 31/12/2016, con la supervisione dei Collegi Sindacali. Tale attività potrebbe portare alla risoluzione (almeno parziale) delle problematiche inerenti l'errata rappresentazione nei bilanci del fondo di dotazione negativo delle Aziende.

Azioni, indicatori e tempistica

- Predisposizione di una nota metodologica contenente le indicazioni per la circolarizzazione dei crediti e dei debiti delle Aziende Sanitarie al 31.12.2016.

Indicatori: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Ricognizione e analisi degli esiti della circolarizzazione dei crediti e debiti effettuata dalle Aziende Sanitarie, al fine di verificare l'esigibilità dei crediti e la sussistenza dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende.

Indicatore: predisposizione di un documento di sintesi riportante l'esito della ricognizione effettuata

Risultato atteso: adozione documento di sintesi

Tempistica: maggio 2017

- Trasmissione alle Aziende delle linee guida contabili per il recepimento nei bilanci di esercizio 2016 delle risultanze della ricognizione dei crediti e dei debiti.

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

3 Politiche del personale

Nell'ambito della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, la Regione, con il DCA n. U00156/2016, ha approvato il nuovo sistema di autorizzazione e controllo delle assunzioni di personale che, nel superare il precedente sistema della deroga parziale al blocco del turn over, individua nella definizione e attribuzione del **budget assunzionale aziendale** il nuovo sistema di reclutamento del personale, assicurando il rispetto delle **disposizioni normative vigenti**, tra cui in particolare l'art. 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i. che prevede il vincolo dell'1,4% del costo 2004, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004.

Nel corso del triennio 2016-2018 troverà attuazione anche quanto previsto dal DCA n. U00539 del 12 novembre 2015 recante *“Interventi in materia di personale – percentuale derogabile al blocco del turn over per gli anni 2016 -2018.Linee guida in merito alle procedure concorsuali riservate per l’assunzione presso gli Enti del SSR in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 marzo 2015 emanato ai sensi dell’art. 4 del Decreto Legge 31 agosto 2013 n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013 n. 125”* così come modificato dal successivo DCA n. U00154 del 12 maggio 2016.

Con tali atti sono state emanate apposite disposizioni inerenti la **stabilizzazione del personale “precario”**, ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 marzo 2015, in coerenza con la struttura organizzativa aziendale, nel rispetto della rete assistenziale e degli obiettivi del piano di rientro, tenendo conto della nuova modalità di definizione del **budget assunzionale** prevista dal DCA n. U00156 del 12 maggio 2016 recante *“Assunzione di personale per le Aziende e gli Enti del SSR- approvazione delle nuove modalità del sistema di autorizzazione e controllo”*. Gli atti relativi alla stabilizzazione del personale sono finalizzati anche a consentire un graduale adeguamento a quanto disposto dall'**art. 9 comma 28 del decreto legge 78/2010**.

Infine, sempre nell'ambito delle politiche del personale, la Regione ha già avviato quanto previsto dalla Legge di Stabilità per l'anno 2016, in particolare al comma 541 dell'art.1, che prevede che le regioni sottoposte a piano di rientro predispongano un **piano concernente il fabbisogno di personale** risultante da una più efficiente allocazione delle risorse umane tale da garantire il rispetto delle disposizioni europee in materia di orario di lavoro.

La Regione ha trasmesso tale piano agli organismi individuati dal medesimo comma 541 ed è, ad oggi, in attesa dell'esito di tale valutazione, propedeutica - come previsto dal comma 543 dell'art.1 - all'indizione delle procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di *“personale medico, tecnico-professionale e infermieristico”*, necessarie per fare fronte alle esigenze assunzionali, in relazione alle valutazioni operate dalla Regione sul Piano del fabbisogno del personale.

In considerazione, tuttavia, del vincolo temporale del 31.12.2016, che attiene sia all'indizione dei concorsi delle procedure concorsuali sopra richiamate, sia al limite per l'utilizzo dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa così come previsto dal D.lgs. 81/2015, sia alla prevista scadenza della proroga della validità delle graduatorie di concorsi pubblici, si impone la necessità di una attenta pianificazione delle procedure concorsuali straordinarie ex lege n. 208/2015 anche al fine di garantire le necessarie unità di personale per il rispetto della normativa europea in materia di orario di lavoro, dando anche applicazione della riserva dei

posti disponibili a favore del “*personale medico, tecnico-professionale e infermieristico*” avente i requisiti previsti dalla norma, nella misura massima del 50%.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- superare la logica “emergenziale” nella gestione delle carenze di organico, intraprendendo una programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR;
- implementare una nuova modalità di gestione e individuazione della facoltà assunzionali per le Aziende del SSR;
- regolamentare e superare le criticità legate al fenomeno “stabilizzazione indiretta” di personale a tempo determinato già in servizio nel SSR;
- ridurre il ricorso alle prestazioni aggiuntive e alle consulenze;
- proseguire il monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

Per la valorizzazione della manovra derivante dalle azioni previste nel presente intervento, si rinvia al par. 14.3.

3.1 Programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR

Come evidenziato in premessa, il DCA n. U00156/2016 ha introdotto il sistema del **budget assunzionale aziendale** per il reclutamento del personale.

Il budget, nel suo valore complessivo, è destinato sia alle **nuove assunzioni di personale**, secondo le modalità indicate nel citato DCA n. U00156/2016, sia alle “**stabilizzazioni**” di personale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 marzo 2015 e ai Decreti del Commissario ad Acta n. U00539/2015 e n. U000154/2016, tenendo conto del DCA n. U00238/2016, recante “*Disposizioni inerenti l'applicazione dell'art. 1 comma 543 della Legge n.208 del 28 dicembre 2015*”.

Il valore di ciascun budget aziendale complessivo è determinato nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, degli obiettivi del Piano di Rientro, della nuova rete dell'assistenza, nonché dell'art. 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i., nonché delle disposizioni statali, regionali e commissariali in materia di organizzazione e di personale del SSR.

Il budget annuale si inserisce nella più ampia cornice economico-finanziaria dei **Piani Assunzionali Triennali**, costituiti dai singoli Piani Assunzionali Annuali e da un riepilogo complessivo, e redatti in coerenza con i parametri di cui alle Linee Guida regionali per la determinazione delle dotazioni organiche e con le disposizioni previste dalla Legge n. 161 del 30 ottobre 2014 in materia di organizzazione dell'orario di lavoro del personale del servizio sanitario nazionale.

I Piani Assunzionali Triennali, inoltre, potranno subire modifiche e/o integrazioni a seguito di ulteriori indicazioni ministeriali relative ai criteri di determinazione del fabbisogno di personale, che attualmente risultano in corso di predisposizione, sia delle ulteriori previsioni contenute nei Piani di Rientro aziendali, previsti dall'art.1, comma 528, della Legge di Stabilità 2016.

I Piani Assunzionali Triennali terranno anche conto delle eventuali azioni di risparmio poste in essere dalle aziende per la riduzione dei costi sostenuti per sopperire ad eventuali carenze di personale (Prestazioni Aggiuntive; Consulenze

Sanitarie e Consulenze non Sanitarie; Altri Servizi Sanitari e Non Sanitari da Privato).

Ogni eventuale modifica ai Piani assunzionali, adeguatamente motivata da specifiche esigenze aziendali, è subordinata alla preventiva autorizzazione da parte della Regione.

In particolare, i passaggi procedurali riferiti alle **nuove assunzioni** e al **percorso di stabilizzazione** (ex DPCM 6 marzo 2015) sono:

- Le Aziende trasmettono il Piano assunzionale e il Piano delle Stabilizzazioni a valenza triennale fino al 2018. Il piano assunzionale comprende anche le procedure concorsuali straordinarie di cui all'art. 1 comma 543 della L.208/2015, con la previsione della riserva dei posti disponibili a favore del *"personale medico, tecnico-professionale e infermieristico"* avente i requisiti previsti dalla norma, nella misura massima del 50%.
- La Regione valuta i suddetti piani di ciascuna azienda, al fine di verificarne la coerenza con la struttura organizzativa aziendale, nel rispetto della rete assistenziale, degli obiettivi del Piano di Rientro e dell'equilibrio economico – finanziario del SSR.
- Successivamente alla valutazione regionale, la Regione e le Aziende concordano il definitivo piano triennale delle assunzioni e delle stabilizzazioni e i relativi budget annuali, come previsto nel DCA 156/2016.
- Successivamente alla approvazione del budget annuale e dei piani triennali, mediante apposito DCA, saranno emanati i decreti autorizzativi delle procedure concorsuali straordinarie, di cui all'art.1, comma 543, della L.208/2015, e delle procedure di stabilizzazione ex DPCM 6 marzo 2015 (DCA n. U00539/2015 e DCA 154/2016).

Azioni, indicatori e tempistiche

- Approvazione del budget assunzionale 2016 per ciascuna Azienda, del Piano delle assunzioni e del Piano delle stabilizzazioni.

Indicatore: predisposizione del DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

- Approvazione dei Decreti commissariali di autorizzazione all'indizione delle procedure di selezione riservate al personale di cui al DPCM del 6 marzo 2015- procedure di stabilizzazione e delle procedure concorsuali straordinarie, di cui all'art.1, comma 543, della L.208/2015.

Indicatore: predisposizione del DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

- Approvazione dei budget assunzionali annuali 2017 e 2018

Indicatore: (1) Budget assunzionali concordati/ Totale Aziende (2) Emanazione del DCA di approvazione dei budget assunzionali

Risultato atteso: (1) 100%; (2) adozione atto amministrativo

Tempistica: (1) febbraio 2017/febbraio 2018; (2) marzo 2017/marzo 2018

- Approvazione dei Decreti commissariali di autorizzazione all'indizione delle procedure di selezione riservate al personale, di cui al DPCM del 6 marzo 2015-procedure di stabilizzazione, ed eventuali procedure concorsuali ordinarie.

Indicatore: predisposizione del DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: settembre 2017/settembre 2018

3.2 *Prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali*

In attuazione di quanto previsto dalla legge di stabilità per l'anno 2016, la Regione, nel triennio 2016-2018, monitora la gestione dei fondi contrattuali e la corretta determinazione degli stessi, atteso che a decorrere **dal 1° gennaio 2016**, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche **non può superare** il corrispondente importo determinato per **l'anno 2015** e sarà, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale "assumibile" ai sensi della normativa vigente richiamata nel precedente paragrafo.

A tal fine la Regione, dopo aver acquisito le informazioni da parte delle singole Aziende, procede al monitoraggio della consistenza dei fondi e dei corrispondenti utilizzi, nonché all'adozione del relativo DCA.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Monitoraggio della consistenza dei fondi contrattuali al 31.12

Indicatore: Emanazione DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2016/Settembre 2017/Settembre 2018

3.3 *Riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze*

La Regione, in considerazione delle nuove assunzioni di personale, intende ridurre il ricorso, da parte delle Aziende, alle consulenze e alle prestazioni aggiuntive.

In particolare, per quanto attiene alle **consulenze**, la Regione intende emanare ulteriori linee guida rispetto a quelle già predisposte con la precedente circolare prot. n. 414626 GR/11/23 del 18 luglio 2014, al fine di individuare dettagliatamente gli ambiti di conferimento delle consulenze, sanitarie e non sanitarie, in base a specifiche esigenze non colmate con le nuove modalità assunzionali.

Le nuove linee guida forniranno modalità operative anche in ordine al ricorso alle prestazioni aggiuntive effettuate da parte del personale avente titolo.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Riduzione del ricorso a consulenze e prestazioni aggiuntive

Indicatore: Spesa rilevata nel 2018 – Spesa rilevata nel 2015

Risultato atteso: Minore di 0

Tempistica: Giugno dell'anno successivo a quello di riferimento

4 Approvvigionamento Beni & Servizi

La spesa per la voce Beni e Servizi si attesta intorno al 20% circa del Fondo Sanitario Regionale. Ne consegue che l'attenzione deve rimanere costantemente la più alta possibile. Il processo di aggregazione della domanda necessita di essere accelerato, prevedendo limiti per le singole Aziende di gestire gare e/o altri processi di approvvigionamento. A supporto della Centrale Acquisti Regionale, si ritiene opportuno anche individuare una o più Aziende capofila per la gestione di gare riguardanti specifici beni e servizi. Infine nell'ambito della pianificazione e programmazione degli acquisti da realizzare, si intende rafforzare il processo di aggregazione, che non deve essere basato su valori storici ma prospetticamente commisurato alle effettive necessità delle Aziende.

La Regione Lazio, al fine di potenziare le misure di governo e razionalizzazione della spesa per beni e servizi, intende proseguire gli interventi di pianificazione e controllo della spesa, intensificando l'analisi e valutazione dei fabbisogni, l'aggregazione della domanda mediante estensione degli acquisti centralizzati, nonché l'adozione e condivisione di "best practice" già esistenti sul territorio.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- estensione della copertura degli acquisti centralizzati;
- pianificazione degli acquisti, analisi e quantificazione degli effettivi fabbisogni;
- verifica del modello organizzativo introdotto con DCA 369/2015;
- rinegoziazione dei contratti in essere ai sensi dell'art. 9 ter del DL 78/2015, convertito con Legge 125/2015;
- monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso.

Per la valorizzazione della manovra derivante dalle azioni previste nel presente intervento, si rinvia al par. 14.3

4.1 Estensione della copertura degli acquisti centralizzati

La Regione intende proseguire nell'attività di aggregazione della domanda e centralizzazione delle procedure di gara, estendendola ulteriormente. Come noto, il D.L. 66/2014 ha istituito la figura del Soggetto Aggregatore, ovvero la centrale di committenza alla quale le Pubbliche Amministrazioni, fra cui le Aziende Sanitarie, sono obbligate a ricorrere per l'acquisizione di beni afferenti a determinate categorie merceologiche, definite con DPCM del 24 dicembre 2015. Per l'area sanitaria, sono state individuate quali categorie merceologiche obbligatorie un'ampia gamma di beni (farmaci, vaccini, medicazioni, aghi e siringhe, ausili per incontinenti, stent, pacemaker e defibrillatori) e di servizi (manutenzione apparecchiature elettromedicali, pulizie ospedaliere, ristorazione, lavanolo, smaltimenti rifiuti, manutenzione immobili e impianti, vigilanza e guardiana). Le gare che la Regione svolgerà nei prossimi anni saranno inoltre relative anche ad altri importanti settori di spesa, quali ad esempio ossigenoterapia, servizi di prenotazione, trasporto di campioni biologici e sangue, tesoreria. Il complesso delle gare previste dalla suddetta pianificazione porterà ad intercettare nel 2018 una spesa annua di circa 1,6 miliardi di euro.

In particolare la programmazione delle gare della Centrale Acquisti soddisfa i fabbisogni delle Aziende Sanitarie su tutte le 19 categorie merceologiche previste dal DPCM 24 dicembre 2015 con l'eccezione della vigilanza e guardiania dove prevede di indirizzare le Aziende sanitarie all'adesione alla convenzione quadro Consip in fase di aggiudicazione.

Agli obiettivi di centralizzazione degli acquisti si accompagnano anche quelli di progressiva dematerializzazione di tutti gli appalti pubblici europei, statuiti dalla nuova Direttiva Europea 2014/24/UE in materia di appalti, che impone obblighi in tal senso, dapprima alle centrali di committenza e successivamente a tutte le stazioni appaltanti. L'utilizzo di una piattaforma di *e-procurement* consentirà di conseguire importanti risultati in termini di maggiore pubblicità delle procedure di acquisto e di riduzione e semplificazione degli adempimenti amministrativi, nonché di disporre in tempo reale dei dati necessari per il corretto controllo della spesa. Per assolvere agli impegni previsti dalla suddetta Direttiva Europea, la Regione si è dotata di una piattaforma di *e-procurement* che è stata collaudata a giugno 2016 e che sarà messa a disposizione, oltre che della Regione e degli enti regionali, anche delle Aziende Sanitarie.

Inoltre, per alcune categorie merceologiche (farmaci e alcuni dispositivi medici), la Regione Lazio continuerà anche ad avvalersi del Sistema Dinamico di Acquisizione per la Pubblica Amministrazione (SDAPA) sulla piattaforma telematica di Consip "Acquistiinretepa" che, per sua natura, può essere utilizzato esclusivamente per forniture di beni e servizi che consentano l'utilizzo di parametri di valutazione delle offerte tecniche tabellari, oggettivi e non discrezionali.

Infine, la Regione continuerà l'azione di supporto e incentivo dell'acquisto di beni tramite piattaforma Consip da parte delle Aziende Sanitarie, monitorandone l'effettivo adempimento tramite estrazioni mensili effettuate con gli strumenti messi a disposizione da Consip.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Formalizzazione di procedure condivise relative all'aggregazione della domanda e alla centralizzazione delle procedure di acquisto tra le Direzioni regionali coinvolte

Indicatore: Predisposizione delle procedure relative all'aggregazione della domanda e alla centralizzazione degli acquisti

Risultati attesi: Procedure relative all'aggregazione della domanda e alla centralizzazione degli acquisti

Tempistica: Dicembre 2016

- Espletamento delle iniziative di acquisto pianificate, di seguito riportate.

Indicatore: Espletamento delle iniziative di acquisto pianificate

Risultati attesi: Espletamento delle iniziative di acquisto pianificate

Tempistica: Riportata in tabella

Iniziative di acquisto	Periodo previsto per l'indizione	Periodo previsto per l'aggiudicazione
Guanti		I Trimestre 2017
CUP Aziende Sanitarie		II Trimestre 2017
Infrastruttura ReCUP		IV Trimestre 2016
Farmaci generici per DPC e genericati		IV Trimestre 2016
Ossigeno domiciliare		I Trimestre 2017
Chimica Clinica		I Trimestre 2017
Farmaci esclusivi e DPC innovativi		IV trimestre 2016
Tesoreria	I Trimestre 2017 (*)	II Trimestre 2017
Vaccini antinfluenzali 2016		IV Trimestre 2016
Medicazioni		I Trimestre 2017
Servizio ReCUP		I Trimestre 2017
Ausili per incontinenti	IV Trimestre 2016	III Trimestre 2017
Gestione e smaltimento rifiuti speciali	IV Trimestre 2016	III Trimestre 2017
Farmaci 2016	IV Trimestre 2016	II Trimestre 2017
Trasporto sangue e campioni biologici	IV Trimestre 2016	I Trimestre 2017
Protesi ortopediche	IV Trimestre 2016	IV Trimestre 2017
Lavanolo	I Trimestre 2017	III Trimestre 2017
Manutenzione apparecchiature elettromedicali	I Trimestre 2017	I Trimestre 2018
Aghi e siringhe	I Trimestre 2017	I Trimestre 2018
Service Dialisi	I Trimestre 2017	IV Trimestre 2017
Materassi antidecubito	II Trimestre 2017	IV Trimestre 2017
Pace Maker e defibrillatori	II Trimestre 2017	II Trimestre 2018
Pulizia	II Trimestre 2017	II Trimestre 2018
Ristorazione	II Trimestre 2017	II Trimestre 2018
Logistica farmaci e dispositivi medici (**)		

(*) Nuovo bando in seguito a mancanza di offerte sul bando precedente

(**) In valutazione la modalità e la tempistica della gara centralizzata

- Incremento del numero di gare bandite tramite SDAPA, sia proponendo nuove edizioni di gare già precedentemente bandite, sia trasferendo sulla piattaforma quelle finora gestite in maniera tradizionale. A partire dal secondo semestre del 2016, alcune delle iniziative di gara oggi svolte tramite il SDAPA saranno effettuate sulla piattaforma regionale di *e-procurement* mediante gare telematiche.

Indicatore: Numero di iniziative di gara svolte sulla piattaforma regionale di e-procurement

Risultati attesi: Almeno 5 per anno

Tempistica: rilevazione annuale

- Supporto e incentivo dell'acquisto di beni tramite piattaforma Consip da parte delle Aziende Sanitarie, monitorandone l'effettivo adempimento tramite estrazioni mensili effettuate con gli strumenti messi a disposizione da Consip.

Indicatore: Transato delle Aziende Sanitarie su Convenzioni / Bandi Mepa Consip

Risultati attesi: Incremento del 2% per anno del transato complessivo delle Aziende Sanitarie su Convenzioni / Bandi Mepa Consip

Tempistica: rilevazione annuale

Una valutazione straordinaria del processo di estensione della copertura degli acquisti centralizzati nell'ambito di quanto previsto dal DL 66/2014 sarà effettuata al 30 giugno 2017.

4.2 Pianificazione degli acquisti e analisi e quantificazione degli effettivi fabbisogni

Il DCA n. U00060/2015 ha istituito il nuovo processo di acquisizione dei fabbisogni e pianificazione degli acquisti, in sostituzione del precedente regime che prevedeva il rilascio di autorizzazioni per ogni singola procedura di gara. Tale processo di raccolta, analisi e razionalizzazione degli effettivi fabbisogni di acquisto si traduce nella definizione di una pianificazione biennale. L'obiettivo è la definizione di un **modello integrato e omogeneo di definizione dei fabbisogni** che, superando la frammentarietà della precedente procedura, permetta di:

- standardizzare e omogeneizzare le informazioni per ricondurre le procedure di acquisto all'interno di specifiche categorie merceologiche predefinite;
- razionalizzare i fabbisogni sulla base di valutazioni di appropriatezza dei consumi, anche riducendo le richieste di acquisto in "urgenza" e il ricorso a proroghe contrattuali;
- fornire una visione strutturata e di insieme delle esigenze di acquisto di tutte le Aziende Sanitarie.

Il **Piano Biennale degli Acquisti**, inoltre, definisce le quattro modalità di approvvigionamento previste dalla Regione:

- **gare regionali:** iniziative centralizzate relative all'acquisto di beni e servizi ad elevato potenziale di standardizzazione e ritenute strategiche per il loro impatto organizzativo e/o economico. Tali iniziative sono definite tenendo conto della significatività e della trasversalità dei fabbisogni, nonché di quanto stabilito dal DPCM del 24 dicembre 2015 che ha individuato le categorie e relative soglie per le quali è obbligatorio il ricorso ad uno dei Soggetti Aggregatori di cui al D.L. 66/2014;
- **gare aggregate mediante individuazione di una o più Aziende Capofila sotto il coordinamento della Regione:** iniziative relative all'acquisto di beni e servizi caratterizzati da una non elevata standardizzabilità e il cui fabbisogno è trasversale a un numero ridotto di Aziende Sanitarie;
- **Strumento Consip:** utilizzato qualora sia disponibile uno degli strumenti di acquisto Consip (MePa, Convenzione, Accordo Quadro o SDAPA);
- **gare autonome:** iniziative relative, in prevalenza, a beni e servizi afferenti a categorie che non si prestano ad aggregazioni (per caratteristiche di prodotto/servizio e/o di mercato). In tale ambito rientrano le categorie per le quali la Direzione Centrale Acquisti, di concerto con la Direzione Salute e Politiche Sociali, ha ritenuto necessario definire alcune condizioni vincolanti all'espletamento della procedura in autonomia (es. servizi di assistenza). Il graduale e continuo processo di aggregazione della domanda comporterà una progressiva riduzione del numero di gare autonome, che col tempo rappresenteranno una quota minimale delle gare, in quanto interesseranno solo alcune categorie residuali a basso valore di spesa.

Con il Piano Biennale sono stabilite alcune importanti regole procedurali volte all'ottimizzazione e alla razionalizzazione delle relative iniziative di acquisto, in particolare:

- le Aziende Sanitarie non possono svolgere procedure di gara di importo superiore a 20.000 € che non siano incluse nel Piano Biennale, a eccezione di quanto previsto dalla DGR 458/2014;
- nello svolgimento di procedure in autonomia, le Aziende Sanitarie devono conseguire una riduzione del valore dei contratti pari ad almeno il 5%;
- per le forniture di beni e servizi per cui sono previste gare regionali o aggregate, le Aziende Sanitarie con contratti in scadenza possono svolgere iniziative in autonomia purché i contratti siano sottoposti a condizione risolutiva in caso di aggiudicazione della gare regionali o aggregate;
- le Aziende Sanitarie sono tenute a inviare alla Regione un report trimestrale sullo stato di avanzamento del Piano Biennale, affinché la stessa possa monitorarne la corretta implementazione ed effettuare gli eventuali aggiornamenti con specifiche determinazioni.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Potenziamento ed attivazione di strumenti utili nei processi di definizione, analisi e valutazione degli effettivi fabbisogni delle Aziende Sanitarie. In particolare, viene prevista l'analisi e la valutazione dell'appropriatezza dei fabbisogni espressi dalle Aziende: **(1)** in una prima fase, tramite indicatori che pongano in relazione il fabbisogno ai volumi di attività e ai servizi erogati; **(2)** in una seconda fase, tramite metodiche più puntuali e strumenti specifici

Indicatore: (1) Predisposizione e valorizzazione degli indicatori che correlino i fabbisogni ai volumi di attività; (2) Predisposizione di metodi e strumenti per l'analisi e la valutazione dell'appropriatezza dei fabbisogni

Risultati attesi: (1) Documento contenente gli indicatori che correlano i fabbisogni ai volumi di attività; (2) Documento sui metodi e gli strumenti per l'analisi e la valutazione dell'appropriatezza dei fabbisogni

Tempistica: (1) a partire da Aprile 2017; (2) a partire da Luglio 2017

- Adozione del Piano Biennale degli Acquisti entro il trimestre precedente agli anni di riferimento.

Indicatore: Adozione del Piano Biennale degli Acquisti

Risultati attesi: Piano Biennale degli Acquisti

Tempistica: Entro il trimestre precedente agli anni di riferimento

- Adozione di uno specifico regolamento regionale relativo ai criteri di individuazione della programmazione degli acquisti di beni inderogabili e delle relative procedure di acquisto consentite

Indicatore: Adozione di uno specifico regolamento regionale sui criteri di programmazione degli acquisti di beni inderogabili

Risultati attesi: Regolamento regionale sui criteri di programmazione degli acquisti di beni inderogabili

Tempistica: Aprile 2017

4.3 **Verifica del modello organizzativo introdotto con DCA 369/2015**

La Regione intende effettuare una verifica del modello organizzativo introdotto dal DCA 369/2015, alla luce dell'esperienza fin qui maturata, al fine di definire un nuovo modello di aggregazione della domanda e di acquisto centralizzato regionale. Tale modello prevedrà limiti per le singole Aziende di gestire gare e/o altri processi di approvvigionamento e l'individuazione di una o più Aziende capofila per la gestione di gare riguardanti specifici beni e servizi, a supporto della Regione che estenderà progressivamente la sua copertura di acquisti centralizzati. Sarà valutata anche la fattibilità di costituire strutture uniche intraaziendali per le acquisizioni di beni e servizi.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Analisi dell'attuale modello organizzativo, sulla base delle iniziative di aggregazione fin qui realizzate e dei punti di attenzione emersi, al fine di determinare: a) il bacino ottimale di aggregazione, sulla base delle caratteristiche delle categorie merceologiche e del mercato della fornitura; b) le caratteristiche che porteranno ad identificare una Azienda come Capofila del processo di acquisto aggregato.

Indicatore: Analisi dell'attuale modello di aggregazione della domanda e di acquisto centralizzato regionale

Risultati attesi: Documento contenente i risultati dell'analisi dell'attuale modello di aggregazione della domanda e di acquisto centralizzato regionale

Tempistica: Dicembre 2016

- Definizione di un nuovo modello di aggregazione della domanda e di acquisto centralizzato.

Indicatore: Definizione di un nuovo modello di aggregazione della domanda e di acquisto centralizzato regionale

Risultati attesi: Documento contenente il nuovo modello di aggregazione della domanda e di acquisto centralizzato regionale

Tempistica: Marzo 2017

4.4 **Rinegoziazione dei contratti in essere ai sensi dell'art. 9 ter del DL 78/2015, convertito con Legge 125/2015**

A luglio 2015 il Governo ha adottato un nuovo provvedimento di *spending review* (D.L. 78/2015, convertito con Legge 125/2015), in base al quale gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere, afferenti una lista di servizi indicati dal Decreto. Tale rinegoziazione deve avere l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, al fine di conseguire un risparmio del 5% del valore complessivo dei contratti nell'anno 2015. La Regione continuerà ad operare seguendo le seguenti direttrici:

- fornire alle Aziende Sanitarie linee guida operative su come attuare le prescrizioni del Decreto;
- affiancare gli Enti nella rinegoziazione dei contratti derivanti da gare centralizzate;
- monitorare stabilmente il processo di rinegoziazione.

Gli impatti economici del presente intervento sono stati recepiti nel Conto Economico tendenziale, come meglio specificato nel paragrafo 14.1.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Verifica dei risparmi conseguiti in applicazione del D.L. 78/2015, tramite l'analisi dei conti economici delle Aziende Sanitarie.

Indicatore: Verifica dei risparmi conseguiti in applicazione del D.L. 78/2015

Risultati attesi: Relazione sui risultati della verifica dei risparmi conseguiti in applicazioni del D.L. 78/2015

Tempistica: Dicembre 2016

- Analisi circa i prezzi unitari connessi alle rinegoziazioni: **a)** individuazione dei prezzi unitari praticati a seguito delle rinegoziazioni per ogni singolo servizio oggetto del citato D.L.; **b)** verifica del mantenimento di livelli di servizio adeguati a seguito dell'applicazione dei nuovi prezzi; **c)** definizione di strumenti atti ad utilizzare i prezzi post rinegoziazioni come base d'asta per le nuove procedure d'acquisto.

Indicatore: Analisi circa i prezzi unitari connessi alla rinegoziazioni

Risultati attesi: Relazione contenente l'analisi circa i prezzi unitari connessi alle rinegoziazioni

Tempistica: Aprile 2017

4.5 Monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso

La Regione ha avviato il rafforzamento del sistema di *governance* e razionalizzazione della spesa mediante lo sviluppo delle funzioni di monitoraggio e controllo dell'andamento delle forniture di beni e servizi. La Regione si muoverà lungo tre direttrici:

- monitoraggio puntuale ed automatizzato dell'andamento della spesa, attraverso lo strumento informatizzato di *spending analysis* denominato TSV (*Total Spending Visibility*), sviluppato dalla società Lazio Crea, il quale raccoglie, elabora e analizza periodicamente le informazioni di spesa delle Aziende Sanitarie;
- verifica dell'efficacia delle procedure di acquisto centralizzate e dell'appropriatezza degli acquisti aziendali, mediante analisi dei flussi economici e dell'andamento della spesa;
- monitoraggio dei contratti in corso e dei consumi, anche attraverso la valorizzazione della figura del Responsabile dell'esecuzione contrattuale (DEC).

Azioni, indicatori e tempistiche

- Potenziamento del sistema TSV al fine di: a) automatizzare l'acquisizione delle informazioni dagli ERP aziendali; b) aumentare il corredo informativo a disposizione; c) rafforzare il monitoraggio della spesa, rendendolo maggiormente attendibile, puntuale e fruibile da parte delle Aziende Sanitarie; d) promuoverne l'utilizzo in un'ottica di *benchmarking* per razionalizzare ed omogeneizzare i prezzi di acquisto e per rendere più accurate le basi d'asta delle gare centralizzate e aziendali; e) agevolare la formulazione dei fabbisogni anche in caso di gare aggregate.

Indicatore: Definizione dei macro-requisiti funzionali per il potenziamento del sistema TSV

Risultati attesi: Documento contenente i macro-requisiti funzionali per il potenziamento del sistema TSV

Tempistica: Giugno 2017

- Elaborazione di analisi trimestrali sull'andamento della spesa sanitaria con particolare focalizzazione sulle voci del conto economico oggetto di gara centralizzata, con l'obiettivo di individuare gli scostamenti anomali e di appurarne le cause anche attraverso l'organizzazione di incontri con le Aziende Sanitarie.

Indicatore: Definizione di reportistica di analisi sull'andamento della spesa sanitaria per beni e servizi

Risultati attesi: Reportistica di analisi sull'andamento della spesa sanitaria per beni e servizi

Tempistica: Trimestrale a partire dal III trimestre 2017

- Monitoraggio dell'andamento contrattuale, anche mediante indicatori di appropriatezza dei consumi in relazione ai volumi di attività e ai servizi resi.

Indicatore: Definizione di indicatori di appropriatezza dei consumi in relazione ai volumi di attività e ai servizi resi

Risultati attesi: Indicatori di appropriatezza dei consumi in relazione ai volumi di attività e ai servizi resi

Tempistica: Monitoraggio trimestrale a partire da Dicembre 2016

5 Iniziative per la promozione dell'appropriatezza dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici

Gli interventi previsti nell'ambito delle iniziative per la promozione dell'appropriatezza dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici sono finalizzati alla razionalizzazione della spesa, nel rispetto dei tetti previsti dalla normativa vigente, seppur in un contesto caratterizzato dall'introduzione di terapie sempre più innovative e ad alto costo.

Per quanto riguarda l'**ambito territoriale**, si intende intervenire da un lato sulla farmaceutica convenzionata, per l'allineamento della spesa media pro capite al valore medio nazionale, dall'altro sulla spesa diretta per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per un maggiore ricorso all'utilizzo di farmaci biosimilari. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, le azioni sono finalizzate ad una maggiore appropriatezza nella somministrazione dei farmaci ad alto costo, anche in previsione dell'introduzione di farmaci altamente innovativi in campo oncologico e delle malattie rare. Per i dispositivi medici, sono individuate azioni per il contenimento della spesa, favorendo meccanismi di acquisto competitivo, uso appropriato e azioni volte al monitoraggio dei consumi in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- Razionalizzazione della spesa farmaceutica
- Monitoraggio dell'uso dei farmaci innovativi territoriali
- Appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV
- Razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici

Per la valorizzazione della manovra derivante dalle azioni previste nel presente intervento, si rinvia al par. 14.3

5.1 *Razionalizzazione della spesa farmaceutica*

Nell'ambito della farmaceutica territoriale la Regione intende proseguire nel percorso di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva avviato con il DCA n. 71/2012 ed aggiornato con i successivi DCA n. 156/2014 e DCA n. 480/2015, volto ad allineare il consumo netto pro-capite della Regione Lazio ai valori *benchmark* nazionali, anche in funzione delle ultime scadenze brevettuali previste.

Nell'ambito della farmaceutica ospedaliera, i biologici rientrano tra i farmaci che hanno fatto registrare nell'arco degli anni un consistente aumento di spesa sia per l'ampliamento dell'uso terapeutico sia per l'introduzione in commercio di nuovi principi attivi. Con il DCA n. 73/2009, la Regione ha formalizzato i centri e le strutture specialistiche autorizzate alla prescrizione dei farmaci biologici e ha individuato i percorsi terapeutici per l'uso di tali farmaci. In considerazione dell'entrata in commercio di nuovi farmaci biosimilari, la Regione intende ridefinire i Percorsi Terapeutici Regionali al fine di giungere, garantendo pari livelli di sicurezza ed efficacia terapeutica, ad un utilizzo ottimale dei farmaci biosimilari a partire dalle seguenti patologie: a) artrite reumatoide; b) psoriasi; c) malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI).

Un'ulteriore categoria di farmaci che ha generato un aumento della spesa farmaceutica in distribuzione diretta ed in somministrazione in trattamento è quella dei farmaci oncologici. La Regione provvederà alla formalizzazione di Percorsi Terapeutici Regionali per l'utilizzo appropriato di alcune classi di farmaci oncologici e alla razionalizzazione della spesa collegata, indicando le modalità di monitoraggio e valutazione.

In considerazione dell'incremento della spesa determinata dall'entrata in commercio di farmaci innovativi e di farmaci ad alto costo, la Regione intende individuare una metodologia per il contenimento della spesa dei farmaci gestiti in File F. Tale azione dovrà garantire la somministrazione di trattamenti terapeutici innovativi, consentendo di definire una programmazione di spesa, considerando l'impatto economico derivante sia dall'entrata in commercio di nuovi farmaci sia dalle scadenze delle coperture brevettuali.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Predisposizione di un provvedimento regionale avente ad oggetto l'aggiornamento dell'obiettivo regionale di spesa netta pro-capite per la farmaceutica convenzionata e dei relativi indicatori per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

Indicatore: (1) predisposizione provvedimento regionale; (2) (spesa convenzionata anno x – spesa convenzionata 2015) /spesa convenzionata 2015

Risultato atteso: (1) SI; (2) - 3% annuo; - 9% triennio

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) Consuntivo 2016, 2017 e 2018

- Predisposizione di un provvedimento regionale avente ad oggetto la ridefinizione dei Percorsi Terapeutici per l'utilizzo di farmaci biologici e biosimilari per il trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e relativi indicatori d'uso.

Indicatore: (1) predisposizione provvedimento regionale; (2) numero pazienti naive trattati con biosimilare / totale pazienti naive

Risultato atteso: (1) adozione atto amministrativo; (2) 50% nel 2017 e 90% nel 2018

Tempistica: (1) marzo 2017; (2) dicembre 2017; dicembre 2018

- Predisposizione di un provvedimento regionale avente ad oggetto la ridefinizione dei Percorsi Terapeutici per l'uso di farmaci biologici e biosimilari per il trattamento della psoriasi e dell'artrite reumatoide.

Indicatore: (1) predisposizione provvedimento regionale; (2) numero pazienti naive trattati con biosimilare / totale pazienti naive

Risultato atteso: (1) adozione atto amministrativo; (2) 50% nel 2017 e 90% nel 2018

Tempistica: (1) marzo 2017; (2) dicembre 2017; dicembre 2018

- Predisposizione di un provvedimento regionale per la formalizzazione dei Percorsi Terapeutici, in relazione alla rete oncologica regionale mammella e polmone per la razionalizzazione d'uso di farmaci oncologici.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

- Elaborazione di un modello di valutazione del fabbisogno effettivo dei farmaci File F per singola struttura pubblica e privata, al fine di quantificare e razionalizzare la spesa per tale tipologia di farmaci.

Indicatore: predisposizione circolare di indirizzo

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: entro marzo di ciascun anno

- Procedure per l'acquisto e la gestione dei farmaci in Distribuzione per Conto (DPC).

Indicatore: (Spesa per Farmaci DPC anno n – spesa per Farmaci DPC 2015) / spesa per Farmaci DPC 2015

Risultato atteso: - 8% annuo

Tempistica: dicembre 2017 e dicembre 2018

5.2 *Monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi territoriali*

Nel corso dell'anno 2015 sono entrati in commercio nuovi farmaci territoriali innovativi per la cura dell'HCV. L'elevato costo della terapia ha comportato la negoziazione con le aziende farmaceutiche produttrici di un meccanismo di *payback* correlato al numero dei pazienti trattati. L'IRCCS "L. Spallanzani" è stato individuato come Ente capofila per l'acquisto dei farmaci per il trattamento dell'HCV e provvede a distribuire le terapie agli ulteriori centri erogatori.

Con la finalità di ottenere una più tempestiva rendicontazione dei trattamenti, è stata avviata l'implementazione di un nuovo sistema informatico che permetta di tracciare e monitorare gli ordini ed i consumi in tempo reale. L'attuale sistema, che raccoglie informazioni prevalentemente dal punto di vista clinico, ha tracciato i dati relativi alle prescrizioni dell'anno 2015. Sulla base delle informazioni raccolte, il gruppo di lavoro per i farmaci HCV, produrrà, in collaborazione con l'IRCCS "L. Spallanzani", un documento di indirizzo prescrittivo, comprensivo di indicatori di monitoraggio e modalità di valutazione.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Produzione di un documento di indirizzo per l'appropriatezza d'uso dei farmaci per il trattamento dell'HCV.

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

5.3 *Appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV*

Con il DCA n. U0002/2014 la Regione ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Regionale sulla terapia antiretrovirale II Edizione. Il provvedimento ha previsto la diffusione e l'applicazione del protocollo tra tutti gli operatori sanitari e la sua implementazione nelle strutture sanitarie regionali nonché l'avvio del monitoraggio di quanto previsto.

L'azione programmata consiste nell'aggiornamento del documento delle Linee di Indirizzo, finalizzato alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci per la terapia antiretrovirale HIV in considerazione dei più recenti sviluppi terapeutici.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Aggiornamento delle Linee di Indirizzo da parte del già costituito Gruppo di Lavoro per i farmaci HIV.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

5.4 Razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici

Sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici correlati alla tipologia di prestazione

La Regione intende definire obiettivi di spesa per i dispositivi medici distinti per singola Azienda e basati su indicatori che tengano conto della tipologia di produzione erogata. Si procederà pertanto ad indentificare le prestazioni ospedaliere alto spendenti in termini di dispositivi medici. Sulla base dell'associazione tra dispositivi medici e tipologia di prestazioni ospedaliere, si suddivideranno le Aziende in *cluster* a cui far corrispondere differenti *target* di spesa a cui tendere. Con la finalità di intercettare eventuali scostamenti, la verifica degli obiettivi di spesa identificati avverrà, in coerenza con le tempistiche di presentazione dei CE e sulla base della disponibilità dei dati di produzione.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Elaborazione di un modello di valutazione della spesa per dispositivi medici in funzione della tipologia della produzione erogata e condivisione degli obiettivi di riduzione della spesa con le Aziende Sanitarie.

Indicatore: (1) predisposizione del modello; (2) spesa DM anno n/FSR anno n

Risultato atteso: (1) adozione del modello di valutazione; (2) $\leq 4,4\%$

Tempistica: (1) giugno 2017; (2) Consuntivo 2017 e Consuntivo 2018

Ulteriori azioni di monitoraggio

Ai fini di un corretto monitoraggio dell'utilizzo dei dispositivi medici, la Regione intende provvedere alla definizione di un'Anagrafica Unica Regionale e di una procedura regionale per la gestione del conto deposito e del conto visione.

L'omogeneizzazione delle anagrafiche degli Enti del SSR attraverso la definizione di un'Anagrafica Unica Regionale per beni e servizi costituisce un presupposto fondamentale per il completamento del percorso di dematerializzazione del ciclo passivo, per la razionalizzazione della spesa sanitaria per beni e servizi e per l'implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica degli Enti del SSR. Pertanto la Regione, in considerazione dell'elevato impatto sulla spesa sanitaria regionale, intende procedere all'implementazione dell'Anagrafica Unica Regionale per i Dispositivi Medici, in analogia a quanto già avvenuto per i farmaci con il rilascio dell'Anagrafica Regionale del Farmaco (Determinazione n. G15672/2015).

La gran parte della spesa per dispositivi medici è gestita tramite conto deposito e conto visione. Poiché tale modalità di gestione permette un monitoraggio solo a valle del processo di consumo, rendendo complesse le modalità di controllo di tali fattori produttivi da parte delle Aziende Sanitarie, la Regione intende intervenire definendo una procedura regionale per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito e conto visione.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Predisposizione di un atto regionale di rilascio dell'Anagrafica Unica Regionale dei Dispositivi Medici, implementazione e manutenzione.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: ottobre 2017

- Predisposizione di un atto contenente le linee guida regionali per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito e in conto visione.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

6 Patrimonio immobiliare e tecnologico

Gli interventi previsti nell'ambito del patrimonio immobiliare e tecnologico sono finalizzati rispettivamente al completamento del percorso di adeguamento degli immobili alla normativa vigente e all'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR. Per il finanziamento dei citati interventi, la Regione intende utilizzare le risorse dell'art. 20 Legge 67/1988 – terza fase, in corso di ratifica, coerentemente con quanto previsto dalla programmazione regionale in materia di edilizia sanitaria, nonché le ulteriori risorse regionali. Parallelamente si intende: (i) completare la ricognizione degli investimenti effettuati con i finanziamenti già assegnati, al fine di individuare eventuali risorse non utilizzate da destinare ad ulteriori investimenti; (ii) completare il censimento delle grandi apparecchiature (ai sensi del DM 22/04/2014) per la programmazione regionale dei fabbisogni. Quanto sopra si inserisce nell'ambito del Patto per la Salute 2014/2016, ponendo, in particolare, l'attenzione: a) ai criteri di efficienza e appropriatezza, al fine di contribuire a garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione del patrimonio immobiliare e delle tecnologie; b) alla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera contenuti nel DM 70/2015.

Unitamente agli interventi inseriti nell'art 20 L. 67/88 Terza fase, la Regione Lazio intende programmare, compatibilmente con le risorse finanziarie statali disponibili, gli interventi di adeguamento antincendio secondo le scadenze del DM 19/3/2015 e gli interventi di adeguamento e/o miglioramento antisismico, secondo una rimodulazione progressiva degli interventi in ordine alla classificazione sismica. Questi interventi, al momento non finanziati, saranno oggetto di successivo Accordo di Programma.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- il completamento del percorso di adeguamento degli immobili alla normativa vigente
- l'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR
- la manutenzione straordinaria finalizzata alla riqualificazione e all'adeguamento di Reparti ospedalieri

6.1 Ricognizione degli investimenti in conto capitale assegnati

Nella valutazione della gestione degli investimenti è indispensabile effettuare una preventiva ricognizione dei finanziamenti già assegnati. La Regione intende ottimizzare l'allocazione delle risorse destinate al finanziamento di investimenti, recuperando in economia i residui non spesi, così da identificare con certezza le risorse effettivamente disponibili.

Nel corso dell'ultimo anno è stata avviata una ricognizione finalizzata ad individuare risorse non utilizzate dalle Aziende da destinare anche ad ulteriori investimenti. Le prime due fasi della L. 67/88 sono in corso di conclusione, così come altri finanziamenti statali e regionali assegnati per investimenti. E' stato dato avvio, attraverso il monitoraggio degli stati di avanzamento dei lavori/forniture e ratifica degli atti di collaudo degli interventi realizzati, ad attività di verifica e recupero degli importi residui relativi a ciascun finanziamento, nonché alla valutazione delle

procedure da adottare in merito ai finanziamenti non utilizzati da parte delle Aziende sanitarie, ospedaliere e IRCCS pubblici del Lazio. I criteri impiegati tengono conto dei tempi fisiologici della gestione dell'appalto da parte delle Aziende Sanitarie, in coerenza con il D. Lgs 50/2016, in relazione al tempo di utilizzo delle risorse e alla complessità degli interventi finanziati. La verifica dell'utilizzo nei tempi appropriati dei finanziamenti assegnati è effettuata anche nell'ottica di avvio di attività di definanziamento dei residui a seguito di sovraordinata disposizione di legge statale e regionale per il mancato utilizzo dei fondi assegnati.

Sarà inoltre portato avanti il processo di semplificazione delle procedure amministrative avviato anche con la DGR 458 del 15/7/2014 con la quale si è provveduto all'individuazione di un unico atto di autorizzazione all'acquisto di attrezzature, formalizzato nel parere favorevole espresso dal Nucleo di Valutazione Regionale per gli Investimenti in Sanità.

Azioni, indicatori e tempistica

- Prosecuzione della ricognizione e del monitoraggio dei finanziamenti finalizzati alla verifica ed all'eventuale recupero delle risorse non utilizzate dalle Aziende Sanitarie e destinabili ad altri investimenti o a definanziamenti.

Indicatore: finanziamenti ricogniti/finanziamenti totali

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2016

- Individuazione degli atti di semplificazione normativa, in coerenza con il D.Lgs 50/2016, per l'acquisizione di tecnologie di bassa complessità che non ricoprono un ruolo innovativo o strategico nella programmazione regionale.

Indicatore: predisposizione dell'atto regionale di semplificazione

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: Marzo 2017

- Verifica dell'utilizzo da parte delle ASL dei residui dei finanziamenti pregressi

Indicatore: N° Aziende ricognite/Aziende totali

Risultati attesi: (1) 15%; (2) 50%; (3) 100%

Tempistica: (1) Dicembre 2016; (2) Giugno 2017; (3) Dicembre 2017

6.2 Avvio della terza fase dell'art. 20 della L.67/88

La programmazione degli interventi inseriti nella terza fase dell'art. 20 della L.67/88, in coerenza con le disponibilità finanziarie concesse alla Regione Lazio e sulla base del D.M. 70/2015, si riferiscono a scelte di indirizzo che si traducono in azioni concrete sul territorio tenendo conto anche delle modifiche all'articolazione territoriale provenienti dall'accorpamento di alcune Aziende Sanitarie. Rientrano, per analogia procedurale di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 anche gli interventi di completamento dell'attivazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) – sedi definitive

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- Adeguamento, messa a norma e ristrutturazione degli spazi sanitari (per acuti e nel territorio) per la sicurezza e la riqualificazione edile ed impiantistica finalizzati al riordino delle reti ed il rafforzamento dei nodi. E' pertanto inserito all'interno della terza fase l'avvio della parte di interventi che dovrà essere eseguita in ottemperanza alle prescrizioni di cui al primo triennio dell'arco temporale di riferimento, ad eccezione degli interventi di adeguamento/miglioramento sismico, al momento non finanziati.

- Ammodernamento tecnologico tramite acquisizione di attrezzature sanitarie o sostituzione per vetustà ed obsolescenza.

Il programma si articola nelle seguenti azioni:

- Completamento della Messa a norma dei Presidi: **adeguamento alla normativa antincendio** per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno di cui al D.M. 19 marzo 2015 (anche in funzione ai finanziamenti statali assegnati). Si procederà, inoltre, al monitoraggio degli investimenti finalizzati al completamento delle opere di adeguamento alla normativa antincendio.

Indicatore: N° atti di liquidazione SAL evasi/N° atti di liquidazione SAL pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: scadenze di cui al DM 19/3/2015, in relazione alla disponibilità dei finanziamenti.

- Ampliamento, completamento e nuova realizzazione degli impianti di rilevazione fumi in attuazione al DCA. n. U00143 /2016 che ha individuato 23 Presidi sanitari ospedalieri e territoriali oggetto di adeguamento/completamento degli impianti di rilevazione fumi, privilegiando i presidi sede di degenza - Delibera CIPE 8 marzo 2013 n.16 (La quota statale assegnata alla Regione Lazio è pari a € 8.478.304,51 oltre alla quota regionale pari al 5%, per un totale di € 8.924.531,06). In attesa di ratifica da parte dei Ministeri sovraordinati. Si procederà, inoltre, al monitoraggio degli investimenti finalizzati all'adeguamento degli impianti di rilevazione fumi.

Indicatore: N° progetti approvati/ numero di progetti presentati

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2018

- **Nuovo Ospedale dei Castelli** - collaudo Ospedale/attrezzature (DGR n. 1059 del 28/12/07). Monitoraggio degli investimenti finalizzati completamento delle opere edilizie finalizzate al collaudo tecnico amministrativo

Indicatore: N° atti di liquidazione SAL evasi/N° atti di liquidazione SAL pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Luglio 2017

- **Nuovo Ospedale dei Castelli** (realizzazione sistemazioni e viabilità esterne e completamento attrezzature - DCA U00190/2016). Monitoraggio degli investimenti finalizzati completamento delle sistemazioni esterne e completamento delle attrezzature

Indicatore: N° progetti approvati/ numero di progetti presentati

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2018

- **Riqualificazione del Policlinico Umberto I** (ex art. 71 L. 448/98 e art. 20. L. 67/88 terza fase). In coerenza con il cronoprogramma relativo agli interventi di riqualificazione degli edifici del Policlinico Umberto I si prevede un arco temporale per tutti gli interventi pari a nove anni, a partire dalla data di aggiudicazione definitiva degli appalti ricompresi nel Lotto 1. Tale cronoprogramma è stato presentato in Conferenza dei Servizi e in attesa di recepimento degli esiti della stessa. Vista la notevole rilevanza economica e sociale, con Deliberazione N. 183 del 14/04/2016, è stato ratificato il Protocollo di azione - Vigilanza collaborativa tra l'Autorità nazionale Anticorruzione e la Regione Lazio ai fini dell'assoggettamento a vigilanza collaborativa degli appalti relativi ai lavori di ristrutturazione dei padiglioni del Policlinico Umberto I. Si procederà, inoltre, al monitoraggio degli investimenti finalizzati alla riqualificazione del Policlinico Umberto I (Edificio 1, Edificio 22, Edificio 26, Opere Fognarie Opere di adeguamento distribuzione elettrica – Lotto 1)

Indicatore: N° atti di liquidazione SAL evasi/N° atti di liquidazione SAL pervenuti

Risultati attesi: Edificio 1 (tra 35% e 50%), Edificio 22 (tra 20% e 30%), Edificio 26 (tra 20% e 30%), Opere Fognarie (tra 45% e 60%), Opere di adeguamento distribuzione elettrica (tra 25% e 40%)

Tempistica: Dicembre 2018

- **Sviluppo delle grandi tecnologie: PET – TC.** Anche in relazione alla forte mobilità passiva si prevede il rafforzamento dell'offerta nel territorio nord del Lazio e negli Hub di rete ed in particolare la dotazione di ulteriori 2 macchine, una presso il Policlinico Umberto I e l'altra nel territorio nord del Lazio (presso il presidio ospedaliero Belcolle di Viterbo), al fine di garantire a ciascun HUB della rete autonomia in ambito diagnostico. Si procederà, inoltre, al monitoraggio degli investimenti finalizzati al potenziamento delle alte tecnologie.

Indicatore: N° progetti approvati/ numero di progetti presentati

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2018

- **Adeguamento della rete dell'emergenza:** Il primo stralcio 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 in proseguimento del piano di rafforzamento delle reti, procederà al completamento del riassetto delle reti tempo dipendenti, affiancando ad esse anche gli interventi di riordino della rete perinatale (DCA U 00190/2016). Si attiverà, inoltre, il monitoraggio degli investimenti finalizzati all'adeguamento della rete dell'emergenza e delle reti tempodipendenti

Indicatore: N° atti di liquidazione SAL evasi/N° atti per la liquidazione SAL pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2016 (rete dell'emergenza); Dicembre 2018 (altre reti tempo dipendenti di cui al DCA U 00190/2016)

- **Completamento dell'attivazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).** Le sedi definitive delle REMS trovano allocazione nella ASL FR (Ceccano, 40 p.l.), ASL RM5 (Ospedale Angelucci di Subiaco – 40 p.l.) e ASL Rieti (11 p.l.). Si procederà, inoltre, al monitoraggio degli investimenti

finalizzato all'attivazione delle Rems definitive nelle ASL RM 5, ASL FR e ASL Rieti

Indicatore: N° progetti approvati/numero di progetti pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Luglio 2017 (ASL RM5 - ASL RI); Agosto 2017 (ASL FR)

6.3 Manutenzione straordinaria

La Regione Lazio ha istituito un fondo di accantonamento in conto capitale per ottemperare alle esigenze di somma urgenza a copertura dei lavori conclusi e collaudati entro l'anno finanziario dello stanziamento, al fine di procedere alla liquidazione delle somme entro l'esercizio finanziario corrente come previsto dalla normativa.

Dal 2012 sono stati assegnati fondi in conto capitale per la manutenzione straordinaria (lavori e attrezzature), per l'importo medio di circa 36 milioni annui. Nel triennio 2013 - 2015 si è registrato un decremento progressivo di investimenti impropriamente attribuiti sul fondo sanitario di spesa corrente (DGR 385 del 06/08/2012, DGR 136 del 12/06/2013 e DGR 79 del 24/02/2014)

Nel triennio 2016 - 2018 si procederà, con cadenza annuale, all'accantonamento di fondi destinati alla manutenzione straordinaria, considerando anche l'avvio dello stralcio 1° della terza fase dell'art 20 della L. 67/88 (DCA U00190/2016), che permetterà di avere accesso a fondi ad investimenti finanziariamente sostenibili.

Utilizzo Fondi Regionali

Riqualificazione di reparti e servizi sanitari con fondi provenienti dal recupero dell'evasione fiscale. La Regione intende attuare sette interventi di riqualificazione ed adeguamento di Reparti ospedalieri comprensivi del rinnovo delle attrezzature sanitarie più obsolete o in disuso. Interventi di adeguamento funzionale ed implementazione dei reparti e servizi connessi all'emergenza nelle Aziende sanitarie di Viterbo, Rieti, Frosinone e nel Centro Trapianti Cuore dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. Le attività descritte sono state finanziate con i fondi provenienti dal recupero dell'evasione fiscale per la quota destinata agli investimenti, pari a circa 12,5 €/mln (DGR 187 del 19/4/2016).

Azioni, indicatori e tempistica

- Monitoraggio degli investimenti finalizzati alla riqualificazione di reparti e servizi sanitari

Indicatore: N° progetti approvati/numero di progetti pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2018

Fondi regionali per interventi di manutenzione straordinaria per l'importo di € 12.200.000,00

La Regione Lazio ha provveduto con DGR 385 del 28/6/2016 all'assegnazione di finanziamenti per gli interventi per la manutenzione straordinaria degli spazi funzionali, degli impianti e delle attrezzature sanitarie per il mantenimento dei livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie all'interno dei Presidi Ospedalieri e Territoriali del Lazio, per un importo pari ad 12,2 €/mln.

Azioni, indicatori e tempistica

- Monitoraggio degli investimenti finalizzati alla manutenzione straordinaria

Indicatore: N° progetti approvati/numero di progetti pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Dicembre 2017

Attivazione di ulteriori Case della Salute

Dopo l'avvio del progetto delle Case della Salute, e in considerazione del fatto che con le DGR 25 del 16/01/2014 e 289 del 27/05/2014 sono stati assegnati i fondi necessari all'attivazione di una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio, La Regione intende proseguire nel percorso di riorganizzazione dell'offerta territoriale del Lazio ai sensi del DCA U00428/2013.

Con la DGR 68 del 01/03/2016, si assegna l'importo complessivo di € 5.500.000,00 per l'avvio del successivo passaggio del programma, sulla base delle priorità indicate dalle Aziende Sanitarie Locali, per la trasformazione e l'adeguamento di 10 Presidi.

Azioni, indicatori e tempistica

- Prosecuzione del monitoraggio degli investimenti finalizzati all'attivazione delle Case della Salute

Indicatore: N° progetti approvati/numero di progetti pervenuti

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Marzo 2017

6.4 Stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature

Le modalità di raccolta e monitoraggio dei dati relativi al patrimonio tecnologico in capo alle Aziende Sanitarie, Ospedaliere e IRCCS pubblici del Lazio, tengono conto dell'esigenza di: a) individuare un quadro di riferimento sulla base del quale caratterizzare l'insieme delle apparecchiature di alta, media e bassa tecnologia rispetto alle acquisizioni effettuate e finora avviate, in modo coerente con le informazioni già disponibili presso gli uffici regionali; b) definire consistenza e tipologia delle apparecchiature acquisite puntualmente con finanziamenti statali dedicati oppure acquisite con risorse regionali appositamente stanziare, con specifica DGR; c) individuare le situazioni di estrema urgenza, e le modalità di gestione futura delle stesse.

Azioni, indicatori e tempistica

- Aggiornamento e alimentazione dei flussi informativi sulle grandi tecnologie da parte delle Aziende Sanitarie, anche per le strutture di ricovero e cura private non accreditate. In riferimento agli adempimenti LEA, si evidenziano necessarie le seguenti attività: (i) condivisione dello stato di avanzamento con i delegati aziendali; (ii) approfondimento e controllo dei dati da parte del gruppo di lavoro per svolgere verifiche preliminari sui dati pubblicati dalle strutture; (iii) predisposizione dell'autocertificazione regionale, a partire dalla verifica e condivisione formale con i Direttori Generali degli elenchi in cui sono stati dichiarati i dati dai delegati aziendali; (iv) condivisione con il Ministero della Salute delle modalità attraverso cui la Regione Lazio formalizza l'autocertificazione dei dati trasmessi (per le attrezzature previste nel DM

22/4/2014). Si procederà, inoltre, al monitoraggio dell'alimentazione del flusso informativo delle grandi apparecchiature sanitarie.

Indicatore: N° apparecchiature inserite/N° apparecchiature attese

Risultati attesi: 100%

Tempistica: Febbraio 2017

Anagrafe del patrimonio immobiliare sanitario e censimento delle tecnologie sanitarie

La ricognizione del patrimonio immobiliare a qualunque titolo detenuto, avviata nel 2014, si avvale dell'aggiornamento dei dati forniti dalla Aziende Sanitarie.

Sul quadro conoscitivo e sull'estrazione di report specifici si basa la valutazione delle assegnazioni dei finanziamenti di fondi regionali e statali finalizzati alla manutenzione straordinaria e l'adeguamento e messa a norma dei presidi.

L'aggiornamento completo dei dati è effettuato con cadenza biennale.

Per quanto attiene le tecnologie sanitarie, la ricognizione ed il censimento sarà effettuato dall'assuntore del servizio di gestione della manutenzione delle tecnologie sanitarie che la Regione Lazio intende centralizzare.

7 Sistemi Informativi

Il ruolo strategico dei sistemi informativi sanitari e, più in generale, della sanità elettronica, è lo strumento per assicurare ai cittadini trattamenti efficaci ed appropriati in tempi adeguati alle loro condizioni di salute, garantendo in tal modo il perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza e 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.

La Regione Lazio ha avviato già da alcuni anni un progetto di forte integrazione tra i diversi sistemi informativi che ha al centro l'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR) costantemente allineata con il MEF nell'ambito del progetto Tessera Sanitaria.

Nel triennio 2013-2015 tale progetto si è sviluppato attraverso la realizzazione di diversi sottosistemi, di alcuni dei quali è già stato avviato l'esercizio:

- Digitalizzazione e distribuzione via internet dei referti di laboratorio (Lazio Escape, in produzione in tutte le ASL)
- Cartella clinica ambulatoriale (SISMED, in produzione in 12 aziende sanitarie)
- Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale (SIAT, in produzione in 4 ASL)
- Sistema di accoglienza regionale della ricetta dematerializzata (SAR, in produzione in tutte le aziende limitatamente alle prescrizioni farmaceutiche)
- Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO-XL)

Nel triennio 2016-2018, oltre a completare la messa in esercizio dei suddetti sottosistemi per l'interezza delle loro funzionalità, la Regione intende completare il progetto di integrazione attraverso la realizzazione (o l'adeguamento) e l'avvio in esercizio dei sottosistemi relativi a:

- emergenza sanitaria (118 e DEA/PS)
- sistema trasfusionale
- sistema regionale unico di prenotazione (ReCUP)
- screening oncologici
- attività dei Dipartimenti di Prevenzione

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

Nel triennio 2016-2018 s'intende attivare i seguenti progetti ad impatto diretto sui cittadini:

- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- **Distribuzione elettronica referti radiologici** integrata nel portale consegna esami di laboratorio; la normativa Nazionale ed Europea in tema di dematerializzazione e conservazione a norma prevede infatti l'adozione, per i sistemi digitali in uso presso pubbliche amministrazioni, di idonei strumenti di conservazione e di continuità operativa; tali indicazioni, ribadite anche nel recente Codice dell'Amministrazione Digitale, assumono un valore ancora più vincolante in caso di documentazione

digitale di carattere sanitaria. La Regione Lazio ha potuto constatare, da un'analisi svolta presso le principali strutture pubbliche sanitarie, che in tema di esami diagnostici di radiologia, tutte le strutture si siano dotate di sistemi di refertazione informatizzata e di visualizzazione digitale delle immagini [Sistemi RIS/PACS], ma nessuna ASL fornisce la possibilità di consegna informatizzata attraverso strumenti online dei referti e delle relative immagini prodotte dalla Radiologia. Per tali motivi, dopo un attento studio delle possibilità tecniche e delle singole realtà esistenti, si è scelto di realizzare un RIS PACS unico di carattere Regionale che, in attuazione delle normative di dematerializzazione dei documenti, un colleghi tra loro i vari RIS PACS Aziendali della singole ASL in un ambiente di carattere Regionale con relativo sistema di conservazione a norma dei referti prodotti e di disaster recovery, integrato con il portale referti di laboratorio di Regione Lazio in termini di credenziali

- Sistema integrato basato sulla cooperazione applicativa per la riduzione delle liste attese
- Pagamenti Elettronici;
- Ricetta dematerializzata;
- **Sistema Amministrativo contabile unico**; per rendere maggiormente efficace la capacità di programmazione e controllo economico-finanziario della Regione nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche è necessaria l'introduzione di un sistema informativo contabile unico regionale, che standardizzi processi, procedure e modalità operative, rendendo pienamente operativo quanto previsto dal d.lgs 118/2011, e che permetta la rapida definizione di criteri omogenei per la redazione dei documenti contabili annuali e trimestrali, l'uniforme applicazione di criteri per la tenuta della contabilità analitica e la predisposizione per ogni azienda dei regolamenti relativi sia al ciclo attivo che passivo. Gli interventi previsti nell'ambito del progetto "Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni" rispondono pertanto all'esigenza della Regione di disporre di dati contabili attendibili, da realizzarsi mediante l'aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili che prevedano una chiara identificazione di ruoli e responsabilità all'interno delle Aziende e l'implementazione di un efficace sistema dei controlli interni. Tali azioni appaiono propedeutiche al raggiungimento degli standard previsti nei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC), di cui al DM 1° marzo 2013, nonché allo sviluppo di strumenti per l'analisi e il confronto dei dati contabili, anche a livello di singolo centro di costo. Nel percorso di avvicinamento al Sistema Informativo Contabile unico regionale si ritiene indispensabile percorrere una strada che preveda un primo sistema "middleware" di interfacciamento dei sistemi amministrativi contabili delle singole Aziende Sanitarie, che consenta in un range temporale di breve termine una omogeneizzazione dei criteri per i documenti contabili annuali e trimestrali ed una prima attuazione di una contabilità analitica unica Regionale, attraverso l'adozione di appositi indicatori sul sistema. La soluzione a medio/lungo termine non potrà poi che essere l'adozione di un sistema amministrativo contabile unico regionale che colleghi tra loro le contabilità delle singole aziende Sanitarie in una logica Multi-Azienda Regione – AASSLL, AAOO, IRCSS
- **Sistema Informativo Integrato Dipartimenti di Prevenzione Collettiva (SIP):**

- 1) Notifica alla ASL dell'apertura Cantieri (cittadino/professionista)
- 2) Gestione Programmi di Screening (inviti, solleciti, risposte, follow up)
- 3) Piano vaccinazioni obbligatorie
 - Gestione dell'Assistenza protesica (già in esercizio su 3 asl);
 - Telemed (attualmente in sperimentazione nella Asl di Viterbo);
 - Nuovo sistema ReCUP (**CUP 2.0**)

7.1 *Completamento dell'integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari*

Attività, indicatori e tempistica

- Distribuzione referti radiologici via internet integrata ai referti di laboratorio
Indicatore: N. ASL attivate/ N. ASL
Risultati attesi: 100%
Tempistica: giugno 2017
- Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale (SIAT) con l'integrazione degli strumenti della Suite interRAI
Indicatore: N. ASL attivate/ N. ASL
Risultati attesi: 100%
Tempistica: giugno 2017
- Sistema Amministrativo contabile Unico
Indicatore: N. Aziende attivate/ N. Aziende totali
Risultati attesi: (1) Realizzazione Middleware multiorg di integrazione; 80% (2) Realizzazione sistema amministrativo contabile unico 60%
Tempistica: (1) Aprile 2017; (2) Dicembre 2018
- Sistema integrato basato sulla cooperazione applicativa per la riduzione delle liste attese
Indicatore: realizzazione della cooperazione applicativa tra software di mmg e sistema informativo sanitario regionale
Risultati attesi: collaudo del sistema
Tempistica: marzo 2017
- Estensione a tutte le aziende (AO, AU e IRCCS) della digitalizzazione e distribuzione via internet dei referti di laboratorio
Indicatore: N. aziende attivate/ N. aziende
Risultati attesi: 100%
Tempistica: dicembre 2016
- Completamento avvio in produzione del SIAT (tutti i moduli in tutte le ASL della Regione).
Indicatore: N. aziende attivate/ N. aziende
Risultati attesi: 100%
Tempistica: dicembre 2016

- Avvio della dematerializzazione della ricetta specialistica (MMG, PLS e specialisti).
Indicatore: N. erogatori abilitati/ N. erogatori
Risultati attesi: 100%
Tempistica: novembre 2016

- Avvio dell'alimentazione del FSE con il set minimo di informazioni previsto dal D.P.C.M. del 29 settembre 2015, n. 178.
Indicatore: FSE costituibile
Risultati attesi: relazione sullo stato di avanzamento
Tempistica: dicembre 2016

- Avvio in produzione della piattaforma SIO-XL entro il 31/12/2016 e integrazione di tutte le strutture ospedaliere entro il 31/12/2017
Indicatore: N. aziende attivate/ N. aziende
Risultati attesi: 100%
Tempistica: dicembre 2017

Si rimanda ai paragrafi specifici la tempistica per l'aggiornamento/attivazione dei sistemi informativi relativi all'assistenza territoriale e del Sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR.

7.2 Sviluppo di meccanismi di controllo periodico delle attività dei singoli soggetti erogatori

Attività, indicatori e tempistica

- Completamento ed avvio in esercizio del nuovo sistema informatico di supporto all'emergenza sanitaria – Servizio 118.
Indicatore: avvio in esercizio del nuovo sistema informatico
Risultato atteso: SI
Tempistica: dicembre 2016

- Realizzazione ed avvio in esercizio del nuovo sistema informatico di supporto all'emergenza sanitaria – P.S. e D.E.A.
Indicatore: avvio in esercizio del nuovo sistema informatico
Risultato atteso: SI
Tempistica: giugno 2017

- Realizzazione ed avvio in esercizio del nuovo sistema informativo trasfusionale
Indicatore: avvio in esercizio del nuovo sistema informatico
Risultato atteso: SI
Tempistica: settembre 2017

- Realizzazione ed avvio in esercizio della nuova piattaforma tecnologica ReCUP
Indicatore: avvio in esercizio della nuova piattaforma
Risultato atteso: SI
Tempistica: giugno 2018

8 Prevenzione

Gli interventi previsti in questo ambito sono inseriti nella cornice del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale e nei Piani regionali attuativi dei Piani Nazionali sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Programma Operativo 2016-2018 intende portare sia ad un miglioramento organizzativo e produttivo delle attività proprie del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, garantendo una più adeguata efficienza e fruibilità dei servizi e delle prestazioni, sia al consolidamento e sviluppo di interventi “attivi” rivolti all’intera popolazione e/o a gruppi particolarmente fragili.

Riguardo ai programmi di screening oncologici, le attività inserite sono orientate all’attuazione del DCA 191/2015, emanato con l’obiettivo di riorganizzare l’assetto di tali interventi di sanità pubblica e di reingegnerizzare lo screening opportunistico al fine di raggiungere le coperture adeguate secondo gli standard previsti dalla griglia LEA.

Nel corso della vigenza del Programma precedente, sono stati conseguiti importanti obiettivi di miglioramento, pur permanendo situazioni di criticità, che con il nuovo Programma Operativo si intendono risolvere; contemporaneamente si intende consolidare e migliorare i risultati raggiunti ai fini dell’erogazione dei LEA.

8.1 *Realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale*

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, così come modificato e integrato dal DCA n. U00593 del 16.12.2015, è il principale strumento di programmazione e realizzazione di obiettivi e azioni di prevenzione e promozione della salute. Tale piano, attraverso i 9 programmi regionali, articolati in 27 progetti e 29 azioni è declinato a livello aziendale attraverso i piani attuativi aziendali. Il PRP 2014-2018 mira a consolidare interventi di prevenzione come gli screening oncologici, la prevenzione della malattie infettive, degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, ma anche a favorire la promozione di stili di vita salutari in setting specifici come la scuola, gli ambienti di lavoro, la comunità e servizi sanitari. Inoltre, in linea con le indicazioni nazionali, il PRP affronta in maniera sistematica le disuguaglianze di salute, includendo il tema dell’accesso agli interventi di prevenzione da parte delle fasce vulnerabili di popolazione.

Il Piano Regionale integrato dei controlli (PRIC) in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale (DCA 366 del 29/07/2015) mira a consolidare e migliorare i risultati raggiunti ai fini dell’erogazione dei LEA nel settore “Veterinaria e Sicurezza alimentare”. Gli obiettivi strategici previsti dal PRIC riguardano:

- una maggiore integrazione tra gli obiettivi di sicurezza alimentare ed i programmi di prevenzione per ridurre i fattori di rischio delle malattie croniche non infettive;
- l’omogeneità degli standard organizzativi dei Servizi di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria che sta diventando un elemento di garanzia e di confronto tra i Paesi UE;
- la necessità di puntare alla qualità sanitaria delle produzioni primarie, dall’agricoltura all’allevamento degli animali produttori di alimenti, per poter assicurare la qualità e la ricchezza dell’enogastronomia laziale, puntando anche nell’ambito delle filiere corte alla valorizzazione dei prodotti tipici regionali;

- la prevenzione veterinaria, finalizzata alla tutela della salute pubblica, perseguita attraverso la sorveglianza epidemiologica della popolazione animale, con piani di monitoraggio ed eradicazione finalizzati a prevenire e, se necessario, debellare la diffusione delle malattie infettive e infestive, ivi comprese le zoonosi, e a tutelare il benessere animale;
- la sorveglianza integrata delle aree a rischio di contaminazione ambientale.

Attività, indicatori e tempistica

- Attuazione dei Programmi Regionali inseriti nel PRP 2014-2018 di cui al DCA U00593/2015

Indicatore: realizzazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute in coerenza con i cronoprogrammi del PRP 2014-2018

Risultati attesi: (1) almeno il 70% degli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%; (2) almeno l'80% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%.

Tempistica: (1) dicembre 2016, dicembre 2017; (2) dicembre 2018.

- Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli

Indicatore: realizzazione degli interventi previsti nel PRIC di cui al DCA 366/2015.

Risultati attesi: raggiungimento degli indicatori pertinenti contenuti nella griglia LEA e nel questionario di valutazione redatto dal comitato LEA per il focus AJJ "Veterinaria e Sicurezza alimentare".

Tempistica: dicembre 2016, dicembre 2017, dicembre 2018

8.2 Riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL

I programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono interventi di sanità pubblica basati su solide evidenze scientifiche che hanno come obiettivo la riduzione di incidenza e/o mortalità per tali neoplasie. Al fine di riorganizzare l'offerta dei test di prevenzione per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto ed integrare lo screening opportunistico erogato sulla stessa fascia di popolazione oggetto degli screening oncologici, la Regione Lazio ha emanato il DCA U00191 del 14 maggio 2015 attraverso il quale ha definito i bacini di utenza e i requisiti minimi dei centri, allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse di personale e strumentali e permettere la riorganizzazione dei programmi aziendali. Dal confronto dei dati 2015 vs 2014 si osserva, sui tre programmi di screening, un aumento dell'estensione dell'attività di invito e della copertura dei test (tabella).

Tabella: Estensione inviti e copertura test. Confronto anni 2014-2015. Regione Lazio

	Estensione inviti (%)		Copertura test – LEA (%)	
	2014	2015	2014	2015
Mammella	62.2	76.0	26.1	35.0
Cervice uterina	73.2	84.1	19.4	20.7
Colon retto	46.9	72.3	11.4	17.0

Tali aumenti sono ancora insufficienti a garantire l'obiettivo della griglia LEA.

Pertanto gli obiettivi strategici inseriti nel presente intervento sono orientati al recepimento del DCA 191/2015 e finalizzati ad estendere l'invito a tutta la popolazione target. Essi riguardano:

- Il miglioramento della pianificazione delle attività nella conduzione dei programmi e l'adeguamento delle risorse strumentali necessarie a garantire la adeguata copertura territoriale e la sostenibilità nel tempo dei programmi stessi;
- il riorientamento dei test di prevenzione effettuati in ambito opportunistico sulla popolazione target (mammografia, Pap-Test/test HPV-DNA, test FIT e colonscopia);
- l'aumento della fidelizzazione dei soggetti invitati attraverso la collaborazione dei principali *stakeholder*;
- l'estensione su tutta la Regione dell'utilizzo del test HPV- DNA come test primario di screening per il cervico-carcinoma;
- il continuo monitoraggio delle attività espletate dai programmi attraverso la valutazione degli indicatori di processo e di esito, tramite il sistema informativo regionale dei programmi di screening SIPSOWeb.

Azioni, indicatori e tempistica

- Adozione ed utilizzo dello strumento PROCEDE-PRECEED (mPP) messo a punto da Age.n.a.s. per l'implementazione dei programmi di screening ed il superamento delle barriere e dei fattori facilitanti all'accesso da parte delle ASL.

Indicatore 1 : produzione di Piani aziendali di miglioramento

Risultati attesi: un piano per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2 : diffusione di un report di valutazione regionale, per singola ASL

Risultati attesi: un report per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: marzo 2017; marzo 2018

Indicatore 3 : site visit presso le ASL per la verifica di attuazione dei piani

Risultati attesi: un site visit per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: dicembre 2017, dicembre 2018

- Adeguamento delle risorse strumentali (mammografi, colonscopi) rispetto al fabbisogno atteso per raggiungere la popolazione di riferimento

Indicatore 1: produzione di un piano di fabbisogno per programma di screening aziendale (mammella, colon retto)

Risultati attesi: un piano per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: gennaio 2017

Indicatore 2 : N mammografi (colonscopi) dedicati/ N mammografi (colonscopi) previsti, secondo il piano di fabbisogno

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

- Implementazione su tutte le ASL dell'utilizzo del test HPV-DNA come test di screening per il cervicocarcinoma nelle donne in fascia 30-64 anni, secondo le raccomandazioni nazionali

Indicatore 1 : Emanazione ed adozione di un protocollo regionale

Risultati attesi: atto amministrativo di Emanazione ed adozione di protocollo regionale

Tempistica: gennaio 2017

Indicatore 2 : N ASL con test HPV come test di screening primario /tutte le ASL

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2018

- Definizione ed attuazione di procedure operative finalizzate all'integrazione tra i canali di offerta organizzata ed opportunistica dei test di screening sulla stessa popolazione target.

Indicatore 1: circolare regionale contenente le procedure di esclusione (temporanea e/o definitiva) dall'invito attivo dei soggetti target non eleggibili, secondo normativa nazionale.

Risultati attesi: circolare regionale

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: Accordo o atto di intesa con le sigle sindacali dei MMG per la definizione di procedure di riconduzione allo screening della popolazione assistita

Risultati attesi: atto di ratifica Accordo o atto di intesa con le sigle sindacali dei MMG

Tempistica: giugno 2017

Indicatore 3: riduzione delle mammografie erogate in esenzione (D03) sulla popolazione target, al di fuori del programma di screening

Risultati attesi: (1) riduzione del 50% nel 2016 rispetto al 2015; (2) riduzione del 10% nel 2017 vs 2016; (3) riduzione del 10% nel 2018 vs 2017

Tempistica: (1) dicembre 2016, (2) dicembre 2017, (3) dicembre 2018

- Adozione di indirizzi regionali per la definizione di percorsi appropriati per donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella o in follow up per pregresso trattamento per patologia mammaria integrati nei programmi di screening.

Indicatore 1: Documento regionale contenente le linee di indirizzo per l'identificazione ed i protocolli di sorveglianza per donne ad alto rischio o in follow up per pregressa patologia mammaria.

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: adozione e recepimento delle procedure per l'identificazione precoce nei centri di screening delle donne a rischio eredo familiare.

Risultati attesi: 10 piani operativi nelle 10 ASL

Tempistica: dicembre 2017

- Monitoraggio dell'attuazione da parte delle ASL delle indicazioni contenute nel DCA 191/2015, attraverso: (i) verifica trimestrale dell'attività di invito presso le ASL sui tre programmi di screening (confronto osservato/atteso, rispetto gli standard di riferimento); (ii) verifica semestrale dei dati sui test di screening erogati su soggetti target, nei flussi SIAS, per l'osservazione della riconversione della prevenzione e opportunistica; (iii) analisi annuale degli indicatori di processo e di esito per i tre programmi di screening e comunicazione dei risultati alle Direzioni Sanitarie aziendali; (iv) analisi dei cancri intervallo sulla mammella biennio 2012-2013; (v) analisi dei cancri intervallo sul colon retto biennio 2013-2014.

Indicatore 1 : Rapporto di monitoraggio per ASL

Risultati attesi: rapporto di monitoraggio

Tempistica: (i) monitoraggio trimestrale; (ii) monitoraggio semestrale; (iii) monitoraggio annuale; (iv) dicembre 2016; (v) giugno 2017.

Una valutazione straordinaria del processo di riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL al 30 giugno 2017.

8.3 Qualificazione delle attività di prevenzione e controllo

Nella Regione Lazio i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL operano attraverso procedure non sempre omogenee e confrontabili, che rendono problematiche le valutazioni, in termini assoluti e comparativi, delle attività svolte, a

fronte delle risorse impiegate. Si ritiene necessario, pertanto, pervenire ad una omogeneizzazione delle procedure, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili in termini di appropriatezza operativa ed efficienza procedurale.

Inoltre, non tutti i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL si avvalgono di sistemi informativi gestionali quali strumenti per il governo delle attività. Nei Dipartimenti in cui esistono sistemi informativi, questi non includono le attività di tutti i Servizi.

Gli obiettivi strategici inseriti nel presente intervento sono:

- Revisione e uniformità delle procedure per la riscossione e l'utilizzazione degli introiti propri del Dipartimento di Prevenzione.
- Centralizzazione dei servizi telematici a supporto delle attività di competenza del Dipartimento di Prevenzione, attraverso il Sistema Informativo di Prevenzione, unico e centralizzato.

Azioni, indicatori e tempistica

- Revisione del tariffario regionale e predisposizione di un atto regionale per la regolamentazione degli introiti propri del Dipartimento di Prevenzione.

Indicatore: aggiornamento tariffario regionale

Risultati attesi: adozione atto amministrativo di aggiornamento tariffario regionale

Tempistica: dicembre 2017

- Definizione e adozione dei "prodotti finiti" al fine di standardizzare i processi per ciascun ambito di attività (sanità pubblica e veterinaria, sicurezza alimentare e dei luoghi di lavoro).

Indicatore: creazione ed adozione di un catalogo di prodotti finiti

Risultati attesi: atto amministrativo di adozione di un catalogo di prodotti finiti

Tempistica: dicembre 2017

- Adozione del Sistema Informativo Unico della Prevenzione (SIP): (i) sperimentazione su una ASL pilota; (ii) messa a regime su tutte le ASL

Indicatore : adozione SIP

Risultati attesi: atto amministrativo di adozione SIP

Tempistica: (i) marzo 2017; (ii) dicembre 2017

9 Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio-Sanitaria

Al fine di migliorare il processo di integrazione sociosanitaria, nel prossimo triennio si intende perseguire l'assetto definitivo delle regole e dei processi di integrazione socio sanitaria, orientati a garantire universali diritti di accesso all'assistenza, omogenea appropriatezza di risposte, sia in termini di efficacia, che di distribuzione della spesa.

Con riferimento all'assistenza territoriale, si considera strategico il potenziamento e l'innovazione del ruolo della medicina generale quale elemento cardine del riordino dell'organizzazione dei servizi territoriali. Si intende inoltre incrementare e migliorare l'offerta di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nell'ambito della non autosufficienza, delle cure palliative e della disabilità nonché porre in essere azioni di riqualificazione relative alla salute mentale, alle dipendenze e alla sanità penitenziaria. Per quanto riguarda i modelli di intervento, sono privilegiati quelli riferibili alla sanità di iniziativa e alla strutturazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per la presa in carico delle persone con patologia cronica. Si intende, infine, completare la realizzazione di un sistema integrato di servizi e interventi sanitari, sociali e sociosanitari a livello di Distretto sanitario e ambito sociale anche mediante la coniugazione della programmazione afferente al Distretto sanitario con quella propria degli Enti Locali, (così come ridefiniti dalla Legge Regionale di prossima approvazione di riordino delle politiche sociali) mediante la stipula di accordi di programma tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali al fine di favorire l'integrazione fra i programmi delle attività distrettuali e i Piani di Zona. In particolare, si implementerà il funzionamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale nelle diverse articolazioni necessarie; si completerà il sistema di norme e i diritti di accesso alle strutture semiresidenziali e residenziali, si completerà il quadro delle tariffe per ogni tipologia assistenziale, fissandone i livelli di compartecipazione sociale (utente e Comune di residenza) in modo omogeneo per tutti i cittadini utenti della Regione. Inoltre, per rendere più effettivo tutto il percorso, si procederà ad armonizzare gli standard e le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie, oggi divise in due percorsi alternativi e molto differenti.

Parimenti a quanto disegnato per la rete ospedaliera, si intende costruire standard di riferimento e configurazioni organizzative anche per l'area territoriale, ove permangono differenze anche sostanziali nelle scelte organizzative delle singole aziende. Anzitutto è necessario definire il ruolo del distretto nel sistema complessivo di *governance* dell'Azienda, con un approfondimento sui ruoli di "produzione" e di "committenza" dello stesso e con un chiaro posizionamento dello stesso sulla filiera dell'integrazione socio-sanitaria; è altresì maturo il tempo per definire in maniera strutturata il ruolo del MMG ma soprattutto delle varie forme associative ed aggregative della medicina generale sia dentro sia fuori delle Case della Salute. Queste ultime continuano a rappresentare la scelta di fondo tipica della rete territoriale del Lazio e pertanto se ne conferma la centralità ed il ruolo strategico nel medio-lungo periodo, dovendo però accelerare la loro capacità di agire da catalizzatori del cambiamento nel breve periodo. Per i programmi di assistenza a favore delle persone con problemi di dipendenza e a favore dei detenuti, essi sono in seguito riferiti alla sola dimensione sanitaria dell'assistenza, mentre la dimensione di integrazione con le funzioni sociali, legati alle campagne di prevenzione (in particolare per il GAP: Gioco d'Azzardo Patologico) e ai progetti di reinserimento e

inclusione lavorativa e sociale, saranno oggetto di distinti e specifici programmi della direzione.

In sintesi, gli obiettivi programmati sono:

- riorganizzazione delle forme associative previste per i MMG/PLS all'interno del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AFT e UCCP)
- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore delle persone non autosufficienti
- aumento dell'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, con l'obiettivo di completare l'offerta residenziale rispetto al fabbisogno stimato.
- consolidamento dell'offerta assistenziale a favore delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- implementazione delle reti locali di cure palliative
- completamento del processo di attivazione e miglioramento organizzativo delle Case della Salute
- potenziamento della rete e delle attività dei Consultori Familiari

9.1 Governo del rapporto con i MMG/PLS

Riorganizzazione delle forme associative (AFT e UCCP semplici e complesse) all'interno del nuovo Accordo Integrativo Regionale

La Regione Lazio intende accelerare il processo di attuazione della “Legge Balduzzi” mediante la contrattazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta e in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Regionale con i MMG del 3 ottobre 2014 denominato “*Per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina d'iniziativa*”.

In particolare, a partire dalle Unità di Cure Primarie (UCP), si intende completare, nel triennio, il processo di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP), prevedendo per queste ultime specifiche modalità di integrazione con i dipartimenti a valenza aziendale, nel contesto del nuovo assetto della rete delle strutture territoriali di riferimento conseguente all'accorpamento delle Aziende Sanitarie e all'implementazione delle Case della Salute.

Azioni, indicatori e tempistica

- Verifica dell'approvazione della costituzione delle UCP a sede unica, in sostituzione delle precedenti UCP-S, da parte delle ASL e ricognizione dei bacini di utenza serviti.

Indicatore: Approvazione da parte delle ASL delle UCP neocostituite

Risultati attesi: atti amministrativi di approvazione UCP neocostituite

Tempistica: dicembre 2016

- Contrattazione del nuovo AIR, tenendo conto delle forme associative delineate dall'art. 1 della Legge 189/2012, dal Patto della Salute 2014-2016 e dalle modalità eventualmente definite dal nuovo ACN, se sottoscritto.

Indicatori: Sottoscrizione nuovo AIR

Risultati attesi: atto di recepimento nuovo AIR

Tempistica: giugno 2017

- Indicazione delle modalità operative alle ASL per l'implementazione delle AFT e UCCP all'interno delle Aziende Sanitarie ed in collegamento funzionale con i poli sul territorio di riferimento delle altre reti di assistenza, in termini di: obiettivi, percorsi assistibili, strumenti di valutazione della qualità dell'assistenza, piano audit/strumenti di verifica, specifiche scheda sanitaria individuale informatizzata, trasmissione telematica delle ricette, sistemi di comunicazione informatica/teleconsulto/telemedicina, modalità relative all'inserimento della funzione di assistenza infermieristica.

Indicatori: Predisposizione dei provvedimenti di indirizzo regionali alle ASL

Risultati attesi: adozione di provvedimenti di indirizzo regionali alle ASL

Tempistica: entro 3 mesi dalla sottoscrizione dell'AIR

- Avvio del monitoraggio del processo di attivazione delle AFT e UCCP.

Indicatori: Avvio del processo di monitoraggio

Risultati attesi: Avvio del processo di monitoraggio

Tempistica: entro 6 mesi dalla sottoscrizione dall'AIR

9.2 Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale

In ambito domiciliare, si intendono prioritariamente adottare provvedimenti relativi ai criteri di accesso ed eleggibilità, nonché alla definizione dei criteri di accreditamento, per consentire, entro dicembre 2017, l'avvio delle relative procedure selettive, fra i soggetti accreditati, nelle Aziende Sanitarie del Lazio. Ciò anche al fine di aumentare la copertura della popolazione di età ≥ 65 anni presa in carico in ADI, coerentemente con quanto previsto dagli standard LEA.

Con riferimento alla disabilità adulta, oltre a replicare il medesimo processo di armonizzazione per l'assistenza domiciliare (socioeducativa, tutelare e di sollievo) ci si propone altresì di estendere la compartecipazione sanitaria, nel rispetto della normativa vigente, anche alla rete delle case famiglia o comunità alloggio ad autorizzazione comunale (484 posti attivi), integrandole nella programmazione socio sanitaria quale offerta di lungo assistenza.

La Regione, inoltre, effettuerà la tempestiva valutazione, tenuto conto del fabbisogno programmato, delle richieste di riconversione di attuali posti di mantenimento RSA esistenti ed accreditati in nuovi posti residenza per il livello intensivo ed estensivo sulla base della cronologia delle richieste, del fabbisogno regionale articolato in ambito territoriale, della relativa offerta, nonché del programma biennale di sviluppo elaborato dalle aziende sanitarie di cui al DCA 98/2016. L'aumento dell'offerta sarà realizzato considerando anche la necessità di riequilibrare le diverse tipologie assistenziali (mantenimento, estensivo, intensivo) attraverso una maggiore flessibilità organizzativa e gestionale e valutando la possibilità, nel rispetto dei requisiti di accreditamento dell'inserimento nella rete per la non autosufficienza di parte dell'attuale offerta residenziale sociale. Ciò al fine di favorire la maggiore integrazione sociale e sanitaria ed un uso razionale delle risorse.

Azioni, indicatori e tempistica

- Potenziamento ed efficientamento dell'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti, attraverso l'adozione di criteri di eleggibilità coerenti con il sistema di valutazione multidimensionale "InterRai" adottato a livello regionale, l'aumento dell'offerta e l'applicazione delle nuove procedure relative all'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione dei soggetti erogatori, al fine di conseguire

l'obiettivo dell'aumento della copertura della popolazione di età ≥ 65 anni entro l'anno 2017, in linea con gli standard previsti dai LEA.

Indicatori: (1) adozione provvedimento criteri eleggibilità ADI; (2) adozione del provvedimento di definizione dei criteri per l'accreditamento dei soggetti erogatori, e delle linee guida per le procedure selettive dei soggetti accreditati (3) Avvio percorso di accreditamento soggetti erogatori; (4) % di persone ultrasessantacinquenni prese in carico ADI

Risultati attesi (1) adozione provvedimento; adozione provvedimento; (3) Avvio percorso di accreditamento; (4) Standard LEA

Tempistica: (1) entro dicembre 2016; (2) entro aprile 2017; (3) entro settembre 2017; (4) entro dicembre 2017

- Revisione della programmazione regionale relativa all'offerta residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza, sulla cui base le Aziende Sanitarie devono presentare, entro il semestre successivo, specifici programmi di attuazione locale. Monitoraggio del processo di attuazione anche attraverso indicatori derivabili dal Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale.

Indicatori: Presentazione e analisi dei piani locali da parte delle Aziende sanitarie

Risultati attesi: Presentazione e analisi dei piani locali da parte delle Aziende sanitarie

Tempistica: dicembre 2016

- Attivazione di nuovi posti residenziali per la tipologia intensiva, estensiva e di mantenimento. Incremento dei posti semiresidenziali estensivi e di mantenimento.

Indicatori: Numero posti residenziali di nuova attivazione per tipologia assistenziale

Risultati attesi: Posti residenziali - 147 in ambito intensivo, 1087 estensivo, 606 estensivo per disturbi cognitivo comportamentali, 2725 mantenimento, 723 semiresidenziali per disturbi cognitivo comportamentali, 723 semiresidenziali di mantenimento

Tempistica: dicembre 2018

- Implementazione e monitoraggio degli accordi di programma locali tra Aziende Sanitarie e articolazioni delle funzioni sociali associate dei Comuni, per la attivazione dei Punti Unici di Accesso, delle Unità di Valutazione Multidimensionali, dei Progetti Individuali di assistenza e il rapporto amministrativo con gli utenti per la gestione delle compartecipazioni e delle agevolazioni alle rette.

Indicatori: % di distretti che avranno approvato l'accordo di programma;

Risultati attesi: 70%

Tempistica: dicembre 2017

- Adozione di uno specifico provvedimento per la revisione delle modalità di compartecipazione sanitaria alle case famiglia e alle comunità alloggio per utenti disabili adulti ad autorizzazione comunale, al fine di integrarle in un'unica programmazione socio sanitaria, disciplinare l'accesso e i diritti di accesso degli utenti e adeguare le rette delle strutture agli standard regionali.

Indicatori: Adozione provvedimento regionale

Risultati attesi: Adozione provvedimento regionale

Tempistica: dicembre 2016

Sviluppo delle cure palliative, attraverso: l'implementazione delle reti locali di cure palliative, nel rispetto degli adempimenti dell'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012; la revisione del fabbisogno, con particolare riferimento ai pazienti affetti da malattie non oncologiche; avvio del Centro di

riferimento per le cure palliative pediatriche e del relativo hospice; implementazione delle simultaneous care, quale modalità di presa in carico precoce della persona con necessità palliative sin dalla fase attiva delle cure. Organizzazione delle cure palliative domiciliari articolate in due setting assistenziali: le cure palliative domiciliari di livello base caratterizzate da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale. Le cure palliative di livello specialistico caratterizzate da un CIA maggiore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale nonché da pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore. L'attuazione di queste modalità di assistenza, già presente a livello territoriale, sono garantite dai Centri di Assistenza Domiciliare Distrettuali, in collaborazione con i MMG, per quanto riguarda il livello base e dalle équipes multidisciplinari degli Hospice per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa specialistica. I due setting saranno ulteriormente integrati e coordinati nell'ambito delle Reti locali di cure palliative.

Indicatori: (1) provvedimento di indirizzo per rete locale di cure palliative; (2) adozione provvedimento di aggiornamento del fabbisogno; (3) Numero di reti locali di ASL attivate / numero di ASL %

Risultati attesi: (1) SI; (2) SI; (3) 100%

Tempistica: (1) ottobre 2016; (2) novembre 2016; (3) dicembre 2017.

Valutazione di tutto il programma sarà effettuata al 30 giugno 2017

9.3 *Case della Salute*

L'attivazione delle Case della Salute (CdS) presuppone il potenziamento dell'assistenza territoriale intesa come l'insieme delle attività e prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica e conseguentemente favorisce il processo di riordino della rete ospedaliera per acuti.

Ne consegue la necessità di trasferire dall'ambito ospedaliero a quello territoriale un insieme di attività relative soprattutto alla gestione della patologia cronica e delle piccole urgenze che attualmente trovano inappropriata risposta nell'ospedale per acuti. In coerenza con quanto previsto dal DCA n. 599 del 16.12.2015 che recepisce l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni del 07.02.2013 relativo alla riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, nonché a quanto previsto dal Decreto Ministeriale 70/2015, verranno monitorate le attività dei Punti di Primo Intervento in funzione al fine di garantire l'erogazione delle stesse presso altri setting assistenziali maggiormente appropriati.

Le Case della Salute rappresentano, per la regione Lazio, un nodo strategico della rete dei servizi territoriali, luoghi di integrazione non solo dei servizi sanitari ma anche di quelli sociosanitari e sociali, attraverso la funzione di accoglienza, orientamento e prima valutazione svolta dal Punto Unico di Accesso. Le Case della Salute, comunque, non esauriscono tutti i punti di erogazione dei servizi distrettuali: esse ne costituiscono infatti un Hub, punto di integrazione dei servizi e di riferimento dei cittadini anche per le attività a maggiore complessità.

La regione Lazio ha attivato ad oggi dieci Case della Salute, cinque nel 2014 e quattro nel 2015 e una nel 2016, di cui tre nella città di Roma Capitale (Tenuta di Torrenova, Ostia S. Agostino e Prati Trionfale), tre nella provincia di Roma (Rocca

Priora, Ladispoli-Cerveteri e Zagarolo), una nella provincia di Latina (Sezze), due nella provincia di Frosinone (Pontecorvo e Atina) e una nella Provincia di Rieti (Magliano Sabina).

Di queste, cinque (Sezze, Pontecorvo, Atina, Rocca Priora e Magliano Sabina) sono ubicate in ex ospedali per acuti riconvertiti ai sensi del DCA 80/2010, quattro (Tenuta di Torrenova, Ostia S. Agostino, Ladispoli-Cerveteri e Zagarolo) in poliambulatori territoriali e una (Prati-Trionfale) in un corpo adiacente all'ospedale Oftalmico.

A seguito delle prime positive esperienze relative alle CdS attivate nel territorio regionale, e dell'uscita dalla fase sperimentale, si ritiene opportuno procedere all'apertura di nuove CdS e, sulla base dei dati e delle informazioni emerse dal monitoraggio delle dieci CdS sinora attive, a migliorarne il modello organizzativo. In particolare verranno consolidati i PDTA, sviluppata l'integrazione tra servizi sanitari e tra questi ultimi e i servizi sociali.

Azioni, indicatori e tempistica

- Attivazione di una funzione regionale tecnica di monitoraggio delle attività delle CdS.

Indicatori: disponibilità report di monitoraggio

Risultati attesi: report di monitoraggio

Tempistica: dicembre 2016

- Programmazione di ulteriori attivazioni di Case della Salute al fine di realizzare un modello di offerta di cure primarie e specialistiche integrato e multidisciplinare nonché di valorizzare l'assistenza infermieristica territoriale. Obiettivo a tendere per il prossimo triennio è il completamento del processo di attivazione delle Case della Salute (almeno una per distretto sanitario). La configurazione prevista della Casa della Salute comprende le seguenti caratteristiche: Funzioni di base distinte in Area dell'Assistenza primaria (in cui sono presenti Assistenza primaria garantita da MMG e PLS, Attività specialistiche, Ambulatorio infermieristico e Attività di diagnostica strumentale di primo livello) e Area pubblica (in cui sono presenti Area dell'accoglienza, Sportello CUP, Punto Unico di Accesso, Area di sorveglianza temporanea, Area del volontariato e della mutualità); possono essere eventualmente presenti anche dei Moduli funzionali aggiuntivi (quali Area delle cure intermedie a gestione infermieristica, Centri territoriali per le demenze, Centri antiviolenza, Assistenza farmaceutica, Attività Fisica Adattata e Punto di Primo Intervento). E' inoltre presente l'Area gestionale e funzionale, che può comprendere, a seconda delle dimensioni della Casa della Salute, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato. Le costituenti UCCP potranno essere inserite all'interno delle Case della Salute o, se collocate all'esterno, collegate funzionalmente ad esse.

Indicatori: Case della salute Attivate / n. distretti sanitari (numero pari a 46)

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2018

9.4 Progetto regionale per il potenziamento della rete e delle attività dei Consulteri Familiari

La Regione Lazio, con il DCA 152/2014, ha avviato la ridefinizione e il riordino delle funzioni e delle attività dei Consulteri Familiari (CCFF), al fine di garantire una omogeneità di programmazione ed assicurare uniformità ed equità nei servizi resi.

Si intende consolidare tale processo, inserendo alcune azioni innovative all'interno dei seguenti Percorsi socioassistenziali.

Percorso Nascita

Azioni, indicatori e tempistiche

- Definizione di Protocolli di intesa e procedure operative tra Servizi Aziendali erogatori delle prestazioni necessarie, per garantire la esecuzione di: esami ematochimici, controlli ecografici, indagini strumentali e diagnostiche, tramite *prenotazione diretta* dai Consulenti Familiari, nell'ambito di percorsi dedicati.

Indicatore 1: N. donne in gravidanza seguite (almeno 4 accessi) / totale donne in gravidanza (rilevate attraverso le richieste di esenzione ticket).

Risultato atteso: (1) 50%; (2) 70%

Tempistica: (1) giugno 2017; (2) giugno 2018

Indicatore 2: N. donne seguite che hanno effettuato il primo accesso entro la 12^o settimana / totale donne seguite.

Risultato atteso: 90%

Tempistica: giugno 2017; giugno 2018

Indicatore 3: N. donne residenti che partoriscono extra ASL / totale partorienti residenti (da applicare esclusivamente alle ASL al di fuori della di Città Roma).

Risultato atteso: 70%

Tempistica: giugno 2017; giugno 2018

- Progetto per il proseguimento dell'offerta attiva di Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), alle donne e/o alle coppie a partire dalla 25^o/28^o settimana.

Indicatore: N. Operatori formati con il "Corso Allattamento al Seno OMS UNICEF – 8/20 ore" / n. operatori dedicati presenti.

Risultato atteso: 80%

Tempistica: giugno 2017

- Realizzazione di una agenda regionale della gravidanza, consegnata dai Consulenti Familiari alle gestanti.

Indicatore: avvenuta realizzazione dell'agenda regionale della gravidanza

Risultato atteso: realizzazione agenda regionale

Tempistica: giugno 2017

- Definizione di un progetto regionale per garantire, la continuità assistenziale con i Punti Nascita.

Indicatore: avvenuta definizione del progetto

Risultati attesi: atto amministrativo di definizione del progetto

Tempistica: giugno 2017

- Emanazione di linee di indirizzo regionali per garantire la gestione della gravidanza a basso rischio da parte del team delle Ostetriche, dotate di ricettario regionale e timbro prescrittore.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: dicembre 2017

- Definizione del progetto Regionale per favorire la promozione dell'allattamento al seno.

Indicatore: avvenuta definizione del progetto

Risultati attesi: atto amministrativo di definizione del progetto

Tempistica: giugno 2017

- Individuazione delle azioni di sistema utili alla promozione di Servizi per il sostegno alle madri/coppie nel post-partum e istituzione di Spazi "neo-genitori" per tutelare lo stato di benessere psico-fisico e sostenere le competenze genitoriali.

Indicatore 1: N. consulenze post-partum / totale coppie frequentanti i Corsi di Accompagnamento alla Nascita;

Risultato atteso: (1) 80%; (2) 90%

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) dicembre 2018

Indicatore 2: N. donne che allattano al seno ad 1 mese dalla nascita, tra le partecipanti al Corso Accompagnamento alla Nascita / n. donne che hanno partecipato al Corso di Accompagnamento alla Nascita.

Risultato atteso: 80%;

Tempistica: dicembre 2017; dicembre 2018

- Definizione e standardizzazione di procedure per la precoce individuazione del rischio depressivo e psicosociale in puerperio, presa in carico terapeutica e/o invio ad altro Servizio secondo protocolli aziendali.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: dicembre 2017

Percorso Contraccezione e Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

Azioni, indicatori e tempistiche

- Istituzione di un tavolo tecnico regionale per l'elaborazione di linee di indirizzo regionali sulla prescrizione dei contraccettivi, al fine di assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni, con particolare riguardo ai minori e alle fasce deboli della popolazione.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: marzo 2017

- Disposizioni Regionali per assicurare, presso i consultori familiari, la disponibilità e la gratuità del test urinario per la diagnosi di gravidanza alle minori e alle fasce disagiate.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: maggio 2017

- Progetto per l'attivazione di una fase sperimentale, della durata di 18 mesi, per eseguire la IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere.

Indicatore: attivazione sperimentazione

Risultati attesi: report di avanzamento della sperimentazione

Tempistica: maggio 2017

Percorso Screening

Azioni, indicatori e tempistiche

- Inserire i consultori e gli ambulatori aziendali e ospedalieri di ginecologia nei programmi di screening come presidi dello screening cervice-uterina (centri prelievo) e prevedere per gli stessi l'utilizzo della piattaforma informatica regionale per gli screening oncologici (SIPSOweb) per valutare l'eleggibilità della donna ed eseguire, in caso positivo, il test di screening

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: maggio 2017

- Piano regionale di formazione per il personale dei consultori e degli ambulatori di ginecologia per la standardizzazione delle procedure di screening e dei protocolli clinici da utilizzare (richiami, follow up, ecc).

Indicatore: avvenuta predisposizione piano di formazione

Risultati attesi: atto amministrativo di adozione del piano di formazione

Tempistica: giugno 2017

Percorso Adolescenti

Azioni, indicatori e tempistiche

- Definizione di un modello organizzativo per l'informazione e la diffusione tramite Web e gli Istituti scolastici circa attività e servizi per gli adolescenti

Indicatore: N. adolescenti presi in carico / n. totale adolescenti contattati.

Risultati Attesi: 30 % entro giugno 2017 - 60 % entro dicembre 2017 - 100 % entro giugno 2018

Tempistica: marzo 2017

- Attivazione di uno spazio giovani dedicato nel 50% dei Consultori Aziendali

Indicatori: N. Consultori Familiari che hanno attivato uno Spazio Giovani/ n. di Consultori Familiari.

Risultati Attesi: 50%

Tempistica: marzo 2017

Percorso Interventi di contrasto alla Violenza di Genere

I Consultori partecipano alla rete dei servizi di contrasto alla violenza di genere costituita da: Pronto Soccorso generale, ginecologico, pediatrico, Consultorio Familiare, Servizi Sociali, Servizi socio-sanitari aziendali, MMG, PLS, FFOOO, Centri antiviolenza.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Sottoscrizione, da parte dell'Azienda Sanitaria, di un Protocollo di Intesa tra i diversi soggetti istituzionali e di un Protocollo Operativo che coinvolga le diverse

professionalità al fine di attivare le risorse dei singoli servizi per realizzare il progetto di aiuto.

Indicatore: N. protocolli / Aziende Sanitarie

Risultati Attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

- Favorire il ruolo di accoglienza ed ascolto del consultorio, per intercettare il fenomeno e sostenere le utenti nel riconoscimento e nella progressiva consapevolezza del vissuto di violenza, prevedendo l'invio ai Centri Antiviolenza in un lavoro di rete che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali.

Indicatore 1: N. accessi donne in età fertile (15 – 49 anni) residenti nella ASL/Totale donne in età fertile (15 – 49 anni) residenti nella ASL.

Risultato atteso: (1) 90%, (2) 100%

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) dicembre 2018

Indicatore 2: N. donne inviate alle diverse strutture (centri antiviolenza, case rifugio, case semiautonomia, etc.).

Risultato atteso: 100%

Tempistica: dicembre 2017; dicembre 2018

- Formazione specifica agli operatori per fornire adeguati strumenti per il riconoscimento dei segnali della violenza di genere, al fine di prevenire il fenomeno, favorire l'emersione del sommerso (azioni di sensibilizzazione, informazione ed educazione nelle scuole) e uniformare gli interventi socio-assistenziali, contestualizzandoli nelle diverse realtà territoriali.

Indicatore: N. operatori formati con Corsi di I – II – III livello / n. operatori impegnati nella operatività di rete

Risultati Attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

- Predisposizione di una *Scheda ad hoc* finalizzata alla raccolta dei dati e al monitoraggio dell'andamento del percorso

Indicatore: avvenuta predisposizione scheda ricognitiva

Risultati Attesi: scheda ricognitiva

Tempistica: dicembre 2017

9.5 *Salute Mentale*

Riorganizzazione dell'offerta dei servizi di salute mentale

I servizi relativi alla salute mentale sono attualmente modulati sull'offerta storica, tuttavia, anche sulla base di quanto indicato dal "Piano di Azioni nazionale per la Salute Mentale" (recepito dalla Regione con DCA n. 287/14) e dal documento di indirizzo approvato con Accordo Stato-Regioni del 17 novembre 2013 denominato "Le strutture residenziali psichiatriche" (recepito dalla Regione con il DCA n. 310/2014), emerge la necessità di:

- a) definire e regolamentare degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo).
- b) avviare una ridefinizione dei criteri di offerta dei servizi che prenda in considerazione le criticità rilevate e i bisogni emergenti di salute in uno scenario sociale e sanitario mutato. Tale ridefinizione ha la finalità di superare la criticità relativa alla difformità nei criteri di invio ed utilizzo della rete delle emergenze e dei ricoveri in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).
- c) attuare l'integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) territoriali e i Policlinici/Aziende Universitari/e dotati di reparti di SPDC, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e massimizzare i risultati clinici.

Sono in fase di perfezionamento le procedure di reclutamento del personale che sarà impiegato nel SPDC di prossima apertura presso il Policlinico Tor Vergata (dicembre 2016) e l'Ospedale di Monterotondo (Dicembre 2016), mentre è prevista già per novembre 2016 l'apertura del SDPC dell'Ospedale di Colferro.

Con il DCA n.188/15, che definisce gli standard organizzativi e gestionali dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in ambito psichiatrico, si riafferma l'esigenza di una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e si ridefinisce i rapporti con gli erogatori accreditati.

La Regione ha già inteso riconsiderare, omogeneizzare ed ottimizzare i processi ed i percorsi assistenziali individuati e le procedure più efficaci per il loro svolgimento.

Per attuare tale processo di ridefinizione è necessaria la progettazione e lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo per la Salute Mentale, che superando i limiti e le criticità dell'attuale SIPC, permetterà il rilevamento sistematico dei dati di attività prestate dai servizi e dalle strutture interessate, creando così le condizioni per una più accurata stima del fabbisogno e valutazione delle prestazioni. Esso inoltre potrà interfacciare la Suite InterRai integrata in SIAT, per la valutazione e il monitoraggio dei piani assistenziali.

Il nuovo sistema prevede la produzione di una interfaccia per la raccolta e la trasmissione dei dati SISM ad NSIS, in analogia di quanto già implementato per il sistema SIAT nel Nuovo Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare.

Si ritiene opportuna, al fine del completamento di tutto il processo, la definizione, ove necessario, delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati (Strutture

Residenziali psichiatriche – SRSR f.o.; Strutture Semi residenziali; Centri diurni; Strutture residenziali e semi residenziali per minori; Strutture previste dal DCA 80/2016).

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

1. Completamento del processo di riorganizzazione della rete per la salute mentale.
2. Definizione e regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo).

Nell'ambito della salute mentale e dei progetti di cura e inclusione, l'integrazione sociosanitaria è aspetto decisivo ed imprescindibile. La Regione Lazio attuerà la definizione degli standard dei progetti di autonomia, e le loro modalità di finanziamento, nel rigoroso rispetto dei LEA e delle norme e procedure previste per l'accreditamento, definendone puntualmente i requisiti, e le modalità di ripartizione della spesa tra il Fondo sanitario regionale e la compartecipazione sociale (utenti/comune).

3. Superamento della criticità relativa alla difformità tra i diversi servizi nei criteri di invio ed utilizzo della rete delle emergenze e dei ricoveri in SPDC.
4. Attuazione dell'integrazione tra i DSM territoriali e i Policlinici/Aziende Universitari/e dotati di reparti di SPDC.
5. Definizione delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati (Strutture Residenziali psichiatriche – SRSR f.o.; Strutture Semi residenziali; Centri diurni; Strutture residenziali e semi residenziali per minori; Strutture previste dal DCA 80/2016).

Azioni Indicatori e tempistica

- Definizione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche.
Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: dicembre 2016
- Definizione e regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo).
Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: giugno 2017
- Riorganizzazione del modello di offerta assistenziale integrata per gli utenti dei DSM e dei reparti SPDC.
Indicatore: Predisposizione dell'atto di riorganizzazione
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: dicembre 2017
- Stima del fabbisogno di strutture (ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali), articolate per tipologie e per territori, anche in ambito detentivo e definizione delle

tariffe delle singole articolazioni di servizio, con le relative quote di compartecipazione.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale di stima del fabbisogno

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: settembre 2017

- Completamento e implementazione del sistema informativo sulla salute mentale (anche per i disturbi alimentari) adulti e minori /giovani adulti (anche del circuito penale) e integrazione nel SIAT.

Indicatore: Percentuale di completamento

Risultato atteso: 70%

Tempistica: giugno 2018

- Definizione delle tariffe per tutti i servizi residenziali e semiresidenziali non ancora normati

Indicatore: adozione dell'atto

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

Implementazione della Rete regionale integrata dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Con il DCA 80/2016 è stata ridisegnata e potenziata la rete dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare che operano nella Regione Lazio in tutti i livelli assistenziali (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero – DH e posti letto).

Le linee Guida Internazionali (APA, 2005; NICE, 2004; RANZCP, 2014), le indicazioni del Ministero della Salute (QMdS, 2013) e la Consensus Conference dell'ISS (Rapporti ISTISAN, 13/6, 2013) sottolineano tutte come l'intervento ambulatoriale multidisciplinare integrato costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei DCA garantendo il 70% di risposta di cura.

Gli obiettivi programmati sono:

1. Potenziamento dell'offerta attuale fino a:
 - 8 *Servizi ambulatoriali territoriali per i DCA*;
 - 40 posti presso *Centri Diurni*;
 - 20 posti letto presso 1 struttura residenziale accreditata;
 - 12 posti di DH, a livello ospedaliero;
 - 5 posti letto psichiatrici, a livello ospedaliero.

2. Definizione delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati.

Azioni Indicatori e tempistica

- Monitoraggio dello stato di attuazione della rete per i DCA attraverso l'attivazione di:

- ulteriori servizi ambulatoriali territoriali per i DCA tenendo presente il parametro di un ambulatorio ogni 500.000 abitanti;

- ulteriori posti presso Centri Diurni;
- ulteriori posti letto in strutture residenziali, di cui almeno una nella Città di Roma, almeno una nell'area nord del territorio regionale (ASL Viterbo e ASL Rieti) e una struttura nell'area sud del territorio regionale (ASL Frosinone e ASL Latina);
- 6 posti letto di Riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue".

Indicatore 1: Individuazione delle strutture previste

Risultato atteso: 100%

Tempistica: settembre 2018

Indicatore 2: Avvio del reclutamento del personale

Risultato atteso: report sullo stato di avanzamento del processo di reclutamento

Tempistica: settembre 2018

Indicatore 3: Procedura di accreditamento di nuovi posti

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: settembre 2018

- Definizione delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati

Indicatore: Predisposizione dell'atto di definizione delle tariffe

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

9.6 Dipendenze

Nella Regione Lazio, storicamente, molti dei servizi previsti dall'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999 e pertanto rientranti nei vigenti LEA - come i centri diurni, notturni, i centri di prima accoglienza, le unità di strada e i centri di consulenza specialistica - sono stati realizzati attraverso progetti specifici, in attesa del perfezionamento del processo di accreditamento.

Con il DCA n. 13/2015 è stata riorganizzata l'intera rete dei servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbo da uso di sostanze illegali e legali e/o con comportamenti di *addiction*, mentre con il successivo DCA n. 214/2015 sono stati stabiliti i requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie per tutte le tipologie di servizi per le dipendenze contemplati nel DCA 13/2015. La Regione intende monitorare e guidare tale riorganizzazione, affinché essa venga pienamente attuata in coerenza con gli indirizzi regionali.

In conclusione, l'obiettivo riguarda l'implementazione del processo di riorganizzazione dell'intera rete dei servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbo da uso di sostanze illegali e legali.

Per il completamento di tutto il processo è necessario, ove mancanti, definire le tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati.

Azioni Indicatori e tempistica

- Stima del fabbisogno assistenziale

Indicatore: Predisposizione dell'atto di stima del fabbisogno

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Elaborazione di un programma per screening infettivologici (epatite B, epatite C, HIV, ed in alcuni casi sifilide), in linea con le indicazioni nazionali vigenti e con le future linee guida che saranno emanate dall'ISS.

Indicatore: data di adozione del programma

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

■

- Definizione del sistema integrato dell'accesso e dei percorsi per il passaggio tra i diversi livelli assistenziali delle strutture che si occupano di patologie da dipendenza

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

9.7 Sanità Penitenziaria

Riorganizzazione dell'offerta sanitaria ai detenuti

La Regione intende riorganizzare l'offerta sanitaria ai detenuti con le finalità di superare le attuali criticità, in particolare in relazione a:

- l'implementazione delle cartelle cliniche informatizzate;
- l'utilizzo della telemedicina;
- l'implementazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario ai sensi della Conferenza Unificata n. 3/2015.

Al fine di assicurare omogeneità di azione e un uso ottimale delle risorse, la Regione Lazio intende istituire uno o più Dipartimenti Interaziendali per la Sanità Penitenziaria individuando la Asl Capofila.

Per il completamento di tutto il processo è necessario definire le tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

1. miglioramento dell'assistenza sanitaria ai detenuti;
2. implementazione della cartella clinica informatizzata;
3. definizione di un piano regionale di telemedicina.

Azioni Indicatori e tempistica

- Definizione dei PDTA relativi all'assistenza sanitaria ai detenuti in collaborazione con il coordinamento tecnico interaziendale per la medicina penitenziaria.
Indicatore: adozione dell'atto
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: marzo 2017

- Implementazione della cartella clinica informatizzata per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario su territorio regionale.
Indicatore: % istituti penitenziari che la abbiano adottata
Risultato atteso: 50%
Tempistica: dicembre 2017

- Definizione di un piano regionale di telemedicina in applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 544 della Legge di Stabilità 2016.
Indicatore: Provvedimento regionale
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: dicembre 2017

- Ridefinizione del fabbisogno di posti nelle sezioni sanitarie specializzate.
Indicatore: Provvedimento regionale
Risultato atteso: adozione atto amministrativo
Tempistica: giugno 2017

REMS

La Regione Lazio, per adempiere alla normativa nazionale (DPCM 4/2008; L.9/2012; L.81/2014) vigente in materia di superamento degli OPG (Ospedali Psichiatri Giudiziari), ha approvato documenti e programmi sui seguenti temi:

- individuazione delle sedi degli Istituti Penitenziari della Regione Lazio ove realizzare le "Articolazioni Sanitarie" per artt. 112, 111 del DPR 230/2000 e art.148 C.P, assegnando il personale previsto (ex DGR 277/2012);
- fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG (REMS), comprensivo del fabbisogno di personale delle suddette strutture e del progetto formativo ECM per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato (ex DCA 96/2013) che è stato portato a termine nell'arco del 2014;
- utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio (con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze) per la realizzazione delle Rems (quattro moduli per maschi e un modulo per femmine) (ex DCA 300/2013);
- completamento del processo di superamento degli OPG comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato per potenziamento DSM (medici psichiatri, infermieri e tecnici delle riabilitazione psichiatrica) e per la gestione delle REMS (medici psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici delle riabilitazione psichiatrica, operatori socio sanitari, assistenti sociali e amministrativi) (ex DCA 233/2014).

La Regione Lazio ha inoltre firmato l'Accordo (come da DM 1/10/2012) con le Prefetture che hanno competenza territoriale rispetto all'ubicazione delle Rems del Lazio, riguardante le procedure operative di sicurezza e vigilanza finalizzate alla gestione delle stesse Residenze.

Con queste azioni, è stato possibile aprire la prima Rems femminile in Italia il 1/4/2015 e a seguire altre tre Rems maschili.

La Regione Lazio intende individuare nuovi posti negli Istituti penitenziari per adeguare il fabbisogno per i soggetti di cui all'art.111, all'art.112 e all'art.148 c.p, riguardanti misure di sicurezza per soggetti detenuti con disturbi psichici gravi che prima della chiusura degli OPG venivano curati in tali strutture e con la nuova normativa non possono essere curati in REMS ma solo nelle sezioni sanitarie all'interno di un carcere.

Azioni Indicatori e tempistica

- Definizione, in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e con l'Amministrazione Penitenziaria, di un protocollo operativo per l'utilizzazione del ricorso alle REMS, finalizzato a evitare il rischio di saturazione della capacità ricettiva programmata e realizzata.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017

- Definizione dei requisiti per l'accreditamento delle REMS.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

Sanità penitenziaria minori e giovani adulti

Con l'approvazione del DCA n. U00383/2015 avente ad oggetto "Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale", è stata definita tutta la filiera del percorso assistenziale dei minori e giovani adulti del circuito penale con disturbo psicopatologico e/o psichiatrico e/o dipendenze patologiche e ha individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei giovani coinvolti nel circuito penale.

L'obiettivo programmato è l'implementazione dei percorsi assistenziali di presa in carico e cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale.

Azioni Indicatori e tempistica

- Programmazione dell'accoglienza residenziale "filtro" di minori/giovani adulti appartenenti al circuito penale e con un probabile disturbo psicopatologico, per il necessario periodo di approfondimento diagnostico valutativo.

Indicatore 1: individuazione della tipologia di struttura più idonea e definizione degli standard e dei requisiti specifici: predisposizione del provvedimento regionale si/no

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

Indicatore 2: Realizzazione delle prime accoglienze

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2018

- Definizione di un percorso assistenziale di assistenza sanitaria e psicologica alle detenute minorenni/giovani adulte gestanti o con bambini piccoli al fine di garantire i diritti della madre e del bambino (e le relazioni con il padre).

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

10 Governo delle liste di attesa

La capacità del Sistema Sanitario regionale di offrire a tutti i cittadini l'assistenza specialistica ambulatoriale nei modi e nei tempi opportuni, equi e commisurati ai loro bisogni e compatibilmente all'offerta e alle risorse disponibili, dipende dalle strategie regionali per il governo dell'accesso alle prestazioni e delle liste di attesa.

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 a seguito del quale tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato i propri piani attuativi. Il lavoro svolto dalla *Task Force* (istituita con DGR n. 482/2014 e ss.mm.) ha consentito di tracciare le linee programmatiche per il governo delle liste di attesa per l'anno 2016 (prot. 127538/2016) che rappresentano la base per l'aggiornamento del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa.

Con il DCA n. 211/2016 sono state approvate le Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni "critiche" che forniscono a tutti i prescrittori un valido punto di riferimento per la prioritizzazione, frutto della collaborazione con le Società Scientifiche e le Associazioni dei Medici. Il Decreto affida alla Direzione, tramite la struttura regionale e in collaborazione con la rete dei responsabili aziendali, il compito di promuovere e diffondere l'uso delle Linee Guida monitorandone l'applicazione nella pratica clinica.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- l'adozione di sistemi di prioritizzazione, intesi come:
 - l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri clinici condivisi;
 - la strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere alle richieste dei prescrittori;
 - il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema.
- la gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, includendo in prospettiva tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI;
- la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, che si completa con la responsabilità, per la struttura che ha in carico il paziente cronico, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo";
- ribadire 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;
- rafforzare il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali nei confronti dei soggetti erogatori privati accreditati al fine di contrattare la tipologia e il volume di prestazioni da acquistare per i propri residenti, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento assegnati, e da conferire al sistema di prenotazione regionale;
- raggiungere, per le prescrizioni di primo accesso prioritizzate, gli standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%), con riferimento agli ambiti territoriali di garanzia.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Istituzione della Rete dei Responsabili Aziendali per l'accesso alle prestazioni e il governo delle liste di attesa e avvio dell'affiancamento da parte della struttura regionale per le attività di riconfigurazione delle agende di prenotazione

Indicatore: (1) nomina dei responsabili-referenti aziendali / n. aziende; (2) n. incontri di affiancamento / n. aziende

Risultato atteso: (1) 100%; (2) 100%

Tempistica: ottobre 2016

- Presentazione e diffusione delle Linee Guida regionali sui criteri per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, secondo quanto previsto dal DCA n.211/2016

Indicatore: n. di giornate informative sulle Linee Guida regionali

Risultato atteso: ≥ 15 giornate

Tempistica: novembre 2016

- Ridefinizione della composizione e dei compiti della struttura regionale denominata Task Force Liste di Attesa (DGR 445/2015) a seguito della riorganizzazione della Direzione Regionale

Indicatore: Adozione provvedimento regionale composizione e compiti Task Force

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Definizione dei criteri per l'individuazione degli ambiti di garanzia per le prestazioni "critiche" in considerazione della distribuzione territoriale dell'offerta e in rapporto alle classi di priorità

Indicatore: Adozione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Adozione di un nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa tramite Decreto del Commissario ad acta che rappresenti l'aggiornamento e lo sviluppo dei temi affrontati nel PRGLA 2013-2015

Indicatore: Adozione provvedimento per l'aggiornamento del PRGLA 2013-2015

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Monitoraggio e verifica del grado di completamento della ristrutturazione per classe di priorità delle agende di prestazioni di primo accesso, già avviata nel corso del 2016 da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche, in adempimento alle disposizioni regionali

Indicatore: N. Ore agende visibili a Recup riconfigurate per classe di priorità / N. Ore agende visibili a Recup *100 (calcolato a Dicembre sulla prima settimana di Marzo 2017)

Risultato atteso: > 60%

Tempistica: dicembre 2016

- Predisposizione di un tempario delle prestazioni specialistiche di riferimento regionale

Indicatore: (1) Adozione tempario di riferimento regionale per le prestazioni “critiche” (2) Adozione del tempario da parte delle aziende

Risultato atteso: (1) SI; (2) SI

Tempistica: aprile 2017

- Introduzione, negli schemi di accordo contrattuale con gli erogatori privati, di indicazioni della quota minima di agende, riferite alle prestazioni ‘critiche’ accreditate, da mettere a disposizione del sistema regionale di prenotazione (ReCUP), in modalità esclusiva o condivisa

Indicatore: Adozione provvedimento regionale che recepisce lo schema di accordo

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

- Realizzazione delle integrazioni del ReCUP con i maggiori produttori di prestazioni “critiche” per rendere visibili al sistema regionale di prenotazione le proprie agende

Indicatore: N di integrazioni del Recup con produttori privati

Risultato atteso: ≥ 4 integrazioni

Tempistica: giugno 2017

- Monitoraggio della diffusione dell’uso della ricetta dematerializzata in tutta la regione

Indicatore: Disponibilità di un report di monitoraggio per tipo di prescrittore e azienda

Risultato atteso: Attivazione monitoraggio

Tempistica: giugno 2017

- Monitoraggio del grado di realizzazione della nuova piattaforma tecnologica ReCUP, che esporrà web service di integrazione con i sistemi di prenotazione di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e che prevede procedure per automatizzare il “recall” dei pazienti allo scopo di liberare tempestivamente gli spazi e consentirne la riprenotazione e definire livelli di overbooking per far fronte al fenomeno del no show

Indicatore: Aggiudicazione gara, cronoprogramma e collaudo

Risultato atteso: Aggiudicazione gara, cronoprogramma e collaudo

Tempistica: ottobre 2017

Una valutazione straordinaria del processo di governo delle liste di attesa al 30 giugno 2017

10.1 Qualificazione dei PDTA a livello territoriale

La Regione, con il DCA 474 del 7 ottobre 2015, ha approvato le linee guida per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e il relativo percorso attuativo dei PDTA Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco, TAO. L'introduzione dei PDTA, oltre ai fini della corretta gestione del paziente, è funzionale al governo delle liste d'attesa, consentendo una migliore programmazione dei controlli in essi previsti. Per individuare correttamente la popolazione di pazienti eleggibili nei percorsi sono stati definiti specifici criteri di eleggibilità. Tali criteri sono utili per ottenere una omogeneità di comportamenti da parte dei MMG, rispetto a chi arruolare, e ai fini valutativi.

In fase di avvio la popolazione di pazienti eleggibili nei PDTA dovrà comprendere almeno quella afferente ai Distretti su cui insistono le Case della Salute attive. I pazienti cronici individuati sono quelli con il Diabete tipo 2 e BPCO. Per tali patologie si stima una prevalenza nella regione Lazio pari al 10 % circa della popolazione con età \geq a 35 anni per quanto riguarda il diabete, al 4% circa per la popolazione di età \geq 45 anni relativamente alla BPCO. I MMG coinvolti sono quelli presenti nel distretto della Casa della Salute e quelli operanti nel territorio in forma associata (Unità di Cure Primarie, Unità Complessa di Cure Primarie), tenuto conto della programmazione aziendale; requisito necessario per la loro partecipazione è che i sistemi informatici dei MMG siano integrati con quelli regionali.

Per quanto attiene al PDTA Diabete, al fine di un'effettiva gestione integrata del paziente diabetico, il centro diabetologico deve essere collegato in rete con il resto del sistema (le Agende del centro diabetologico devono essere disponibili in prenotabilità nel percorso).

In conclusione, l'obiettivo programmato è l'estensione dei PDTA per le principali malattie cronico degenerative su tutto il territorio regionale.

Azioni, indicatori e tempistica

- Avvio graduale dei PDTA per pazienti neo diagnosticati e prevalenti. Nel corso del biennio 2016-2017, compatibilmente con la programmazione aziendale, i PDTA saranno implementati su tutto il territorio regionale

Indicatori: (1) Numero di PDTA attivati; (2) % di ASL con PDTA attivati;

Risultati attesi: (1) \geq 2; (2) 100%;

Tempistica: (1) da ottobre 2016; (2) marzo 2018

- Applicazione di quanto previsto dal DCA 474/2015 relativo alla presa in carico dei pazienti cronici a livello territoriale e dal DCA 581/2015 che adotta il Piano regionale per la malattia diabetica, finalizzati rispettivamente alla gestione integrata del PDTA tra Medico di medicina generale e Medico specialista e alla definizione, mediante specifico provvedimento, della rete assistenziale delle persone con diabete in età adulta e della rete assistenziale per l'età pediatrica.

Indicatori: avvenuta definizione rete diabetologica

Risultati attesi: adozione atto amministrativo di definizione rete diabetologica

Tempistica: dicembre 2016.

Una valutazione straordinaria del processo di qualificazione dei PDTA a livello territoriale al 30 giugno 2017.

11 Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali

Nel capitolo sono descritti gli interventi di qualificazione sul sistema dell'emergenza territoriale, sulle reti assistenziali ospedaliere sia "tempo-dipendenti" che legate all'elezione, sull'offerta di post-acuzie medica e riabilitativa, sulle reti della medicina di laboratorio di base e specialistiche, sulla rete dei servizi trasfusionali e sui centri per le malattie rare. Il filo che li accomuna, indipendentemente dalle loro peculiari specificità, è l'intenzione di migliorare ulteriormente l'offerta sulla base di principi di appropriatezza clinica ed organizzativa, di utilizzo di soglie di volumi di attività e di esito.

Gli obiettivi programmati nel triennio sono:

- aderire agli standard contenuti nel DM 70/2015;
- rafforzare, attraverso lo sviluppo e consolidamento di protocolli operativi, le relazioni interne a ciascuna rete affinché ogni punto di offerta svolga la sua funzione in maniera integrata con le strutture di riferimento.

11.1 Rete emergenza

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 412 del 26 novembre 2014 e quello di integrazione n. 214 del 15 giugno 2016 hanno approvato la riorganizzazione della rete ospedaliera, riconfigurandone il nuovo assetto, a partire dalla rete dell'emergenza-urgenza. Il Coordinamento della Rete dell'Emergenza è affidato alla Direzione Regionale Salute e Politiche sociali, coadiuvato dal Gruppo tecnico di lavoro regionale (Det. Dirigenziale 31 luglio 2013) nonché dalle Direzioni sanitarie dei DEA di II livello.

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.

L'ARES 118 nella Regione Lazio attualmente articola la propria offerta in:

- 4 Centrali Operative (CO): Roma Città Metropolitana, Frosinone, Latina e Rieti-Viterbo;
- 158 postazioni territoriali di soccorso ubicate su tutto il territorio regionale;
- 222 mezzi di soccorso, di cui 106 di soccorso avanzato (automediche, MSA ed MSAB) e 116 di soccorso di base (va specificato che come previsto dalla normativa regionale anche questa tipologia di mezzi prevede la presenza di personale infermieristico a bordo);
- un servizio di elisoccorso, organizzato su tre basi HEM, dislocate a Roma - Fonte di Papa (h24), Latina (h24) e Viterbo (h12);
- 31 elisuperfici dedicate.

Le Centrali d'ascolto per la continuità assistenziale sono 19. L'ARES 118 gestisce attualmente la Centrale d'ascolto di Roma, che copre la città di Roma e parte della provincia (con esclusione di Civitavecchia, Bracciano, Genzano e Nettuno gestite con proprie centrali autonome), alla quale fanno capo 37 postazioni periferiche gestite dalle ASL urbane (RM1, RM2 e RM3), ed extraurbane (RM4, RM5 e RM6); le altre Centrali d'Ascolto sono attualmente gestite dalle relative ASL provinciali con

proprie centrali autonome (2 a Latina, 3 a Frosinone, 1 a Rieti, mentre a Viterbo non vi è centrale autonoma e le 13 postazioni territoriali assolvono anche alla funzione di filtro oltre che di visita).

Le emergenze neonatali sono gestite dal servizio dedicato “Servizio Trasporto Emergenza Neonatale-STEN” il cui coordinamento è presso l’Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I e che si avvale di tre mezzi di trasporto (due presso il Policlinico Umberto I ed uno presso l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), nonché dell’uso dell’elisoccorso per il trasporto neonatale assistito dal personale dello STEN in presenza di specifiche condizioni (DCA n. 8 del 25/01/2016).

La rete ospedaliera dell’emergenza prevista dal DCA 412/2014 e s.m.i. è articolata in:

- 6 DEA di II livello (Policlinico Umberto I, AO San Giovanni, AO San Camillo-Forlanini, Policlinico A Gemelli, Santa Maria Goretti) di cui uno presso l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Hub nella rete di emergenza pediatrica);
- 21 DEA di I livello;
- 19 PS di cui 3 in Presidi ospedalieri di zone disagiate (Subiaco, Acquapendente e Amatrice);
- 3 PS monospecialistici (CTO, Oftalmico, ICOT).

L’emergenza pediatrica prevede la presenza, per le specialità elencate, dei seguenti ospedali di riferimento:

- cardiocirurgia presso l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG);
- neurochirurgia presso OPBG e Policlinico Gemelli;
- chirurgia neonatale-pediatrica presso l’AO San Camillo e OPBG;
- terapia intensiva presso OPBG, Policlinico Gemelli e Policlinico Umberto I.

L’andamento degli accessi in PS/DEA per triage e volume ha subito un decremento dal 2007 (2.094.574 accessi) al 2015 (1.919.665 accessi- dato non consolidato). Si osserva un aumento degli accessi con codice triage rosso (dall’1% al 2,7%), e giallo (dal 14,5% al 25,7%) con decremento degli accessi codice triage verde (dal 72% al 66,3%) e bianco (dal 12,2% al 4,7%). Nel 2015, in circa il 19% degli accessi in PS la modalità di arrivo è stata con ambulanza, il numero di missioni di elisoccorso è stato di 2.138, di cui 1.916 diurne e 222 notturne, con un incremento di circa il 14%.

Azioni, indicatori e tempistica

- Centralizzazione dei trasporti secondari ad ARES 118. Si prevede il completamento delle attività di centralizzazione ad ARES dei trasporti secondari su tutto il territorio regionale. L’intervento comporterà una evidente riduzione della spesa in quanto attualmente è parcellizzata in molteplici affidamenti con un utilizzo non efficiente dei mezzi impegnati in tale attività.

Indicatore: N. trasporti secondari effettuati dall’ARES/tot. trasporti secondari

Risultati attesi: (1) almeno il 50%; (2) 100%

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) dicembre 2018

- Accorpamento in un’unica centrale delle attuali CC.OO. 118 di Latina e Frosinone

Indicatore: realizzazione centrale unica di Latina – Frosinone

Risultati attesi: adozione di atto amministrativo

Tempistica: giugno 2018

- Consolidamento del servizio di elisoccorso con l'estensione in h 24 della base HEMS di Viterbo. Il servizio dovrà operare in coerenza con il DM n. 70/2015 che prevede un volume di interventi diurno per mezzo compreso tra i 400 ed i 600 all'anno mentre il volume di interventi notturni dovrà essere ricompreso fra i 350 ed 550. Per il raggiungimento dei volumi di attività previsti dal citato decreto si potrà avvalere anche della stipula di eventuali accordi con le regioni confinanti, che ARES 118 potrà proporre ai competenti uffici regionali.

Indicatore: estensione in h 24 base HEMS di Viterbo

Risultati attesi: adozione atto organizzativo

Tempistiche: dicembre 2017

- Potenziamento del servizio di elisoccorso, con l'identificazione di ulteriori punti di atterraggio in h 24 in ottemperanza al Regolamento Europeo n. 965 dello 05/10/2012 recepito con legge regionale n. 11 del 24/11/2014.

Indicatore: n. nuovi punti di atterraggio attivati/numero nuovi punti di atterraggio previsti

Risultati attesi: 90%

Tempistica: dicembre 2017

- Ulteriore qualificazione della rete perinatale mediante l'attivazione del servizio di trasporto materno assistito (STAM), con il supporto del personale sanitario specializzato delle strutture Hub e Spoke della rete perinatale.

Indicatore: attivazione del servizio

Risultati attesi: adozione atto organizzativo

Tempistica: aprile 2018

- Affidamento ad ARES 118 dei trasporti di organi ed equipe connessi alle attività trapiantologiche in linea con quanto previsto dal DCA n. U00433 del 16/09/2015

Indicatore: N. trasporti connessi all'attività trapiantologica effettuati dall'ARES 118 /tot. richieste di trasporto connesse all'attività trapiantologia da parte del Centro Regionale Trapianti

Risultati attesi: 95%

Tempistica: 28 febbraio 2017

- Riordino della normativa regionale in tema di trasporto infermi e soccorso sanitario, in attuazione del DCA n. U00518/2015

Indicatore: predisposizione proposta nuovo testo normativo di modifica Legge regione

Risultati attesi: presentazione proposta nuovo testo normativo

Tempistica: marzo 2017

- Completamento della riorganizzazione della continuità assistenziale, con riduzioni del numero delle centrali di ascolto attive entro gli standard previsti dall'Accordo Stato-Regione del 7 febbraio 2013 pari a 5 su base provinciale, ed integrazione funzionale con le attività di ARES 118

Indicatore: N. Centrali di Ascolto attive sul territorio regionale pari a 1 per provincia

Risultati attesi: (1) Roma e provincia; (2) Rieti e Viterbo; (3) Latina e Frosinone

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) giugno 2017; (3) dicembre 2017

- Avvio di Sistema Gestione Posti Letto nei reparti di area critica. La piattaforma informatica di tipo web, gestita da ARES 118, permetterà di rilevare per ciascuna struttura ospedaliera inserita nella rete dell'emergenza e singola unità operativa e disciplina il numero dei posti letto accreditati attivi, liberi ed occupati.

Indicatore: n. strutture ospedaliere della rete dell'emergenza inserite nel sistema/n. totale strutture ospedaliere della rete emergenza.

Risultati attesi: 100%

Tempistica: febbraio 2017

- Estensione all'intero territorio regionale del sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico da parte dei mezzi di soccorso di ARES 118, in modo da garantire una centralizzazione primaria dei pazienti con infarto STEMI presso le strutture della rete cardiologica regionale dotate di emodinamica per l'effettuazione di angioplastica primaria. Attualmente il sistema è attivo nella provincia di Latina ed in quella di Viterbo

Indicatore: n. pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in ospedale con emodinamica/ n. pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in ospedale

Risultati attesi: 100%

Tempistica: giugno 2017

- Aggiornamento ed implementazione dei Protocolli Regionali di Triage Ospedaliero secondo la classificazione a 5 codici numeri di priorità.

Indicatore 1: Sviluppo di numero 60 schede-sintomi con cinque codici elaborate

Risultati attesi: adozione linee guida

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: Implementazione del sistema a 5 codici in tutti i PS del Lazio

Risultati attesi: 80% dei PS

Tempistica: giugno 2018

- Contrasto del sovraffollamento nei PS/DEA. Adozione di un Piano per il sovraffollamento da parte dei 16 Ospedali con maggiori criticità evidenziate dal sistema regionale di monitoraggio mensile (valore soglia $\geq 75\%$ dei mesi con valori non accettabili nei 4 indicatori nel I semestre 2016).

Box. I 4 indicatori sul PS oggetto di monitoraggio mensile

	Indicatore	Valore			Riferimento
		Desiderabile	Accettabile	Non adeguato	
1	Accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12h (escluso O&B) fonte Sies	≥95%	80%-95%	< 80%	tabella 3
2	Rapporto tra pazienti in destinazione e pazienti presenti in PS/DEA alle ore 14" fonte Gispae	< 10%	10% - 20%	> 20%	tabella 4
3	Accessi con esito ric./trasf. e tempi di permanenza >24h (escluso O&B) fonte Sies	< 10%	10% - 20%	> 20%	tabella 3
4	Accessi con tringe so. ric. e sito ric./trasf. e tempo di permanenza >24h (escluso O&B) fonte Sies	< 10%	10% - 20%	> 20%	tabella 3

"in allegato II 133 delle ri. evaluate giornaliere del mese

Indicatore: Numero di Piani aziendali adottati da parte dei 16 Ospedali con maggiori criticità evidenziate dal sistema di monitoraggio mensile /totale dei 16 ospedali

Risultati attesi: 100%

Tempistica: febbraio 2017

- Realizzazione di Percorsi clinico-organizzativi separati per intensità di cura all'interno dei DEA ai sensi del DCA n. 599/2015 (Recepimento Accordo Conferenza Stato - Regioni recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale")

Indicatore: Numero di Percorsi adottati/totale dei 27 DEA

Risultati attesi: almeno 24 DEA con un percorso realizzato

Tempistica: febbraio 2017

- Completamento della Rete emergenza ospedaliera.

Indicatore: (1) adeguamento al II livello del DEA del S.M. Goretti; (2) adeguamento al II livello del DEA del Policlinico Tor Vergata; (3) attivazione del PS presso il Campus Biomedico.

Risultati attesi e tempistica: (1) febbraio 2017 con apertura UTN; (2) luglio 2017 con apertura ostetricia (il rispetto delle tempistiche è legato alla risoluzione del problema IME); (3) dicembre 2018.

11.2 Rete ospedaliera

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 412/2014 e s.m.i. ha approvato la riorganizzazione della rete ospedaliera, programmando una dotazione di 17.144 posti letto in acuzie (15.121 ordinari e 2.023 DH) e 4.034 posti letto in post-acuzie (3.168 post-acuzie riabilitativa e 866 post-acuzie medica). Il rapporto dei posti letto (n= 21.178) sulla popolazione al 1 gennaio 2015 (5.892.425) è pari 3,59 per 1.000 (0,68 post-acuzie), valore inferiore alla soglia massima di 3,7 prevista dal DM 70/2015.

Come illustrato nei grafici riportati in premessa, nella regione il tasso di ospedalizzazione è in costante decremento da un valore di 191,3 per 1.000 nel 2009 al 149,2 nel 2014, in pieno rispetto della soglia massima del 160 x 1.000. Si rileva tuttavia un tasso di ospedalizzazione per acuti in DH superiore ai parametri previsti (47,5 vs 40 per 1.000).

Riguardo alle reti assistenziali, il DCA n. 412/2014 ha previsto il seguente assetto.

- Rete ictus: 34 strutture di cui 4 UTN II, 7 UTN I e 23 TNVPSe;
- Rete cardiologica: 23 centri di cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica, di cui 2 senza PS. A questi si associano 11 strutture con sola cardiologia/UTIC di cui 2 senza PS;
- Rete cardiocirurgica: 7 centri di cui 2 strutture senza PS.
- Rete trauma: 3 CTS, 6 CTZ di cui 3 nelle province di Viterbo, Latina e Frosinone, e 22 PST;
- Rete perinatale: 33 strutture di cui 10 di II livello.

Alcuni degli interventi programmati nel triennio 2016-2018 sono a completamento di quanto configurato nel succitato DCA, altri nuovi risultano necessari per il potenziamento della rete stessa. In base alla nuova aggregazione delle ASL di Roma, prevista all'art. 6 della LR n. 17 del 31 dicembre 2015, nel corso del 2017 sarà necessario procedere ad una parziale revisione dell'assetto attuale in coerenza con i nuovi accorpamenti aziendali anche al fine di raggiungere un migliore bilanciamento dell'offerta di posti letto per area territoriale. Si prevede, inoltre, di istituire entro il I semestre 2017 un tavolo a cui parteciperanno tutti i soggetti istituzionali, al fine di valutare la fattibilità del nuovo ospedale del "Golfo" nella zona del sud Pontino nell'ambito di una riorganizzazione dell'offerta ospedaliera in quel territorio.

Azioni, indicatori e tempistica

- Completamento delle azioni previste nel DCA 412/2014 in merito alla rete ictus

Indicatore 1: attivazione delle UTN a F. Spaziani-Frosinone, SM Goretti-Latina, h24 per il San Giovanni Addolorata, Belcolle-Viterbo.

Risultati attesi: adozione atto di organizzazione

Tempistica: febbraio 2017 per il SM Goretti, giugno 2017 per gli altri tre ospedali

Indicatore 2: certificazione da parte delle quattro UTN di II livello degli *Spoke* con solo Team Neurovascolare in grado di effettuare la trombolisi.

Risultati attesi: almeno 16 *Spoke* certificati sui 23 presenti

Tempistica: dicembre 2017

Indicatore 3: almeno 2 UTN II h24 per interventi di trombectomia.

Risultati attesi: adozione atto di organizzazione

Tempistica: gennaio 2017

- Completamento delle azioni previste nel DCA 412/2014 in merito alla rete perinatale.

Indicatore 1: un servizio h24 per la parto-analgesia negli ospedali provinciali di Rieti, Viterbo, Frosinone e Latina e nelle UO perinatali di II livello della città di Roma.

Risultati attesi: almeno 12 Ospedali con servizio attivo h24

Tempistica: dicembre 2017

Indicatore 2: adozione di un piano ospedaliero sulla promozione dell'allattamento al seno nei 23 reparti pubblici ostetrici.

Risultati attesi: (1) almeno il 70% dei reparti con Piano approvato; (2) almeno il 70% degli operatori formati.

Tempistica: (1) giugno 2017; (2) dicembre 2017

Indicatore 3: realizzazione di una UO perinatale di I livello presso le Aziende Ospedaliere-Universitarie Sant'Andrea e PTV

Risultati attesi: adozione atto di organizzazione

Tempistica: luglio 2017

- Rete cardiocirurgica: diffusione di un documento per la gestione dello scompenso cardiaco acuto

Indicatore: approvazione del documento con Determina regionale

Risultati attesi: Determina regionale

Tempistica: novembre 2016

- Rete trauma grave: incremento della centralizzazione primaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in codice rosso nei tre CTS

Indicatore: numero codici rossi con trauma grave arrivati in CTS/totale codici rossi con trauma grave.

Risultati attesi: almeno il 75% in CTS

Tempistica: luglio 2017

- Adeguamento agli standard DM 70/2015: chiusura/riconversione delle Case di Cura poli-specialistiche con un numero di posti letto per acuti inferiore a 60.

Indicatore: CdC chiuse/riconvertite con meno di 60 posti letto per acuti poli-specialistici

Risultati attesi: 100%

Tempistica: giugno 2017

- Adeguamento agli standard DM 70/2015: riduzione delle UUOO nelle specialità non ancora coerenti con il fabbisogno definito nella tabella del paragrafo 3.1.

Indicatore: numero di specialità che rispondono allo standard di fabbisogno del DM 70

Risultati attesi: (1) almeno il 75% delle specialità entro standard; (2) il 100% entro standard

Tempistica: (1) marzo 2017; (2) dicembre 2018

- Adeguamento agli standard DM 70/2015: diffusione di raccomandazioni per il trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale (Chirurgia ambulatoriale APA) al fine del rispetto del valore massimo di ospedalizzazione diurna del 40 x 1.000.

Indicatore: tasso di ricoveri in regime diurno per 1.000 abitanti

Risultato atteso: tasso del 45,0 x. 1.000 nel 2016; tasso del 42,5 nel 2017; tasso del 40,0 nel 2018

Tempistica: 2016; 2017; 2018

- Riorganizzazione della Rete ospedaliera di post-acuzie riabilitativa e medica ai sensi del DCA n. 159 del 13 maggio 2016 "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale".

Indicatore: predisposizione documento relativo al fabbisogno di PL post acuzie riabilitativa (cod. 56, 60, 75, 28)

Risultati attesi: adozione di un DCA

Tempistica: novembre 2016

- Apertura del Nuovo Ospedale dei Castelli-NOC (ASL RM 6) con contestuale rimodulazione dell'offerta ospedaliera del territorio della ASL RM 6

Indicatore: (1) apertura del NOC; (2) numero reparti disattivati negli altri presidi ospedalieri della ASL RM 6

Risultati attesi: (1) SI; (2) numero dei letti disattivati/totale letti da disattivare

Tempistica: marzo 2018

- Qualificazione delle Reti oncologiche: implementazione del percorso senologico in tutte le Aziende territoriali; predisposizione di PDTA per pazienti ad alto rischio per Ca mammella; produzione di indicazioni per la prevenzione delle donne fuori fascia screening per Ca mammella;

Indicatore: (1) numero di Aziende territoriali che dispongono di un percorso senologico approvato dalla Direzione regionale; (2) diffusione di un PDTA sull'alto rischio; (3) diffusione delle indicazioni per le donne fuori fascia screening.

Risultati attesi: (1) 10 Aziende territoriali; (2-3) adozione di un documento con Determina;

Tempistica: giugno 2017.

- Qualificazione delle Reti oncologiche: diffusione di un documento sulla Rete assistenziale per la gestione del tumore del colon retto e sul percorso di screening.

Indicatore: recepimento e approvazione dei due documenti

Risultati attesi: diffusione dei due documenti

Tempistica: novembre 2016

- Qualificazione delle Reti oncologiche: predisposizione di documenti specifici su altre patologie tumorali

Indicatore: recepimento e approvazione dei documenti

Risultati attesi: recepimento e approvazione e diffusione dei documenti

Tempistica: giugno 2017 prostata; dicembre 2017 ovaio; dicembre 2018 altre patologie tumorali.

- Qualificazione delle Reti oncologiche: Registro Tumori Lazio (RTL), ai sensi della LR 12 giugno 2015.

Indicatori: (1) istituzione del Comitato tecnico scientifico del RTL; (2) messa a punto degli algoritmi per patologia al fine di selezionare potenziali casi incidenti; (3) creazione di una piattaforma informatica per la condivisione tra UF delle liste di casi e del loro aggiornamento; (4) avvio di una rete informatica centralizzata per le Anatomie Patologiche per i dati successivi.

Risultati attesi: adozione atti amministrativi

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2-3) marzo 2017; (4) giugno 2017

- Interventi sulla mobilità passiva nelle ASL di Rieti, Viterbo, Latina e Frosinone.

Indicatore: numero di accordi sottoscritti con le regioni di confine

Risultati attesi: accordi sottoscritti con tutte e 6 le Regioni di confine

Tempistica: giugno 2017

11.3 Medicina di laboratorio di base e reti specialistiche

Rete dei laboratori pubblici

Nel corso del 2014, la Regione ha approvato il DCA n. 219/2014 con il quale sono stati riorganizzati i servizi della medicina di laboratorio nel settore pubblico secondo un modello di Rete che prevede la concentrazione delle attività complesse in laboratori di riferimento (Laboratorio Elevata Complessità-Specialistico LEC-S) a cui spetta anche la funzione di coordinamento delle risorse di personale e tecnologiche delle strutture periferiche (Laboratorio Base e di Urgenza) ad essi collegati, nonché la definizione dei fabbisogni a livello di rete in un'ottica di centralizzazione delle gare per sistemi macchina-reagenti. In tutti gli ospedali che erogano cure per acuti è garantita una attività diagnostica di base o solo di urgenza. Attualmente i laboratori LEC-S della Regione sono 8, di cui 5 collocati nel territorio di Roma Capitale (Ospedali: S. Pertini, S. Eugenio, S. Camillo-Forlanini, S. Giovanni Addolorata, S. Filippo Neri) e 3 collocati nelle provincie (Ospedali: Belcolle di Viterbo, S. Maria Goretti di Latina, F. Spaziani di Frosinone). I Laboratori periferici con funzione di base o di urgenza sono 29. A seguito della approvazione della Legge Regionale 31 dicembre 2015, n. 17, art. 6, nel corso del triennio sarà necessario procedere ad una parziale revisione dell'assetto attuale coerentemente con i nuovi accorpamenti aziendali previsti dalla legge.

Azioni, indicatori e tempistica

- Revisione della rete prevista dal DCA 219/2014 alla luce del futuro nuovo assetto delle ASL dell'area metropolitana di Roma (2 ASL nella città e 2 ASL nella provincia).

Indicatore: elaborazione di un nuovo piano di riordino

Risultato atteso: elaborazione di un nuovo piano di riordino

Tempistica: giugno 2017

- Predisposizione, di concerto con la Centrale Acquisti, di una Gara su base regionale per l'adozione del sistema dei trasporti dei campioni biologici.

Indicatore: indizione della gara regionale per i trasporti

Risultato atteso: indizione gara

Tempistica: marzo 2017

Rete dei laboratori privati

Nel corso del 2015 è stato approvato il DCA 270/2015 finalizzato alla revisione e riorganizzazione della medicina di laboratorio di base nel settore privato. A seguito del parziale annullamento dell'atto, disposto dal Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio in esito ai ricorsi proposti da alcune Associazioni di categoria, è necessario adottare un nuovo atto, nei sensi e nei limiti indicati dalle stesse sentenze.

Le strutture private che hanno erogato prestazioni della branca laboratorio analisi per conto e a carico del SSR nell'anno 2015 sono 288, escluse le strutture di ricovero (fonte SIES). Le prestazioni erogate sommano complessivamente a 19.038.810: 11 strutture (4%) hanno erogato più di 200.000 esami, 50 (17%) hanno erogato tra i 100.000 e i 200.000 esami, 59 (20%) hanno erogato tra i 60.000 e i 100.000 esami e le restanti 168 strutture (58%) hanno erogato un numero di esami inferiore a 60.000.

Azioni, indicatori e tempistica

- Emanazione di un provvedimento che preveda: (1) l'introduzione della soglia minima di efficienza di un laboratorio di analisi accreditato in 200.000 esami annui (calcolati in base sia alle prestazioni a carico del SSN che a quelle erogate con onere a carico dell'utente, purché prodotte in sede); (2) la creazione di reti di laboratori all'interno delle quali indicare la funzione dei singoli componenti (laboratorio con funzione analitica - che effettua almeno 200.000 esami - o punto prelievo - che effettua solo la fase pre e post analitica); (3) attribuzione del budget unico alla rete o al laboratorio e sottoscrizione del contratto da parte del rappresentante del laboratorio o dell'aggregazione (unico interlocutore della Regione).

Indicatore: approvazione del Decreto.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017

Reti specialistiche

Con il Decreto n. 549 del 4 novembre 2015, la Regione ha istituito la rete specialistica disciplinare dei laboratori di Genetica Medica. I laboratori di rete sono stati classificati in centri di I e II livello in base al volume ed al tipo di attività. Le attività più complesse sono svolte presso i 5 centri di II livello (San Camillo Forlanini, Policlinico Umberto I, Sant'Andrea, PTV, Policlinico Gemelli), mentre l'esecuzione delle indagini di minore complessità è affidata a 3 centri di I livello (Sant'Anna/A.O. San Giovanni Addolorata, San Pietro FBF, Ospedale Belcolle di Viterbo). A questi si aggiungono il Centro Trasfusionale del Policlinico Umberto I per la tipizzazione HLA di potenziali donatori e pazienti candidati a trapianto d'organo e il Centro Regionale Trapianti per tipizzazione HLA di donatori volontari di midollo.

Azioni, indicatori e tempistica

- Avvio dell'operatività di quanto contenuto nel DCA 549/2015 attraverso il consolidamento di tutti gli esami di genetica presso i laboratori della rete e formalizzazione di protocolli operativi tra le strutture che effettuano prelievi e consulenza in ambito genetico

Indicatore: numero di esami di genetica eseguiti nei Laboratori della Rete

Risultato atteso: 100%

Tempistica: giugno 2017

- Riorganizzazione dei Laboratori di Anatomia Patologica.

Indicatore: approvazione del Decreto

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

11.4 Rete Terapia del Dolore

L'organizzazione della rete assistenziale per la terapia del dolore regionale è stata approvata con il DCA n. 568 del 27 novembre 2015. Il numero dei centri di terapia del dolore è stato determinato in base agli standard definiti dal DM 2 aprile 2015, n. 70 che prevede un centro *Hub* ogni 2,5 milioni di abitanti e un centro *Spoke* ogni 250/300.000 abitanti. Nella Regione Lazio i due centri *Hub* sono il Policlinico Umberto I e il Policlinico Tor Vergata. Al Policlinico Umberto I afferiscono 11 centri *Spoke* di cui 5 collocati nel Comune di Roma Capitale e gli altri 7 nelle ASL RM 4, Viterbo, Rieti e Latina. Al Policlinico Tor Vergata afferiscono 10 centri *Spoke* di cui 4 collocati nel Comune di Roma Capitale e gli altri 6 nelle ASL RM 5, RM 6 e Frosinone. Il decreto definisce anche l'articolazione della rete in base alle competenze ed al ruolo assegnato. I requisiti minimi, le modalità organizzative e di personale nonché le prestazioni assistenziali sono state individuate secondo le richiamate Linee Guida Nazionali ed i requisiti di autorizzazione e accreditamento previsti dalle norme regionali.

Azioni, indicatori e tempistica

- Completamento della piena operatività dei due *Hub* della Rete (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) e dei centri *Spoke*.

Indicatore: (1) numero di prestazioni “tipiche” di terapia del dolore di elevata complessità effettuate nei centri Hub; (2) numero di prestazioni “tipiche” di terapia del dolore effettuate nei centri Hub&Spoke.

Risultato atteso: (1) > 75%; (2) > 90%.

Tempistica: giugno 2017

- Sviluppo e approvazione di APA per singole condizioni cliniche finalizzati alla promozione dell’appropriatezza delle prestazioni

Indicatore: numero APA prodotti

Risultato atteso: almeno 2

Tempistica: giugno 2017

11.5 Servizi Trasfusionali

La Regione Lazio si caratterizza per un carenza della donazione che comporta la necessità di ricorrere al supporto programmato, e talvolta anche in urgenza, da parte di altre Regioni a più elevata capacità di produzione aggiuntiva rispetto al proprio fabbisogno interno. Nonostante i dati preliminari relativi all’anno 2015 evidenzino un incremento del numero delle unità di globuli rossi prodotte (circa 186.650 unità), permane, tuttavia, un disavanzo rispetto alle unità consumate (pari a circa 205.000). Tale carenza è riconducibile, tra le altre cause, ad una indice di produzione intorno a 31 unità per mille residenti, di gran lunga inferiore alla media nazionale (42,2 unità per mille residenti) ed un basso indice di donazione nonostante l’elevato numero dei punti di raccolta. L’acquisizione interregionale di tali unità a scopo compensativo ha fatto totalizzare alla Regione un debito in mobilità sanitaria interregionale superiore ad euro 6.000.000 per l’anno 2014. Inoltre, mentre per l’anno 2014, in linea con quanto si verificava nelle altre Regioni, il Lazio ha registrato una riduzione media del numero di unità di globuli rossi trasfusi pari a circa il 2,1% rispetto al 2012, i dati relativi all’anno 2015, ancorché assolutamente preliminari, non sembrerebbero confermare questo trend in discesa.

Anche l’autosufficienza in medicinali plasmaderivati prodotti da plasma regionale rappresenta un obiettivo non realizzato, rendendo essenziale la riorganizzazione e il miglioramento della efficienza della attività di raccolta del plasma e parallelamente una attività di promozione di interventi mirati al recupero della appropriatezza nell’utilizzo clinico dei medicinali plasmaderivati, con particolare riferimento all’albumina. Tale obiettivo di autosufficienza di sangue e prodotti non può, peraltro, prescindere, nonostante le esigenze quantitative, dal completamento del percorso di qualificazione del sistema regionale. Tale percorso di qualificazione ha comportato l’accreditamento di 18 Servizi Trasfusionali (con una riduzione quindi del numero dei SIMT da 21 a 18) e di 11 Unità di raccolta Associate.

Gli obiettivi di programmazione triennale sono i seguenti:

- ridurre la non autosufficienza di sangue ed emoderivati
- promuovere l’appropriatezza clinica dell’utilizzo di emoderivati
- completare la Rete dei centri di produzione

Azioni, indicatori e tempistica

- Completamento della piena operatività della Rete delle 5 Aree di produzione (AP) previste dal DCA 207/2014 alla luce dei dati di attività e del nuovo assetto del SSR previsto dall'articolo 6 della LR 31 Dicembre 2015, n. 17.

Indicatore 1: Piena operatività delle Aree di produzione del S.M. Goretti di Latina e "Belcolle" di Viterbo

Risultati attesi: report di monitoraggio

Tempistica: dicembre 2016.

Indicatore 2: Piena operatività delle afferenze dei SIMT all'Area di produzione del Policlinico Tor Vergata, San Camillo-Forlanini, San Filippo Neri

Risultati attesi: report di monitoraggio

Tempistica: aprile 2017 per PTV, agosto 2017 per San Camillo-Forlanini, dicembre 2017 per San Filippo Neri.

- Adesione all'Accordo interregionale per plasmaderivazione e produzione farmaci plasmaderivati con identificazione regione capofila. La Regione Lazio ha aderito (nota prot. n.314264 del 14.06.2016) all'Accordo interregionale per l'espletamento di una gara aggregata con capofila la regione Toscana.

Indicatore: sottoscrizione dell'Accordo

Risultati attesi: atto amministrativo di recepimento accordo

Tempistica: dicembre 2016

- Acquisizione di un sistema informatizzato gestionale regionale per la Rete trasfusionale con requisiti rispondenti a quanto indicato nell'Allegato XII del D.M. Salute 2 novembre 2015.

Indicatore: predisposizione e pubblicazione di un capitolato di gara

Risultati attesi: pubblicazione di un capitolato di gara

Tempistica: dicembre 2016

- Sviluppo di campagne sulla donazione di sangue, consolidamento dei rapporti fra CRS e SIMT ed Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue.

Indicatore: Numero di sacche raccolte

Risultato atteso: (1) incremento rispetto al 2015 del 5% dell'attività di raccolta; (2) incremento rispetto al 2016 del 5% dell'attività di raccolta; (3) incremento rispetto al 2017 del 5% dell'attività di raccolta.

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) dicembre 2017; (3) dicembre 2018

- Conseguimento di un livello significativo o avanzato di autosufficienza regionale di medicinali plasma derivati, mediante incremento del conferimento del plasma al frazionamento industriale rispetto al 2015, ed utilizzo appropriato degli stessi secondo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale Plasma.

Indicatore: numero di unità di plasmaderivati raccolte.

Risultato atteso: (1) incremento nel 2016 rispetto al 2015 dell'8% dell'attività di raccolta; (2) incremento nel 2017 rispetto al 2016 del 7% dell'attività di raccolta; (3) incremento nel 2018 rispetto al 2017 del 7% dell'attività di raccolta.

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) dicembre 2017; (3) dicembre 2018.

- Implementazione delle metodiche di buon uso del sangue con la realizzazione di specifici programmi di Patient Blood Management finalizzati alla preparazione del paziente da sottoporre a interventi chirurgici programmati secondo quanto indicato nel del D.M. Salute 2 novembre 2015 e nel Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti anno 2016.

Indicatore: approvazione da parte del CRS di specifici percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici delle Aziende Sanitarie pubbliche con Servizi Trasfusionali

Risultato atteso: 17 percorsi approvati sul totale delle 17 Aziende sanitarie pubbliche

Tempistica: giugno 2017.

- Coordinamento del DCA 155/2015 con i requisiti di autorizzazione e accreditamento di cui all'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato Regioni del 16.12.2010

Indicatore: adozione provvedimento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017.

- Conclusione delle visite di verifica dei Punti di raccolta temporanei.

Indicatore: adozione provvedimento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017.

11.6 Rete Malattie Rare

La Regione Lazio con il DCA 387/2015 ha recepito il "Piano Nazionale per le Malattie Rare" (PNMR) approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 16 ottobre 2014 (Rep. Atti 140/CSR) e definito un primo aggiornamento della rete dei centri di riferimento. Nel provvedimento, inoltre, secondo quanto disposto dall'Accordo Stato Regioni del 10 maggio 2007 (Rep. n.103/CSR), viene istituito presso la Direzione Salute e Politiche Sociali il Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare con il compito di coordinare i centri della rete, favorire lo scambio di informazioni e di documentazione fra i professionisti del SSN ed informare i cittadini e le associazioni dei pazienti sul tema delle malattie rare con particolare riferimento ai PDTA. Per ogni singola malattia rara o gruppo, il provvedimento riconosce uno o più Istituti che

avranno la responsabilità di individuare al loro interno l'insieme di professionalità e servizi in grado di assicurare una appropriata presa in carico e il necessario collegamento con i servizi territoriali. Con la Determinazione n. G14554 del 24/11/2015 (BURL n. 95 del 26/11/2015) è stato ufficialmente pubblicato l'elenco aggiornato dei Centri Malattie Rare: la nuova rete di ambulatori e responsabili clinici è attiva dal 1° dicembre 2015.

Attualmente la Rete è costituita da 13 Istituti con 72 ambulatori riconosciuti come Centro di riferimento regionale. Al 31 dicembre 2014 risultavano presi in carico dai centri del Lazio 28.069 soggetti.

Azioni, indicatori e tempistica

- Aggiornamento del DCA 387/2015 alla luce del prossimo inserimento nei LEA di un nuovo elenco di 109 malattie rare.

Indicatore: emanazione di un Decreto di modifica del DCA 387/2015

Risultati attesi: adozione del DCA

Tempistica: entro sei mesi dall'approvazione del DM sui nuovi LEA

- Sviluppo/aggiornamento di PDTA per singola malattia rara o gruppo.

Indicatore: (1) numero di PDTA aggiornati e pubblicati sul sito Malattie Rare Lazio; (2) numero nuovi PDTA pubblicati sul sito Malattie Rare Lazio

Risultati attesi: (1) 30 PDTA; (2) 20 PDTA

Tempistica: giugno 2017

11.7 Gestione del Rischio Clinico

La Regione Lazio, dal 2014 ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di *risk management*, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori. Alla data di predisposizione del presente documento, è in discussione al Senato un disegno di legge in materia "di responsabilità professionale del personale sanitario" con la finalità di aumentare le garanzie e le tutele per gli esercenti delle professioni sanitarie e nello stesso tempo assicurare ai pazienti la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti. Il Disegno di Legge prevede, all'art. 2, comma 4, che in ogni Regione venga istituito un "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità". Anche alla luce dell'evoluzione normativa nazionale in materia di rischio clinico, si ritiene necessario consolidare e rafforzare le funzioni regionali e aziendali di gestione e formazione del rischio clinico, anche attraverso la revisione dell'attuale modello organizzativo.

Azioni, indicatori e tempistica

- Consolidamento dell'attività di risk management a livello regionale

Indicatore 1: potenziamento del sistema informativo per il flusso ministeriale SIMES

Risultati attesi: alimentazione del flusso SIMES secondo i tempi previsti dal protocollo ministeriale nel 100 % delle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: promozione della attivazione di corsi di aggiornamento in tema di rischio clinico e sicurezza dei pazienti (adempimento LEA AS.3)

Risultati attesi: Esecuzione di corsi di formazione multi-professionali e multidisciplinari inerenti il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, in percentuale non inferiore al 40 % dei corsi erogati (il calcolo riguarda ogni singola struttura del Servizio Sanitario Regionale e comprende le riedizioni: dieci riedizioni dello stesso corso contano come dieci corsi).

Tempistica: 2016, 2017 e 2018

Indicatore 3: numero di raccomandazioni del Ministero della Salute (adempimento LEA AS.1) implementate/totale raccomandazioni

Risultati attesi: 100%

Tempistica: 2016, 2017 e 2018

Indicatore 4: Documento “Linee Guida per la redazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”

Risultati attesi: approvazione delle LLGG con provvedimento regionale di adozione

Tempistica: novembre 2016

Indicatore 5: Documento “Definizione del Piano Regionale di Prevenzione delle cadute dei pazienti” (Adempimento LEA-Scheda AS punto AS.5) e Raccomandazione n. 13 del 1° Dicembre 2011 del Ministero della Salute, recante “Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie possono causare gravi danni e, in alcuni casi, procurare la morte”.

Risultati attesi: approvazione del documento con provvedimento regionale di adozione

Tempistica: novembre 2016

Indicatore 6: Documento “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” (adempimento LEA-Scheda AS punto AS.6).

Risultati attesi: approvazione del documento con provvedimento regionale di adozione

Tempistica: novembre 2016

12 Rapporti con gli erogatori pubblici e privati

12.1 *Sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza gestionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera*

La Regione, nel corso del triennio, intende rispondere sempre più alle effettive esigenze di salute dei propri cittadini, assicurando i livelli essenziali di assistenza, la sicurezza delle cure, la promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica delle prestazioni, l'efficienza gestionale e l'appropriatezza organizzativa. A tal fine ha avviato, con il DCA 332/2015, il monitoraggio dei volumi e degli esiti delle cure sulla base degli indicatori previsti nel DM 70/2015, nonché di altri indicatori di appropriatezza medica e chirurgica e di efficienza. Al fine di migliorare la sicurezza ed appropriatezza delle cure e migliorare l'efficienza gestionale e l'appropriatezza organizzativa, si intende proseguire il percorso intrapreso in cui la Regione definisce i volumi e gli *outcome* di prestazioni attesi da parte degli erogatori, secondo logiche che:

- garantiscano la totale equiparazione delle strutture pubbliche e private;
- tengano conto del ruolo che hanno le diverse strutture all'interno della rete disegnata ai sensi del DM 70/2015.

Tale modello, i cui presupposti sono rappresentati dal monitoraggio dei volumi e degli esiti delle cure, nonché dall'applicazione di criteri e regole di remunerazione volti a migliorare la sicurezza delle cure, permetterà di:

- indirizzare la produzione verso prestazioni sempre più appropriate, garantendo tutte le prestazioni ospedaliere, anche quelle che oggi vengono erogate in strutture operanti in regioni diverse (riduzione delle fughe) e favorire l'incremento della produzione di prestazioni di alta specialità, sulla base di quanto stabilito dalla Legge di stabilità 2016 (L. 208/2015), "*nell'invarianza dell'effetto finanziario degli obiettivi previsti dall'art. 15, comma 14, della L.135/2012, ed anche sulla base degli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale*";
- indirizzare la produzione sulle diverse strutture coerentemente alla valutazione della rete in funzione dei bacini di utenza.

Al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità, così come previsto nella L. 208/2015, la Regione con il DCA 248/2016 ha avviato un processo sperimentale volto ad incentivare la produzione di prestazioni di alta specialità, erogate in regime di mobilità, attraverso lo stanziamento per l'anno 2016 di un budget aggiuntivo destinato appunto alle prestazioni di alta specialità erogate in favore di cittadini non residenti; il suddetto fondo è stato ripartito in funzione di un peso individuato dal rapporto tra il valore delle prestazioni di alta complessità di ogni singola struttura privata accreditata erogate (a cittadini residenti e non residenti) nell'anno 2015 e il valore complessivo delle prestazioni di alta complessità erogate dalle strutture private accreditate (a cittadini residenti e non residenti) nell'anno 2015. Le strutture private potranno accedere al budget aggiuntivo esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stesse erogate a favore di cittadini non residenti nell'anno 2016 siano incrementate rispetto all'anno 2015.

In merito alle strutture con un numero di posti letto inferiore a 40, nonché alle strutture polispecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 60, per l'anno 2016 viene confermata l'assegnazione di un budget in coerenza a quanto assegnato

nel 2015. A seguito dei chiarimenti a livello nazionale in merito alle strutture monospecialistiche e polispecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 60, per gli anni successivi il budget verrà assegnato sulla base delle risultanze della valutazione regionale che porterà, eventualmente, ad una rimodulazione della configurazione dei posti letto delle strutture interessate da tali chiarimenti.

In sintesi gli obiettivi programmati sono:

- rafforzare la funzione regionale di orientamento delle attività di ricovero, erogate all'interno dei budget, con l'obiettivo di rispondere più efficacemente ai bisogni di salute della popolazione;
- migliorare la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'appropriatezza organizzativa, incentivando il miglioramento delle performance delle strutture ospedaliere;
- incentivare l'implementazione delle reti;
- incentivare la produzione di ricoveri alta complessità;
- favorire la riduzione delle fughe dei ricoveri ospedalieri (riduzione della mobilità passiva).

Azioni, indicatori e tempistica

- Proseguimento del monitoraggio annuale di un set di indicatori inerenti il raggiungimento delle soglie di volume minimo di attività e di esito, l'appropriatezza e l'efficienza gestionale, riferito a tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private, con esclusione di quelle che possiedono posti letto nelle sole discipline di post-acuzie (codici 28, 56, 75, 60).

Indicatore: pubblicazione annuale dei risultati del monitoraggio

Risultati attesi: report annuale

Tempistiche: marzo 2017 (dati al II semestre 2015 e I semestre 2016), marzo 2018 (dati al II semestre 2016 e I semestre 2017)

- Sviluppo di un sistema premiante sulla base degli esiti del suddetto monitoraggio delle attività con l'obiettivo di attribuire ad esse una quota premiale del budget ospedaliero

Indicatore: (1) pubblicazione degli esiti della valutazione di ogni singola struttura basata sugli indicatori di volumi, esiti, appropriatezza ed efficienza (2) emanazione DCA

Risultati attesi: report annuale e adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2017 (esiti sui dati 2015), dicembre 2018 (esiti sui dati 2016)

- Attuazione con decreto commissariale di criteri di budget volti a ridurre l'inappropriatezza e ad incrementare la produzione di ricoveri di alta complessità, soprattutto in mobilità attiva come già avviato con il DCA 248/2016.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2018

- Definizione ed applicazione di criteri e regole di remunerazione delle prestazioni volte a migliorare la sicurezza delle cure e all'implementazione delle reti. La Regione intende, negli anni successivi, proseguire nel percorso avviato con il DCA 332/2015 individuando nuovi criteri volti a migliorare la sicurezza delle cure sulla base degli indicatori di cui al DM 70/2015 e l'implementazione delle reti assistenziali.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2018

- Individuazione di criteri che favoriscano la riduzione delle fughe dei ricoveri ospedalieri, ed applicazione degli stessi criteri in sede di definizione dei budget 2017.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2018

- Definizione, per ciascuna struttura/ASL, del volume e della tipologia di prestazioni da acquistare coerentemente con gli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza, in funzione del ruolo che le stesse hanno nella rete ospedaliera disegnata ai sensi del DM 70/2015 (cfr. DCA 412/2014)

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2018

- Revisione dei criteri di definizione dei finanziamenti per le funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D. L.gs. 502/92 e ai sensi dell'art 7 c. 2 del D. L.gs. 517/99 riferiti al 2016 ed al 2017 (entro dicembre 2016).

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2017

12.2 *Implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL per l'acquisto di prestazioni territoriali*

La Regione Lazio ritiene che per soddisfare le reali esigenze di salute della popolazione sia necessario proseguire con l'implementazione della funzione della committenza (già avviata con i DCA 333/2015, 126/2016 e 256/2016). Le ASL, infatti, più vicine alla popolazione di riferimento, sono in grado di garantire l'effettivo accesso ai servizi secondo le esigenze di salute della popolazione, di prefigurare le aree di bisogno e le priorità di intervento, e dunque di organizzare e acquistare quei servizi necessari a rispondere alle esigenze dei cittadini. Per raggiungere tale scopo, la Regione intende sviluppare un modello organizzativo-gestionale di committenza secondo il quale, progressivamente le ASL sono chiamate a stabilire quali prestazioni comprare e da chi sulla base dei problemi emergenti e definendone le priorità (ad esempio le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere).

Il modello organizzativo-gestionale di committenza che si intende realizzare è pienamente rispondente a quanto disposto dall'art. 8 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs.502/92 che prevede l'individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto, nonché l'emanazione da parte della Regione degli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale. In un modello così delineato le ASL, tenendo conto delle esigenze di salute della popolazione di riferimento, determinano il livello massimo di finanziamento da assegnare ad ogni singola struttura sanitaria, sulla base degli indirizzi formulati a livello regionale.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- Incentivare la funzione di committenza delle ASL;
- adeguare il sistema di tariffazione;

Azioni, indicatori e tempistica

- Definizione dei budget per gli anni 2017-2018 (eventualmente pluriennali) per ciascuna ASL finalizzati alle prestazioni territoriali (assistenza ai non autosufficienti, *hospice e assistenza psichiatrica territoriale*), in funzione del numero dei posti letto previsti e definiti a livello aziendale sulla base della stima del fabbisogno assistenziale, di un determinato tasso di occupazione dei posti letto (fino ad un massimo del 98%), differenziato per tipologia di prestazione/assistenza e della valorizzazione delle giornate sulla base delle corrispondenti tariffe previste a livello regionale. Definizione del budget per la riabilitazione territoriale rivolta a persone con disabilità fisica psichica e sensoriale. È in capo alle ASL l'attribuzione del budget alle singole strutture private accreditate, sulla base degli indirizzi e determinazioni regionali, e la successiva sottoscrizione degli accordi.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2017

- Definizione dei budget per gli anni 2016-2018 da assegnare alle ASL per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, tenendo conto dell'esigenza regionale di abbattere le liste di attesa, dei limiti di spesa previsti dalla normativa nazionale, dei criteri di prescrittibilità definiti dal Ministero della Salute nel DM 9/2015 e della dimensione del laboratorio. È in capo alle ASL l'attribuzione del budget alle singole strutture pubbliche e private, sulla base degli indirizzi e determinazioni regionali, e la successiva sottoscrizione degli accordi.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: si

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2017

- Adeguamento del nomenclatore tariffario regionale, al fine di estendere la possibilità di erogare tutte le prestazioni delle branche accreditate in capo ad ogni struttura.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: marzo 2017

- Revisione delle tariffe riferite alle prestazioni di assistenza ambulatoriale e alle giornate di assistenza presso strutture di riabilitazione territoriale ex art. 26 – L-833/1978

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: gennaio 2017

- Adozione delle tariffe riferite alle seguenti prestazioni di assistenza territoriale:

- presso strutture di psichiatria per adolescenti:

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: gennaio 2017

- presso le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: giugno 2017

- presso strutture per disturbi del comportamento alimentare e obesità

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: giugno 2017

- presso strutture che erogano assistenza rivolta alle persone in stato di dipendenza o addiction:

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: giugno 2017

12.3 *Revisione del DCA n. 40/2012 in materia di controlli esterni*

Per quanto riguarda i controlli esterni, negli ultimi anni si sono avuti passaggi di competenza (chiusura dell'Agenzia di Sanità Pubblica, istituzione dell'Area Pianificazione Strategica, Verifica e Controlli Attività Sanitaria a partire dal 1° gennaio 2015) che hanno portato a fasi di transizione e assestamento con rilevante incidenza sulle attività. Nonostante nel 2015 si sia lavorato per ridurre l'arretrato creatosi in precedenza, è necessario procedere ad una revisione normativa, con interventi di semplificazione, ridefinizione funzionale delle competenze Regione/ASL e revisione del meccanismo sanzionatorio.

Azioni, indicatori e tempistica

- Revisione della normativa vigente in materia di controlli, prevedendo interventi di semplificazione

Indicatore: Approvazione di un DCA di revisione del DCA n.40/2012

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Definizione delle nuove procedure per i controlli esterni, congiuntamente alle ASL, che prevedano l'implementazione di un sistema integrato Regione/ASL per l'effettuazione dei controlli esterni

Indicatore: Approvazione di nuove procedure per i controlli esterni

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: maggio 2017

13 Autorizzazione e Accreditamento

13.1 *Semplificazione della filiera del sistema di autorizzazione, accreditamento e controllo*

Le procedure di autorizzazione all'esercizio per le attività sanitarie sulla scorta delle disposizioni del D.lgs. n.502/1992 e s.m.i. sono state regolate a livello regionale dalla L.R. n.4/2003 e dai regolamenti di attuazione Regolamento Regionale n.2/2007 e 13/2007. A distanza di dieci anni dalla emanazione di tali regolamenti ed in considerazione di alcune criticità nell'attuazione, emerse durante il percorso di conferma dell'autorizzazione sanitaria e di accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate, si rende necessario avviare la revisione della normativa regionale anche con l'obiettivo di conseguire la semplificazione amministrativa.

Con l'occasione la Regione provvederà a ripristinare la valutazione sul fabbisogno complessivo in relazione alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture, distinguendo tra strutture esclusivamente autorizzate e strutture autorizzate ed accreditate.

La citata revisione verrà operata anche in considerazione del Disciplinare tecnico di cui all'Intesa raggiunta in sede di conferenza Permanente rep. N. 259/CSR del 20/12/2012 (recepita con DCA 54 del 9 febbraio 2015) e del Cronoprogramma di cui all'Intesa rep. N. 32/CSR del 19.2.2015, recepita con DCA 490 del 21.10.2015).

Azioni, indicatori e tempistiche

- Adozione di un provvedimento regionale di revisione della normativa in materia.

Indicatore: adozione proposta di revisione normative e di adeguamento del regolamento regionale.

Tempistica: Giugno 2017

13.2 *Accreditamento delle strutture private*

Il processo di accreditamento viene indirizzato, oltre ad un'attività di continua verifica dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'adesione a quegli strumenti professionali tipici come Linee Guida, Protocolli Operativi, Raccomandazioni. In altri termini, si intende promuovere, nell'ambito dell'accREDITAMENTO, percorsi assistenziali appropriati, valutabili sia in termini di requisiti di processo che di esito.

L'esperienza maturata nel quinquennio appena trascorso ha messo in evidenza, oltre alla necessità di avviare la revisione della normativa di cui al precedente punto 13.1. di attribuire specifiche competenze alle Aziende Sanitarie territoriali.

Nella Regione Lazio il percorso di conferma dell'autorizzazione all'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate è stato particolarmente complesso, a causa dell'elevato numero di strutture presenti nel territorio (880), della presenza di rilevanti criticità determinate, in molti casi, dalla vetustà degli edifici, e ad una oggettiva difficoltà e rilevanza degli interventi

necessari per consentire la rispondenza alla normativa in merito alla sicurezza antincendio, ma anche per il ritardo con cui è stato avviato l'iter dei controlli.

L'effettiva applicazione e attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 8-quater del D. Lgs. n. 502/1992 ed, in particolare, quelle dei commi 6 e 7 indicanti i termini per concludere sia gli accreditamenti transitori, sia gli accreditamenti provvisori, ha avuto avvio ed è coincisa con il percorso previsto dall'art. 1, commi 18 a 26, della L.R. n. 3/2010 - Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private - ed attuato con il DCA n. U0090/2010 che ha approvato, tra l'altro, i "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie", i "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" e il "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditementi delle Strutture Sanitarie (SAAS)".

E' in corso di completamento il percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Completamento del percorso di accreditamento delle strutture private, si rinvia al paragrafo 1.4

Indicatore: adozione provvedimento di completamento del percorso non espressamente indicati al paragrafo 1.4 e inclusi nel DCA 413/2014 .

Il paragrafo paragrafo 1.4 individua (i) strutture private che saranno tali per effetto del superamento della gestione extra ordinem (ex Pii Istituti), (ii) strutture che sono state inserite nel percorso di accreditamento in coda (Fondazione Gemelli, OPBG), (iii) strutture che sono state caratterizzate da elementi di complessità strutturale (S. Giovanni Calibita, Fatebenefratelli S.Pietro), (iv) strutture che hanno richiesto approfondimento istruttori, la cui tempistica è stata individuata per ciascuna in ragione della gestione del periodo di transizione, ovvero dalle verifiche necessarie anche in forza dell'atto di impegno ai sensi dell'art. 33 della L.R. 12/2016.

Oltre a tali strutture ve ne sono altre riportate nel DCA 413/2014 per le quali si procederà alla conclusione del percorso.

Tempistica: dicembre 2016

13.3 Percorso di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche

Il sistema di autorizzazione e di accreditamento è lo strumento che mira a garantire e a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione, al fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel corso dell'anno 2016 verrà avviato un percorso di accreditamento istituzionale per le strutture pubbliche che dovrà essere puntualmente definito attraverso l'emanazione di atti regolamentari che disciplinino i vari aspetti procedurali e contenutistici, nonché la programmazione e la tempistica riferita alle diverse tipologie di attività.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Adozione di un provvedimento regionale che istituisca l'Organismo tecnicamente accreditante

Indicatore: adozione provvedimento regionale;

Tempistica: aprile 2017

- Definizione di una procedura regionale che disciplini attività e tempistica per il rilascio degli accreditamenti istituzionali dei pubblici, previa definizione delle modalità di verifica, anche alla stregua delle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni del 20.12.2012 e del cronoprogramma del 19.12.2015, dei cd. "organismi tecnicamente accreditanti".

Indicatore: adozione provvedimento che individui i valutatori regionali, la formazione e le modalità operative e disciplini l'avvio del percorso di accreditamento del pubblico

Tempistica: giugno 2017

- Controllo e verifica intermedi dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche al dicembre 2018

Indicatore: verifica di strutture pubbliche in misura pari al % del totale (% da che sarà fissata nel giugno 2017 dopo l'avvio del percorso)

Tempistica: dicembre 2018

13.4 Sistemi di accreditamento di percorsi assistenziali

L'accREDITAMENTO dei "percorsi clinico-assistenziali", ad integrazione di quello istituzionale, garantisce che questi siano orientati a problemi di salute e assicura la tempestività e la qualità degli interventi, nell'ottica del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni assistenziali rese.

Parallelamente all'accREDITAMENTO dei presidi sanitari pubblici si ritiene necessario avviare l'accREDITAMENTO dei percorsi clinico-assistenziali e delle reti specialistiche al fine di garantire percorsi orientati ai problemi di salute della popolazione assicurando la tempestività e la qualità degli interventi, nell'ottica del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni assistenziali rese.

La definizione del percorso clinico-assistenziale permette di stabilire gli interventi necessari, la tempistica, le modalità di erogazione, le risorse e le professionalità necessarie, nonché le modalità di valutazione dell'appropriatezza degli interventi, della qualità delle prestazioni erogate e, non ultimo, consente il *benchmarking* tra gli erogatori. In questo ambito, la Regione si impegna a definire o aggiornare, laddove necessario, requisiti di accREDITAMENTO per le reti specialistiche ospedaliere e per quelle assistenziali territoriali a maggior impatto, inerenti il collegamento funzionale fra i diversi professionisti e servizi all'interno della rete, come pure a fissare gli ulteriori requisiti connessi agli hub e alla partecipazione della struttura nella rete, in linea con il DM 70/2015 e con il Disciplinare di cui all'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Permanente Stato regioni del 20.12.2012.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Definizione e aggiornamento requisiti di accREDITAMENTO di percorsi assistenziali.

Indicatore: adozione provvedimento che regola i percorsi assistenziali

Risultato Atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

- Definizione delle modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Indicatore: adozione provvedimento che individua le modalità di verifica

Risultato Atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

14 Risultati finanziari del triennio 2016-2018

14.1 Tendenziali 2016-2018

Nel presente paragrafo sono illustrati i tendenziali 2016-2018, in cui sono stati recepiti gli effetti derivanti dall'applicazione della normativa vigente e la variazione percentuale dei costi sulla base del tasso di crescita riscontrato nel triennio precedente. Come riportato nella seguente tabella, i risultati di esercizio ante coperture della Regione nei tendenziali 2016, 2017 e 2018 sono pari rispettivamente a -251,2 €/mln, -339,1 €/mln e -446 €/mln.

120999 CONSOLIDATO					
ID	CONTO ECONOMICO €/000	CONSUNTIVO 2015	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018
A1	Contributi F.S.R.	10.303.718	10.425.802	10.425.802	10.425.802
A2	Saldo Mobilità	- 253.186	- 194.847	- 244.155	- 244.155
A3	Entrate Proprie	474.899	419.728	431.981	406.823
A4	Saldo Intramoenia	21.898	21.898	21.898	21.898
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 64.643	- 64.335	- 44.088	- 44.088
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 23.448	29.571	-	-
A	Totale Ricavi Netti	10.459.238	10.637.817	10.591.437	10.566.279
B1	Personale	2.752.624	2.789.912	2.760.341	2.760.341
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	998.103	1.028.215	1.059.711	1.092.658
B3.1	Altri Beni Sanitari	514.270	518.673	526.453	534.350
B3.2	Beni Non Sanitari	18.525	17.775	18.041	18.312
B3.3	Servizi	1.429.641	1.355.567	1.378.343	1.386.933
B3	Altri Beni e Servizi	1.962.436	1.892.015	1.922.837	1.939.595
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	33.874	33.874	33.874	33.874
B5	Accantonamenti	319.361	302.823	302.823	302.823
B6	Variazione Rimanenze	698	-	-	-
B	Totale Costi Interni	6.067.096	6.046.838	6.079.586	6.129.291
C1	Medicina Di Base	606.473	606.473	606.473	606.473
C2	Farmaceutica Convenzionata	931.150	931.150	931.150	931.150
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	1.247.369	1.301.548	1.281.548	1.281.548
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	483.187	489.622	489.622	489.622
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	209.598	209.598	209.598	209.598
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	75.354	78.368	81.503	84.763
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	253.717	258.702	263.809	269.044
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	628.890	650.896	673.461	696.983
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	957.961	987.966	1.018.773	1.050.790
C3	Prestazioni da Privato	2.898.115	2.988.733	2.999.541	3.031.557
C	Totale Costi Esterni	4.435.738	4.526.356	4.537.164	4.569.180
D	Totale Costi Operativi (B+C)	10.502.834	10.573.195	10.616.750	10.698.471
E	Margine Operativo (A-D)	- 43.596	64.623	- 25.312	- 132.192
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	6.236	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	104.590	104.590	104.590	104.590
F3	Oneri Fiscali	208.657	211.267	209.197	209.197
F4	Saldo Gestione Straordinaria	- 30.515	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	288.968	315.857	313.787	313.787
G	Risultato Economico (E-F)	- 332.564	- 251.235	- 339.100	- 445.979
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	332.591	741.262	741.262	741.262
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	27	490.027	402.162	295.283

Di seguito si riportano i razionali adottati per la quantificazione dei singoli aggregati di ricavo e di costo.

Contributi FSR

Il valore dei contributi FSR Indistinto, pari a 10.250,9 €/mln per il triennio 2016-2018, è stato posto pari a quanto assegnato alla Regione Lazio per l'anno 2016 con l'Intesa n. 62/CSR del 14 aprile 2016.

Il valore dei contributi FSR Vincolato, pari a 174,9 €/mln, è stato posto uguale al Consuntivo 2015, ad eccezione della quota relativa agli obiettivi di PSN, per la quale è stato considerato il valore assegnato alla Regione Lazio per l'anno 2016 con l'Intesa n. 65/CSR del 14 aprile 2016.

Saldo di mobilità

Per il 2016, il saldo di mobilità, pari a -195,2 €/mln, accoglie i valori di mobilità attiva e passiva extraregionali riportati nella Tabella C del Riparto 2016 (intesa CSR n. 62/2016) unitamente ai valori della mobilità per i farmaci HCV relativi all'anno 2015.

Per il 2017, nel saldo di mobilità, pari a -244,2 €/mln, sono stati considerati gli effetti derivanti dall'accordo tra le Regioni per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti per gli anni 2014-2015, a "parziale" adempimento di quanto disposto dall'art. 15 del DL 95/2012. In assenza di informazioni in merito, tale valore è stato mantenuto costante anche per l'anno 2018, anche in considerazione del rispetto di quanto previsto dal DL 95/2012.

Entrate Proprie

L'aggregato Entrate proprie comprende le voci Ulteriori trasferimenti pubblici, Ticket e Altre entrate proprie, tutte considerate costanti pari al valore del Consuntivo 2015, ad eccezione delle voci:

- *Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) – Vincolati*, dalla quale è stato decurtato l'importo di 30 €/mln relativo alla quota del fondo per la realizzazione degli interventi giubilari, ex art. 6, comma 2, D.L. 185/2015, assegnato alle Aziende del SSR con la determinazione regionale n. G16849/2015;
- *Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) – Altro*, nella quale è stato iscritto, per ciascun anno, il valore dei contributi per la sterilizzazione degli interessi passivi derivanti dall'operazione SANIM, secondo il piano di ammortamento;
- *Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) – L.210/92*, nella quale è stato iscritto, per ciascun anno, l'importo assegnato alla Regione Lazio dal D.M. 27/05/2015 pubblicato in Gazzetta Ufficiale 167 del 21/07/2015 e relativo ad un contributo per il pagamento degli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale di cui agli indennizzi ex Legge 210/92 e a compensazione degli oneri finanziari derivanti dalla corresponsione dei citati indennizzi a decorrere dal 01.01.2012 al 31.12.2014;
- *Payback*, nella quale, oltre al valore del payback ordinario incassato dalla Regione Lazio nel 2015 e già iscritto a Consuntivo 2015, pari a 39,6 €/mln, è stato iscritto il payback assegnato alla Regione Lazio in applicazione alla L.125/2015, pari a 6,5 €/mln per il 2016 e 7,5 €/mln per il 2017, come da comunicazione AIFA del 09/12/2015. **Nel tendenziale non si è tenuto conto**

degli importi dovuti a titolo di ripiano per ciascuno degli anni 2013, 2014, 2015, di cui al Decreto Legge n.113 del 24/06/2016.

Pertanto il valore dell'aggregato Entrate Proprie risulta pari a 419,7 €/mln per il 2016, 432 €/mln per il 2017 e 406,8 €/mln per il 2018.

Saldo intramoenia

Il saldo intramoenia è stato considerato costante, pari al Consuntivo 2015.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Il valore è stato stimato pari a -64,3 €/mln per l'anno 2016, -44,1 €/mln per gli anni 2017 e 2018, ipotizzando come valore degli investimenti effettuati con il FSR corrente la media del valore degli investimenti effettuati in c/esercizio degli ultimi 4 anni, pari a 44,1 €/mln.

Si riporta di seguito il dettaglio della stima effettuata utilizzando le aliquote come rettifiche dall' art.1 c.36 -L.228/2012 e dalla Circolare del 28.01.2013 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze che ha chiarito le modalità di trattamento contabile degli ammortamenti dei cespiti acquistati con contributi in conto esercizio precedentemente disciplinati dall'art.29 c.1 D.Lgs. 118/2011.

Tabella 1 – stima rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti (€/000)			
	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018
Rettifica contributi al 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2012	-64.334,8	-44.088,4	-44.088,4
Rettifica contributi a 20% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2015 (valore totale ca 60 €/mln)	-14.817		
Rettifica contributi a 100% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2016 (media anni 2012-2015)	-5.429,3		
Rettifica contributi a 100% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2017 (media anni 2012-2015)	-44.088		
Rettifica contributi a 100% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2017 (media anni 2012-2015)		-44.088,4	
Rettifica contributi a 100% per Cespiti acquistati con contributi c/esercizio 2018 (media anni 2012-2015)			-44.088,4
Totale	-64.335	-44.088,4	-44.088,4

Saldo per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti

Con riferimento agli accantonamenti per quote inutilizzate, il valore del tendenziale per il triennio 2016-2018 è stato posto pari al Consuntivo 2015, ad eccezione della voce *Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati* che nel Consuntivo 2015 contiene la quota del fondo per la realizzazione degli interventi giubilari, ex art. 6, comma 2, D.L. 185/2015, assegnata dalla determinazione regionale n. G16849/2015. Considerando che gli effetti di tale contributi si manifesteranno nell'anno 2016, tale valore è stato iscritto nella voce *Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati* per l'anno 2016, mentre non è stato considerato per gli anni 2017 e 2018.

Le ulteriori voci di utilizzi, sono state poste pari al valore degli accantonamenti per quote inutilizzate rilevate nel Consuntivo 2015, nell'ipotesi che dal 2016 i contributi non utilizzati in corso d'anno siano pari agli utilizzi degli accantonamenti rilevati negli esercizi precedenti.

Il saldo per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti presenta pertanto un valore pari a 29,6 €/mln per l'anno 2016 e pari a 0 €/mln per gli anni 2017 e 2018.

Personale

Il costo relativo al personale è stato considerato costante, pari al Consuntivo 2015, incrementato per l'assunzione del personale per le REMS di cui al DCA n. 79/2015 e 128/2015 per un importo pari a 7,7 €/mln annui. Inoltre, per l'anno 2016, il valore è

stato integrato con l'importo di 29,6 €/mln relativo al personale a tempo determinato, come da determinazione regionale n. G16849/2015, relativa alle assunzioni effettuate per la realizzazione degli interventi giubilari.

Si precisa che le assunzioni del personale a tempo indeterminato impiegato nella rete dell'emergenza-urgenza, così come prevista dal DCA 412/2014, strumentali anche alla realizzazione degli interventi giubilari, sono ricomprese nel calcolo delle deroghe concesse nell'anno 2016 e pertanto conteggiate nel valore del Programmatico.

Prodotti Farmaceutici

La voce è stata stimata pari a 1.028,2 €/mln per l'anno 2016, a 1.059,7 €/mln per l'anno 2017 e a 1.092,7 €/mln per l'anno 2018.

Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato al Consuntivo 2015 gli incrementi percentuali secondo quanto di seguito riportato:

- File F: +5%
- DPC: +1,5%
- Farmaci Ospedalieri: costanti pari al valore del Consuntivo 2015
- Farmaci HCV: costanti pari al valore del Consuntivo 2015

Altri Beni e Servizi

La voce è stata stimata pari a 1.892 €/mln per l'anno 2016, a 1.922,8 €/mln per l'anno 2017 e a 1.939,5 €/mln per l'anno 2018.

Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato al Consuntivo 2015 le riduzioni previste dalla normativa vigente in materia di *spendig review* e gli incrementi percentuali secondo quanto di seguito riportato:

- Tasso di inflazione programmata 2016: +1,5 %
- Tasso di inflazione programmata 2017: +1%
- Applicazione della riduzione del -5% alle voci di costo elencate nella Tabella A del DL 78/2015;
- Per la voce Consulenze sono state applicate, inoltre, le riduzioni previste dal DL 78/2010 e DL 101/2013.

Per la voce Contributo Legge 210/92, al valore del Consuntivo 2015 è stato sommato il 50% del contributo riconosciuto alla Regione Lazio dal D.M. 27/05/2015, relativo alla stima della sola rivalutazione dell'indennità integrativa speciale, in analogia al 2015, nell'ipotesi che gli indennizzi siano già stati iscritti tra i costi negli esercizi precedenti.

Ammortamenti e Costi Capitalizzati

La voce è stata considerata costante pari al Consuntivo 2015.

Accantonamenti

La voce è stata considerata costante pari al Consuntivo 2015, ad eccezione degli accantonamenti iscritti dalla GSA a seguito del mancato recupero dei controlli esterni 2013 (10.241 €/000), per la parte relativa agli esiti non in contestazione, e per il mancato allineamento delle partite intercompany 2015 (70 €/000).

Inoltre dal valore del Consuntivo 2015 sono stati decurtati gli accantonamenti effettuati dalle Aziende e relativi alla quota degli arretrati derivanti dalla rivalutazione

dell'indennità integrativa speciale L.210/92 (anni 2002-2011) di cui alla Determinazione regionale n. G15790/2015.

Variazione Rimanenze

La voce non è stata valorizzata.

Medicina di Base

La voce è stata considerata costante pari al Consuntivo 2015.

Farmaceutica Convenzionata

La voce è stata considerata costante pari al Consuntivo 2015.

Prestazioni da privato – ospedaliera

La voce, posta pari a 1.301,5 €/mln per gli anni 2016, 2017 e 2018, tiene conto, in applicazione dell'art.15, comma 14, della L. 135/2012, della riduzione dei costi per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato pari al 2% rispetto al Consuntivo 2011, al lordo dei controlli esterni contabilizzati a riduzione del costo, pari a circa 34 €/mln.

Tale valore è stato incrementato, per l'anno 2016, di 20 €/mln, corrispondente al valore del fondo aggiuntivo stanziato dalla Regione, con il DCA n. 248/2016, destinato alle prestazioni di alta specialità erogate in favore di cittadini non residenti, così come previsto dalla legge n. 208/2015 (cfr. par. 12.1). Si precisa che il rispetto dell'equilibrio economico del SSR, come previsto dalla L.208/2015, è garantito dalla realizzazione della manovra sulla farmaceutica convenzionata, pari a 27,9 €/mln, come meglio specificato nel paragrafo 14.3.

Ricostruzione valore tendenziale assistenza ospedaliera da privato (€/000)	2016	2017	2018
Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato (valore consuntivo 2011)	1.273.702	1.273.702	1.273.702
Controlli esterni	34.000	34.000	34.000
Totale lordo controlli esterni	1.307.702	1.307.702	1.307.702
% riduzione ex L.135/2012	26.154	26.154	26.154
Valore al netto della riduzione prevista	1.281.548	1.281.548	1.281.548
Fondo per l'icentivazione dell'alta specialità in regime di mobilità ex DCA 248/2016	20.000	-	-
Valore a tendenziale	1.301.548	1.281.548	1.281.548

Prestazioni da privato – ambulatoriale

La voce, posta pari a 489,6 €/mln per gli anni 2016, 2017 e 2018. Per la voce *Prestazioni da Privato – Ambulatoriale* il valore 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, mentre per la voce *Prestazioni da Sumaisti* è stato considerato costante il valore del Consuntivo 2015.

Ricostruzione valore tendenziale assistenza specialistica da privato (€/000)	2016	2017	2018
Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato (valore consuntivo 2014)	369.329	369.329	369.329
% riduzione ex L.125/2015	3.693	3.693	3.693
Valore al netto della riduzione prevista	365.636	365.636	365.636
Prestazioni da Sumaisti	123.986	123.986	123.986
Valore a tendenziale	489.622	489.622	489.622

Altre Prestazioni da privato

La voce è stata stimata pari a 1.201,5 €/mln per l'anno 2016, a 1.236,7 €/mln per l'anno 2017 e a 1.273,7 €/mln per l'anno 2018.

Le stime sono state effettuate applicando, al valore registrato al Consuntivo 2015 gli incrementi percentuali secondo quanto di seguito riportato:

- Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera: costanti pari al valore del Consuntivo 2015

- Trasporti Sanitari da privato: +4%
- Assistenza Integrativa da privato: +3%
- Assistenza protesica da privato: +1%
- Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato: costante pari al valore del Consuntivo 2015
- Distribuzione di Farmaci e File F da Privato: file F + 5% e FEE per remunerazione servizio DPC +1,5%
- Assistenza termale da privato: costante pari al valore del Consuntivo 2015
- Prestazioni socio-sanitarie da privato: +4%

Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie

La voce non è stata valorizzata.

Saldo Gestione Finanziaria

La voce è stata considerata costante pari al valore del Consuntivo 2015, pari a 104,6 €/mln.

Le componenti negative del saldo sono: (i) interessi passivi su anticipazioni di cassa per 2,4 €/mln; (ii) interessi passivi su mutui per 0,1 €/mln, (iii) altri oneri finanziari per 10,6 €/mln, di cui 10,3 €/mln iscritti dal PTV; (iv) altri interessi passivi per 92,3 €/mln, di cui 59,9 €/mln per interessi impliciti relativi all'operazione Sanim, sterilizzati dalle Aziende con contributi da Regione extrafondi (voce CE AA0100); 4,3 €/mln per interessi pagati centralmente dalla Regione nel corso del 2015; 28,1 €/mln di ulteriori interessi passivi iscritti dalle Aziende.

Oneri Fiscali

Per l'anno 2016, il valore del Consuntivo 2015 è stato integrato con il costo dell'IRAP relativo all'assunzione del personale a TD come da determinazione regionale n. G16849/2015. Per gli anni 2017 e 2018 la voce è stata considerata costante pari al Consuntivo 2015.

Saldo Gestione Straordinaria

La voce non è stata valorizzata.

Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA

La voce è stata considerata costante pari a 741,3 €/mln, come da comunicazione del Dipartimento delle Finanze prot. n. 4519 del 30.11.2015 e relativa alla stima del gettito fiscale per l'anno di imposta 2017.

14.2 Programmatici 2016-2018

120 Consolidato regionale - Regione Lazio								
ID		CONSUNTIVO 2015	TENDENZIALE 2016	TENDENZIALE 2017	TENDENZIALE 2018	PROGRAMMATICO 2016	PROGRAMMATICO 2017	PROGRAMMATICO 2018
	€ 000	A	B	C	D	E	F	G
A1	Contributi F.S.R.	10.303.718	10.425.802	10.425.802	10.425.802	10.425.802	10.425.802	10.425.802
A2	Saldo Mobilità	-253.186	-194.847	-244.155	-244.155	-194.847	-244.155	-244.155
A3	Entrate Proprie	474.899	419.728	431.981	406.823	398.838	411.091	385.933
A4	Saldo Intramoenia	21.898	21.898	21.898	21.898	21.898	21.898	21.898
A5	Rettifica Contributi d'esercizio per destinazione ad investimenti	-64.643	-64.335	-44.088	-44.088	-64.335	-44.088	-44.088
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-23.448	29.571	0	0	29.571	0	0
A	Totale Ricavi Netti	10.459.238	10.637.817	10.591.437	10.566.279	10.616.927	10.570.547	10.545.389
B1	Personale	2.752.624	2.789.912	2.760.341	2.760.341	2.726.840	2.645.230	2.598.561
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	996.103	1.028.215	1.059.711	1.092.658	1.028.215	1.033.066	1.049.031
B3.1	Altri Beni Sanitari	514.270	518.673	526.453	534.350	518.673	512.298	506.775
B3.2	Beni Non Sanitari	18.525	17.775	18.041	18.312	17.775	18.041	18.312
B3.3	Servizi	1.429.641	1.355.567	1.378.343	1.386.933	1.351.922	1.316.484	1.267.162
B3	Altri Beni e Servizi	1.962.436	1.892.015	1.922.837	1.939.595	1.888.370	1.846.823	1.794.249
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	33.874	33.874	33.874	33.874	33.874	33.874	33.874
B5	Accantonamenti	319.361	302.823	302.823	302.823	293.004	283.186	263.548
B6	Variazione Rimanenze	698	0	0	0	0	0	0
B	Totale Costi Interni	6.067.096	6.046.838	6.079.586	6.129.291	5.970.303	5.842.178	5.739.283
C1	Medicina Di Base	606.473	606.473	606.473	606.473	606.473	606.473	606.473
C2	Farmaceutica Convenzionata	931.150	931.150	931.150	931.150	903.215	875.280	847.345
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	1.247.369	1.301.548	1.281.548	1.281.548	1.301.548	1.281.548	1.281.548
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	483.187	489.622	489.622	489.622	489.622	489.622	489.622
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	209.598	209.598	209.598	209.598	209.598	209.598	209.598
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	75.354	78.368	81.503	84.763	78.368	81.503	84.763
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protetica da Privato	253.717	258.702	263.809	269.044	258.702	263.809	269.044
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	628.890	650.896	673.461	696.983	650.896	673.461	696.983
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	957.961	987.966	1.018.773	1.050.790	987.966	1.018.773	1.050.790
C3	Prestazioni da Privato	2.898.115	2.988.733	2.999.541	3.031.557	2.988.733	2.999.541	3.031.557
C	Totale Costi Esterni	4.435.738	4.526.356	4.537.164	4.569.180	4.498.421	4.461.294	4.485.375
D	Totale Costi Operativi (B+C)	10.502.834	10.573.195	10.616.750	10.698.471	10.468.724	10.323.472	10.224.658
E	Margine Operativo (A-D)	-43.596	64.623	-25.312	-132.192	148.203	247.075	320.731
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	6.236	0	0	0	0	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	104.590	104.590	104.590	104.590	104.590	104.590	104.590
F3	Oneri Fiscali	208.657	211.267	209.197	209.197	206.852	201.139	197.874
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-30.515	0	0	0	0	0	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	288.968	315.857	313.787	313.787	311.442	305.729	302.464
G	Risultato Economico (E-F)	-332.564	-251.235	-339.100	-445.979	-163.239	-58.654	18.267
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	332.591	741.262	741.262	741.262	741.262	741.262	741.262
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	27	490.027	402.162	295.283	578.023	682.608	759.529

14.3 Manovre

Valorizzazione delle manovre derivanti dalla revisione della normativa regionale in tema di compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

Come descritto nel paragrafo 1.7, la Regione intende procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale, basata sull'abrogazione del disposto del DCA 42/2008, da integrare, successivamente, con un'attività di rimodulazione della compartecipazione derivante dalla normativa nazionale, mediante l'attivazione della procedura di cui alla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

In base all'osservazione dei dati di attività del 2015, si riportano nella tabella che segue, i dati di gettito riferibili alla normativa nazionale (l'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111) e quelli del gettito derivante la normativa regionale (DCA 42/2008) della quale si propone l'abrogazione.

Esenzione	Tipo istituto	N. ricette	Valore lordo	Ticket	Contributo	Contributo DCA 42/2008
Esenti	Pubblici	7.806.878	298.140.539	0	0	0
	Privati	4.595.874	234.377.041	0	0	0
	Aziende	3.864.295	246.191.793	0	0	0
	Totale	16.267.047	778.709.373	0	0	0
Non esenti	Pubblici	2.265.753	75.907.300	47.625.730	32.134.425	9.476.895
	Privati	1.074.493	74.833.764	26.911.928	16.162.933	5.418.003
	Aziende	1.369.279	71.196.342	32.186.709	19.697.765	6.004.975
	Totale	4.709.525	221.937.407	106.724.367	67.995.123	20.899.873
Totale		20.976.572	1.000.646.779	106.724.367	67.995.123	20.899.873

Volume e valore delle ricette a carico del SSR. SIAS 2015

Come evidenziato il gettito associato al DCA 42/2008 nell'anno 2015 risulta pari a 20,9 mln di Euro. A seguito dell'abrogazione del DCA 42/2008, a partire dal 1 gennaio 2017, il mancato gettito ad esso associato sarà recuperato dai risparmi previsti dalle manovre sui beni e servizi (gara Multiservizio già aggiudicata, i cui contratti sono in corso di stipula da parte delle Aziende).

Valorizzazione delle manovre nell'ambito della spesa farmaceutica

Le azioni indicate nell'ambito dell'Intervento 5 comportano, nel caso di totale applicazione, la valorizzazione economica di seguito rappresentata:

A - riduzione della spesa lorda pro-capite convenzionata a seguito del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e il maggiore ricorso ai farmaci equivalenti, pari al 3% annuo della spesa del Consuntivo 2015, con una valorizzazione economica di € 27.934.525 per ciascun anno; relativamente all'anno 2016, l'analisi delle DCR del periodo gennaio – agosto mostra un andamento in riduzione sia in termini di numero di ricette sia in termini di spesa, in linea con la valorizzazione della manovra prevista. Le azioni descritte al paragrafo 5.1 consentiranno un progressivo allineamento della spesa farmaceutica convenzionata netta pro-capite ai valori benchmark nazionali;

B - riduzione della spesa dei prodotti farmaceutici, mediante l'emanazione di un provvedimento regionale avente ad oggetto la ridefinizione dei Percorsi Terapeutici per l'**incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari**, con una valorizzazione economica di 9.945 €/000 (2.925 €/000 nel 2017 e 7.020 €/000 nel 2018).

Tale valorizzazione è stata quantificata prendendo come base un numero di pazienti *naive* annui pari a 2.000 e un costo medio del trattamento biologico pari a € 13.000 annui. Il risparmio medio ipotizzato attraverso l'utilizzo dei farmaci biosimilari è pari al 30% sul costo annuo del trattamento con il farmaco biologico.

Il calcolo della manovra per l'anno 2017 è basato sulle seguenti ipotesi:

- N. pazienti *naive* trattati con farmaci biosimilari pari al 50% del totale pazienti *naive* (1.000);
- Inizio del trattamento a partire da aprile 2017 (data prevista per l'emanazione del DCA avente ad oggetto la ridefinizione dei Percorsi Terapeutici: marzo 2017).

Pertanto la valorizzazione della manovra consente un risparmio di 2.925 €/000 per l'anno 2017 rispetto alla spesa che si sosterebbe trattando il medesimo numero di pazienti per il medesimo periodo (9 mesi) con i farmaci biologici.

Il calcolo della manovra per l'anno 2018 è basato sulle seguenti ipotesi:

- N. pazienti *naive* trattati con farmaci biosimilari pari al 90% del totale pazienti *naive* (1.800);

— Durata del trattamento pari a 12 mesi.

Pertanto la valorizzazione della manovra consente un risparmio di 7.020 €/000 rispetto alla spesa che si sosterebbe trattando il medesimo numero di pazienti per l'anno 2018 con i farmaci biologici.

C - governo della spesa, sostenuto per l'acquisto dei farmaci in **Distribuzione per Conto (DPC)**; tale manovra è stata valorizzata come segue:

- stima del risparmio derivante dall'aggiudicazione della nuova gara basata sui nuovi prezzi previsti a parità di consumi 2015, pari a 31.350 €/000
- stima prudenziale dell'incremento della spesa per il trattamento di patologie croniche in pazienti in età avanzata in costante aumento e per l'introduzione in commercio di nuovi principi attivi, pari a 10.951 €/000

D – governo della spesa relativa ai farmaci ospedalieri per effetto di nuove gare che porteranno, a decorrere dalla data di aggiudicazione, ad un risparmio stimato in misura pari a 3.321 €/000 nel 2017 e 13.282 €/000 nel 2018. Tale valorizzazione deriva dalla diminuzione prevista del 2% della spesa consuntivata nel 2015 (ca. 664 €/mln) per effetto della riduzione dei prezzi.

E - governo della spesa relativa ai dispositivi medici per gli anni 2017 e 2018, attraverso:

- l'individuazione di specifici obiettivi per singola azienda al fine di rispettare il tetto ministeriale pari al 4,4% del FSR. Nella quantificazione degli obiettivi 2017 e 2018, in assenza di atti formali relativi al finanziamento del fabbisogno per il biennio in esame, si terrà conto del valore calcolato sul FSR 2016, che comporta una riduzione di 4.578 €/000 nel 2017 e di 11.634 €/000 nel 2018;
- l'attivazione delle procedure di gara centralizzate relative alle seguenti categorie merceologiche: Antisettici e disinfettanti, Emodinamica e Ausili per disabili motori, Guanti, Medicazioni, Protesi Ortopediche e Materassi Antidecubito, Aghi e Siringhe e Pacemaker e defibrillatori, che comporta un risparmio, calcolato sulla base del periodo previsto per l'aggiudicazione delle gare per singola iniziativa pari a 9.577 €/000 nel 2017 e 12.771 €/000 nel 2018.

Impatto Manovra Farmaceutica							
€/000	Spesa Convenzionata gen-ago 2016	Spesa Convenzionata gen-ago 2015	Delta 2016 - 2015	Risparmio previsto anno 2016	Risparmio previsto anno 2017	Risparmio previsto anno 2018	TOTALE MANOVRA APPLICATA AL TENDENZIALE 2018
A - riduzione della farmaceutica convenzionata	597.676	626.683	-29.006	-27.935	-27.935	-27.935	-83.804
B - riduzione della spesa farmaceutica mediante l'incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari				-	-2.925	-7.020	-9.945
C - governo della spesa dei farmaci in Distribuzione per Conto (DPC)				-	-20.400	-	-20.400
C1 - effetto aggiudicazione gara DPC				-	-31.350	-	-31.350
C2 - incremento spesa per trattamento pazienti cronici				-	10.951	-	10.951
D - effetto aggiudicazione nuova gara farmaci ospedalieri				-	-3.321	-13.282	-13.282
E - governo della spesa dei dispositivi medici				-	-14.155	-24.405	-24.405
E1 - obiettivi per singola azienda				-	-4.578	-11.634	-11.634
E2 - attivazione procedure gare centralizzate				-	-9.577	-12.771	-12.771
Totale Manovra				-27.935	-68.735	-72.642	-151.835

Valorizzazione delle manovre nell'ambito dell'approvvigionamento dei beni e servizi

La stima dell'impatto economico delle azioni descritte nell'ambito dell'intervento 4, 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 trimestre previsto per l'aggiudicazione, e la relativa voce di CE.

Iniziative di gara	Cod CE	Descrizione CE	Trimestre previsto di attivazione	Risparmio 2016 su 2015 Iva inclusa	Risparmio 2017 su 2015 Iva inclusa	Risparmio 2018 su 2015 Iva inclusa
Multiservizio tecnologico	BA1740	Altri servizi non sanitari da privato	IV 2016	-3.645	-43.740	-43.740
CUP Aziende Sanitarie	BA1740	Altri servizi non sanitari da privato	II 2017	-	-1.790	-3.579
Sistemi macchine reagenti da laboratorio 1	BA0290	Altri beni e prodotti sanitari	IV 2017	-	-	-486
Sistemi macchine reagenti da laboratorio 2	BA0290	Altri beni e prodotti sanitari	IV 2017	-	-	-685
Ossigeno domiciliare	BA1530	Altri servizi sanitari da privato	II 2017	-	-2.352	-3.136
Servizio ReCUP	BA1740	Altri servizi non sanitari da privato	II 2017	-	-992	-1.984
Infrastruttura ReCUP	BA1620	Servizi di assistenza informatica	I 2017	-	-63	-84
Ausili per incontinenti	BA1530	Altri servizi sanitari da privato	III 2017	-	-652	-2.606
Gestione e smaltimento rifiuti speciali	BA1640	Smaltimento rifiuti	III 2017	-	-102	-407
Trasporto sangue e campioni biologici	BA1530	Altri servizi sanitari da privato	I 2018	-	-	-458
Lavandolo	BA1580	Lavanderia	III 2017	-	-419	-1.678
Manutenzione apparecchiature elettromedicali	BA1940	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	I 2018	-	-	-915
Pulizia	BA1590	Pulizia	II 2018	-	-	-5.419
Ristorazione	BA1600	Mensa	III 2018	-	-	-1.100
		TOTALE		-3.645	-50.109	-66.275

Valori in €/000

In particolare, in riferimento alla metodologia di valutazione per la quantificazione degli importi indicati nella tabella sopra riportata, in relazione alle diverse voci, si specifica quanto segue:

Multiservizio tecnologico: trattandosi di gara già aggiudicata, i risparmi evidenziati corrispondono all'importo minimo realizzabile in funzione dei prezzi di aggiudicazione dell'appalto, derivanti dai ribassi rispetto alla base d'asta, i cui effetti avranno luogo con la sottoscrizione dei contratti da parte delle Aziende Sanitarie (dicembre 2016). Tale risparmio è dato dall'applicazione dei nuovi prezzi al servizio che di fatto prosegue in continuità con il vecchio appalto.

Sulle altre 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.

Di seguito si riporta una tabella sintetica che riepiloga gli effetti derivanti da gare centralizzate per ciascun anno:

Voci di costo (€/000)	Risparmio 2016	Risparmio 2017	Risparmio 2018
Farmaci		-31.350	
Dispositivi medici		-9.577	-12.771
Altri beni e servizi	-3.645	-50.109	-66.275
TOTALE	-3.645	-91.036	-79.046

Valorizzazione delle manovre nell'ambito delle politiche del personale

Le azioni previste nell'ambito dell'intervento 3 prevedono la predisposizione di budget assunzionali da parte delle AA.SS. per un valore complessivo massimo a livello regionale pari:

- al 45% delle cessazioni di personale a tempo indeterminato dell'anno 2015, per l'anno 2016;
- al 90% delle cessazioni di personale a tempo indeterminato dell'anno 2016, per l'anno 2017;
- al 95% delle cessazioni di personale a tempo indeterminato dell'anno 2017, per l'anno 2018.

Il budget, nel suo valore complessivo, è destinato sia alle **nuove assunzioni di personale** sia alle "**stabilizzazioni**" di personale di cui al DPCM 6 marzo 2015 e ai DCA n. U00539/2015 e n. U000154/2016, tenendo conto del DCA n. U00238/2016, recante "*Disposizioni inerenti l'applicazione dell'art. 1 comma 543 della Legge n.208 del 28 dicembre 2015*".

Per la stima della manovra, è stata ipotizzata una percentuale di ripartizione delle assunzioni distinte tra nuove assunzioni, stabilizzazioni di cui al DPCM 06.03.2015 e assunzioni effettuate sulla base di quanto disposto dall'art. 1 comma 543 della L. n. 208/2015, come mostrato nella seguente tabella:

Ipotesi Modalità Utilizzo Budget Assunzionali			
€	2016	2017	2018
Nuove Assunzioni	100%	25%	50%
Stabilizzazioni DPCM 2015	0%	50%	50%
Riserva di posti (Legge Stabilità 2016)	0%	25%	0%

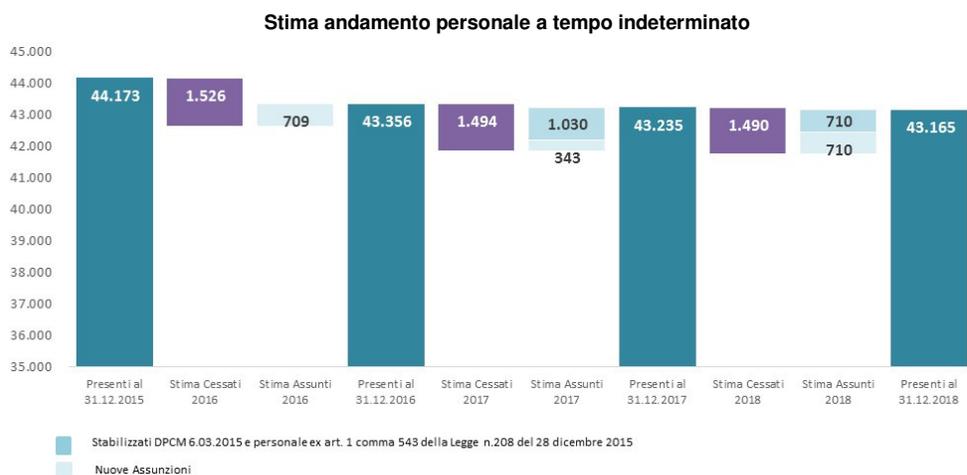
Le stabilizzazioni di cui al DPCM 06.03.2015 e le assunzioni effettuate sulla base di quanto disposto dall'art. 1 comma 543 della L. n. 208/2015 generano ulteriori costi per il SSR in una misura inferiore rispetto alle nuove assunzioni, poiché si tratta di personale, il cui costo è già rilevato nei bilanci delle Aziende.

In particolare, per il calcolo degli impatti, si è stimato un incremento del costo rispetto alla spesa attualmente sostenuta per le unità di personale a tempo determinato e co.co.co. che si convertiranno in personale a tempo indeterminato in misura pari al:

- 20% per il personale a tempo determinato;
- 30% per il personale con contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

La stima dell'impatto economico si è basata sulle seguenti ipotesi e fonti informative:

- Unità di personale a tempo indeterminato (per profilo professionale) presenti al 31.12.2014, così come rilevato dalla tabella T1 di Conto Annuale 2014;
- Unità di personale cessato nel corso del 2015 per profilo professionale, così come da rilevazione regionale;
- Cessazioni per gli anni 2016-2018 in linea con l'incidenza osservata nel 2015 sul totale dei presenti nell'anno precedente;
- Assunzioni/ stabilizzazioni in misura pari al 45% dei cessati 2015 per l'anno 2016, al 90% dei cessati 2016 per l'anno 2017 e 95% dei cessati 2017 per l'anno 2018;
- Costo medio per figura professionale ipotizzato costante e pari ai valori da Conto Annuale 2014 (Tabelle 12 e 13);
- Impatto sull'IRAP calcolato in funzione dell'incidenza del valore dell'IRAP per il personale dipendente e costo del personale dipendente registrata al Consuntivo 2015 (ca 7%).



Le successive tabelle illustrano i passi metodologici per la valorizzazione della manovra dei budget assunzionali.

Si evidenzia che la seguente tabella riporta la valorizzazione del saldo cessati-assunti dell'anno n e non la valorizzazione della manovra associato all'anno n medesimo, valorizzata, invece, considerando l'effetto trascinamento per il quale il risparmio connesso dal delta positivo tra cessati e assunti non si realizza tutto nell'anno di cessazione, ma si esaurisce nell'anno successivo.

Calcolo Impatto Budget Assunzionali		Totale																					
Qualifica	2015				2016				2017				2018										
	Costo medio 2014 [€]	Presenti 31/12/2014	Cessati 2014	Cessati 2015	Assunti 2015	Presenti 31/12/2015	Stima Cessati-Assunti 2015 [€]	Valore Delta 2015 [€]	% cessazione 2015	Stima Cessati 2016	Stima Assunti 2016	Presenti 31/12/2016	Stima Cessati-Assunti 2016 [€]	Valore Delta 2016 [€]	Stima Cessati 2017	Stima Assunti 2017	Presenti 31/12/2017	Stima Cessati-Assunti 2017 [€]	Valore Delta 2017 [€]	Stima Cessati 2018	Stima Assunti 2018	Presenti 31/12/2018	Stima Cessati-Assunti 2018 [€]
		alfa	A	B	C	D=30%*B	E=A-C+D	V1 = alfa*(C-D)	beta = C/A	F=beta*E	G=45%*C	H=E-F+G	V2 = alfa*(F-G)	I=beta*H	J=80%*F	K=H-I+J	V3=alfa*(I-J)	L=beta*K	M=95%*I	N=K-L+M	O=4*H	V4=alfa*(N-O)	
Personale Sanitario	59.522	34.498	692	1.093	208	33.613	62.525.722	3,2%	1.061	492	33.044	39.917.854	1.040	955	32.958	5.796.527	1.037	989	32.909	3.415.840			
Medici	108.410	8.787	277	452	83	7.818	37.825.400	5,3%	414	194	7.559	23.751.057	492	372	7.059	3.226.080	400	382	7.357	2.004.121			
Infiammati	42.390	20.104	300	500	92	20.290	17.337.047	2,4%	490	225	20.031	11.295.902	484	441	19.983	1.815.050	483	400	19.900	980.431			
Riabilitatori	38.211	1.034	18	27	5	1.012	803.092	2,6%	28	12	906	516.741	28	24	905	82.177	28	25	904	46.015			
Tecnici	43.876	2.142	87	98	17	3.073	3.009.203	2,7%	84	39	3.023	1.993.169	93	78	3.021	313.078	93	79	3.017	172.400			
Dirigenti Sanitari non medici	86.743	1.798	30	38	9	1.788	2.899.232	3,1%	38	18	1.717	1.991.233	37	34	1.714	303.478	37	36	1.713	168.590			
Farmacisti	88.398	183	6	9	2	176	834.349	4,9%	9	4	171	404.892	8	8	171	50.258	8	8	170	34.322			
Personale Tecnico	35.396	5.431	181	215	48	5.264	6.250.629	4,6%	208	97	5.153	4.130.523	204	187	5.136	598.383	203	194	5.127	353.013			
Dirigenti	98.706	89	2	6	1	83	533.014	8,8%	8	3	80	278.700	5	5	59	29.930	5	5	59	23.390			
Comparto	35.447	5.383	159	209	48	5.202	5.717.815	3,9%	203	94	5.093	3.851.823	199	182	5.077	588.454	198	189	5.068	325.823			
Personale Amministrativo	35.337	5.383	174	262	51	5.152	7.924.167	4,5%	262	118	5.019	5.027.429	245	227	5.000	696.629	244	233	4.989	426.126			
Dirigenti	98.706	140	8	9	2	139	710.886	6,2%	9	4	134	444.787	8	8	134	51.036	8	8	133	37.341			
Comparto	35.447	5.217	105	253	50	5.014	7.213.482	4,8%	243	114	4.884	4.582.042	237	219	4.800	689.593	230	225	4.850	388.780			
Personale Professionale	71.337	119	4	4	1	116	187.916	9,4%	4	2	114	141.679	4	4	114	21.720	4	4	114	12.201			
Dirigenti	98.706	89	2	2	1	89	132.189	2,9%	2	1	87	104.571	2	2	88	16.310	2	2	88	9.048			
Comparto	35.447	80	2	2	1	49	49.626	4,0%	2	1	48	37.007	2	2	47	5.411	2	2	47	3.155			
Altro Personale	31.373	28	1	1	0	27	22.371	3,6%	1	0	27	16.778	1	1	27	2.917	1	1	27	1.438			
Contrattisti	31.358	28	1	1	0	27	22.371	3,6%	1	0	27	16.778	1	1	27	2.917	1	1	27	1.438			
Totale	45.438	1.029	1.575	309	44.173	76.910.704	3,6%	1.528	708	43.356	48.234.162	1.494	1.373	43.235	7.116.878	1.490	1.419	43.165	4.205.618				

Di seguito si riportano gli impatti economici della manovra dei budget assunzionali, nell'ipotesi di linearità delle fuoriuscite sopra stimate per gli anni 2016-2018. Per l'anno 2016, si stima sia il trascinamento di metà del risparmio derivante dai cessati 2015 sia la metà della quota di risparmio associabile ai cessati attesi nel 2016 come effetto dell'ipotesi di andamento lineare delle fuoriuscite durante l'anno di applicazione della manovra; stesso procedimento per il 2017 e il 2018 per cui vale il trascinamento di 50% manovra dell'anno precedente e il 50% della manovra di competenze dell'anno. Si precisa, che eventuali ulteriori internalizzazioni saranno compensata da riduzioni di costo rilevate in altre voci (ad esempio altri servizi sanitari e non sanitari).

Totale Manovra Budget Assunzionali			
€/000	2016	2017	2018
a1 Valore Budget assunzionali 2015	-38.455	-	-
a2 Valore Budget assunzionali 2016	-24.617	-24.617	-
a3 Valore Budget assunzionali 2017	-	-3.558	-3.558
a4 Valore Budget assunzionali 2018	-	-	-2.104
A Totale Manovra Personale Tempo Indeterminato	-63.072	-28.175	-5.662
B Stabilizzazione Tempo Determinato		-16.601	-33.724
C Stabilizzazione Co.co.co.		-7.263	-7.263
D=B+C Totale Manovra Personale TD - co.co.co.		-23.864	-40.987
E=A+D Totale Valorizzazione Budget Assunzionali	-63.072	-52.039	-46.649
F=E x 7% IRAP	-4.415	-3.643	-3.265
G=E+F Totale Valorizzazione Budget Assunzionali e IRAP	-67.488	-55.682	-49.915

A fronte della "stabilizzazione" del personale a tempo determinato (20,8 €/mIn per il 2017 e 42,2 €/mIn per il 2018) e dei co.co.co. (10,4 €/mIn per il 2017 e 10,4 €/mIn per il 2018), ricompresa all'interno della valorizzazione della manovra sul personale a tempo indeterminato, che riporta il saldo tra assunzioni e cessazioni, è stata stimata una riduzione (evidenziata in tabella a lato) delle corrispondenti voci di costo in misura pari al:

- 80% per il personale a tempo determinato
- 70% per il personale co.co.co.

Valorizzazione delle manovre nell'ambito della gestione del contenzioso

Come evidenziato nel paragrafo 1.9, nel corso del triennio la Regione intende porre in essere una serie di azioni di razionalizzazione e coordinamento della gestione del contenzioso a livello regionale, anche attraverso l'istituzione del **Comitato tecnico permanente di indirizzo delle attività legali** che si occuperà della gestione dei contenziosi nei confronti degli erogatori dei servizi assistenziali e che opererà congiuntamente con l'Avvocatura Regionale e con gli uffici legali delle Aziende, in modo che i contenziosi pregressi possano essere gestiti a livello regionale, mentre per i contenziosi futuri possa svolgere un'azione di coordinamento. Inoltre, il trasferimento nel bilancio della GSA dei fondi rischi relativi ai contenziosi pregressi nei confronti degli erogatori dei servizi assistenziali, finora accantonati nei bilanci delle singole Aziende, unitamente all'istituzione del Comitato tecnico, permetteranno una gestione più appropriata del contenzioso, in termini di:

- una migliore e più efficace azione di difesa nelle cause in corso, guidata da un soggetto unitario;
- una più appropriata quantificazione del grado di soccombenza nelle diverse cause e in relazione alle diverse fasi del giudizio, limitando inoltre i mancati aggiornamenti degli importi accantonati in relazione ai diversi gradi di giudizio;
- una migliore gestione delle somme accantonate, limitando gli effetti sulla gestione straordinaria nei bilanci delle aziende sanitarie, a seguito di sentenze favorevoli o sfavorevoli per l'Amministrazione.

Dall'analisi dei dettagli della composizione dei fondi rischi delle Aziende, al netto della quota relativa al rischio clinico, forniti in sede di predisposizione dei bilanci d'esercizio 2015, pari complessivamente a 1,2 €/mld, in considerazione anche della tendenza da parte di alcune aziende ad accantonare l'intero importo del *petitum*, senza alcuna valutazione del grado di soccombenza, è stata stimata una riduzione degli accantonamenti al termine del triennio in misura pari a **39,3 €/mln**, derivanti da una più efficace gestione del contenzioso anche attraverso logiche compensative a livello regionale. Si precisa che tale valore rappresenta l'importo minimo recuperabile dalle azioni sopra descritte e che corrisponde al 3,2% del fondo rischi iscritto dalle Aziende e dalla GSA al 31.12.2015, ad esclusione della quota relativa al rischio clinico.

Valorizzazione delle manovre nell'ambito dei Piani di efficientamento aziendali

In attuazione di quanto disposto dal DM 21.06.2016, gli Enti individuati con il DCA 273/2016 dovranno predisporre i piani di efficientamento, contenenti le manovre che consentiranno il rispetto degli obiettivi di rientro previsti, così come rappresentati nella tabella sotto riportata.

COD	AZIENDE	% di rientro da decreto 1° anno	obiettivo rientro da decreto 1° anno	obiettivo rientro triennio
901	S. Camillo	20%	-15.458	-61.831
902	S Giovanni	15%	-11.339	-52.914
906	AOU Umberto I	20%	-8.595	-42.974
908	IFO	20%	-3.697	-18.485
919	AOU S Andrea	20%	-2.934	-14.668
920	AOU PTV	20%	-5.596	-27.982
			-47.618	-218.854

Valori in €/000

Pertanto, al fine di rispettare quanto disposto dalla normativa nazionale, le aziende dovranno porre in essere una serie di azioni ulteriori rispetto a quelle previste a livello regionale.

Di conseguenza, al fine di quantificare l'impatto delle azioni che saranno poste in essere nell'ambito dei piani di efficientamento, è necessario escludere dal computo gli effetti delle manovre regionali già considerate.

In sintesi, la stima dell'impatto economico si è basata sulle seguenti ipotesi:

- Impatto sulle Aziende Ospedaliere delle manovre previste a livello regionale relative al personale, per il 27,6% (pari all'incidenza percentuale del costo del personale dei sei enti sul costo del consolidato regionale 2015), ovvero 15.368 €/000 per il 2017 e 13.776 €/000 per il 2018;
- Impatto sulle Aziende Ospedaliere delle manovre previste a livello regionale relative ai beni e servizi, per il 31,9% (pari all'incidenza percentuale del costo per beni e servizi dei sei enti sul costo del consolidato regionale 2015), ovvero 20.500 €/000 per il 2017 e 28.927 €/000 per il 2018;
- Conseguimento degli obiettivi di rientro per il primo anno, in misura pari a quanto previsto dal DM 21.06.2016, al netto degli effetti derivanti dalle manovre regionali, per un valore complessivo di 11.749 €/000;
- Conseguimento del restante obiettivo di rientro, in misura pari al 50% dell'importo residuo al termine del triennio, al netto degli effetti derivanti dalle manovre regionali, per un valore complessivo di 42.915 €/000.