Supplemento ordinario n. 19 al "Bollettino Ufficiale" n. 5 del 7 febbraio 2011

Poste Italiane S.p.A. - Spediz. in abb. postale 70% - DCR Roma

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA REGIONE LAZIO

Roma, 7 febbraio 2011 *PARTE PRIMA - PARTE SECONDA*

Si pubblica normalmente il 7, 14, 21 e 28 di ogni mese
Registrazione: Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:
1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Ufficio Bollettino Ufficiale, Tel. 06-51685250 - 06-51685074.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 31 dicembre 2010, n. **113.**

Programmi operativi 2011-2012 ..... *Pag.* 3

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 31 dicembre 2010, n. **113**.

Programmi operativi 2011-2012.

LA PRESIDENTE
In Qualita' di Commissario ad Acta

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

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

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

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

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

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Lazio;

PRESO ATTO che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 n. 3743 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio;

PRESO ATTO che il Piano di Rientro aveva valenza triennale con scadenza il 31 dicembre 2009;

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012;

PRESO ATTO di quanto disposto nel Patto per la Salute 2010-2012, in particolare all'art. 13, comma 14 circa il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;

VISTA la Legge del. 23/12/2009, n. 191, legge finanziaria per il 2010, in particolare, l'art. 2, comma 88;

VISTA la Legge del. 13/12/2010, n. 220, concernente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2011;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0049 dell' 31 maggio 2010 e s.m. con il quale è stato approvato il nuovo documento "programmi Operativi 2010" recependo le indicazioni del Tavolo Tecnico e del Comitato nelle riunioni di verifica;

VISTO il verbale delle riunioni del 13 e 26 ottobre 2010, per la verifica degli adempimenti regionali nel quale, Tavolo Tecnico e Comitato ex art. 9 e 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005, hanno subordinato l'erogazione del 20% della restante quota delle risorse spettati fino a tutto il 2009 all'invio, entro il 31 dicembre 2010, e la conseguente verifica positiva, tra l'altro, anche dei programmi operativi 2011-2012, ivi compresi i relativi provvedimenti attuativi, in particolare il decreto di fissazione dei tetti di spesa ed i relativi contratti sottoscritti per gli anni 2011 e 2012;

PREDISPOSTO il documento riguardante i programmi operativi per l'anno 2011-2012 allegato al presente decreto;

DECRETA

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

- di approvare il documento contenente i Programmi Operativi per l'anno 2011-2012, allegato al presente provvedimento, e che ne costituisce parte integrante e sostanziale (All. 1), con riserva di integrazioni e modifiche all'esito dell'esame da parte dei ministeri affiancanti;

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

La Presidente
Renata POLVERINI

Allegato

Regione Lazio

Programmi Operativi Biennio 2011 – 2012

Art. 2 L. 191/2009

Sommario

Premessa

Sintesi delle manovre

Tendenziali 2011 e 2012

Ricavi

Costi

Programma 1 – Rete ospedaliera

Intervento 1 – Riconversione piccoli ospedali

Azione 1.1 – Istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento dei piani di riconversione"

Azione 1.2 – Riconversione delle strutture ospedaliere

Intervento 2 – Riqualificazione assistenza ospedaliera

Azione 2.1 – Istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento Regionale sviluppo delle reti"

Azione 2.2 – Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS

Azione 2.3 – Razionalizzazione delle unità operative delle strutture ospedaliere per acuti

Valorizzazione programma operativo – Rete ospedaliera

Valorizzazione Azione 1.2 – Riconversione delle strutture ospedaliere

Valorizzazione Azione 2.2 – Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS

Programma 2 – Riqualificazione Assistenza territoriale

Intervento 3 – Attivazione strutture territoriali

Azione 3.1 – Attivazione attività territoriali a seguito riconversione

Azione 3.2 – Attivazione dei nuovi posti letto di RSA

Azione 3.3 – Aggiornamento requisiti accreditamento per le RSA

Azione 3.4 – Completamento procedure di autorizzazione e accreditamento definitivo e avvio attività di verifica presso le strutture (RSA)

Azione 3.5 –Adozione criteri di valutazione utenti destinati ad RSA

Azione 3.6 –Aggiornamento tariffe

Azione 3.7 –Potenziamento sistema informativo SIRA

Azione 3.8 – Sviluppo del PUA distrettuale integrato sociosanitario

Azione 3.9 – Accordi con MMG

Intervento 4 – Assistenza riabilitativa e di mantenimento

Azione 4.1 – Strutture di riabilitazione territoriale

Intervento 5 – Assistenza domiciliare

Azione 5.1 – Piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare

Intervento 6 – Assistenza specialistica ambulatoriale

Azione 6.1 – Adozione del nuovo nomenclatore tariffario

Azione 6.2 – Riorganizzazione rete laboratoristica pubblica e adeguamento al Piano di riordino della rete ospedaliera

Azione 6.3 – Rete di medicina trasfusionale

Azione 6.4 – Attuazione dell'Accreditamento e razionalizzazione della rete privata accreditata

Intervento 7 – Attuazione disposizioni di cui al DM 11 Dicembre 2009

Azione 7.1 – Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori

Intervento 8 – Riqualificazione rete Emergenza Urgenza

Azione 8.1 – Piano di attuazione della riqualificazione della rete

Azione 8.2 – Piano di attuazione della riqualificazione dei sistemi di gestione e coordinamento della rete di emergenza urgenza (ruolo ARES)

Intervento 9 – Reti assistenziali integrate

Azione 9.1 – Sviluppo Attuazione della rete assistenziale delle cure palliative residenziali e domiciliari

Azione 9.2 – Attuazione della rete assistenziale per la cura del dolore cronico non oncologico

Valorizzazione programma operativo – Riqualificazione Assistenza territoriale

Valorizzazione Azione 3.1 – Attivazione attività di natura territoriale a seguito riconversione

Valorizzazione Azione 3.2 – Attivazione dei nuovi posti letto di RSA

Valorizzazione Azione 4.1 – Strutture di riabilitazione territoriale

Valorizzazione Azione 6.1 – Adozione del nuovo nomenclatore tariffario

Valorizzazione Azione 6.2 – Riorganizzazione rete laboratoristica pubblica e adeguamento al Piano di riordino della rete ospedaliera

Valorizzazione Azione 6.3 – Rete di medicina trasfusionale

Valorizzazione Azione 6.4 – Attuazione dell'Accreditamento e razionalizzazione della rete privata accreditata

Valorizzazione Azione 7.1 – Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori

Programma 3 – Prevenzione

Intervento 10 – Qualificazione dei Programmi di Screening Oncologici

Azione 10.1 – Adeguamento dei Programmi di screening aziendali agli standard nazionali

Programma 4 – Assistenza farmaceutica

Intervento 11 – Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Azione 11.1 – Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale

Azione 11.2 – Definizione di un piano di formazione per i MMG e i Farmacisti

Azione 11.3 – Incentivo alla prescrizione dei farmaci equivalenti.

Azione 11.4 – Attuazione di percorsi terapeutici per categorie di farmaci alto spendenti

Azione 11.5 – Ampliamento della distribuzione per conto (DPC)

Azione 11.6 – Rimodulazione delle fasce di remunerazione dei farmaci in DPC

Azione 11.7 – Rinnovo accordo quadro per Epoetina

Azione 11.8 – Distribuzione diretta

Azione 11.9 – Gara regionale per l'acquisto dei medicinali biotecnologici e/o biosimilari

Azione 11.10 – Attività di formazione e informazione in merito ai medicinali biotecnologici e/o biosimilari

Azione 11.11 – Gestione dei farmaci sottoposti al Registro AIFA

Azione 11.12 – Recupero economico del *payment by results*

Valorizzazione programma operativo – Assistenza farmaceutica

Valorizzazione Azione 11.3 – Incentivo alla prescrizione dei farmaci equivalenti

Valorizzazione Azione 11.5 – Ampliamento della distribuzione per conto (DPC)

Valorizzazione Azione 11.6 – Rimodulazione delle fasce di remunerazione dei farmaci in DPC

Valorizzazione Azione 11.7 – Rinnovo accordo quadro per Epoetina

Programma 5 – Razionalizzazione gestione del personale

Intervento 12 – Contenimento della spesa per il personale

Azione 12.1 – Blocco del turn over

Azione 12.2 – Determinazione tetti di spesa per il personale

Azione 12.3 – Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane

Azione 12.4 – Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale.

Azione 12.5 – Formazione del personale

Azione 12.6 – Interventi derivanti dalla normativa finanziaria

Azione 12.7– Fondi contrattuali

Azione 12.8 – Prestazioni aggiuntive

Azione 12.9 – Attività libero professionale intramuraria

Azione 12.10 – Verifica che i dipendenti siano assegnati alle effettive mansioni di appartenenza ed eventuale ricollocazione entro e non oltre il 2011

Azione 12.11 – Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)

Azione 12.12 – Linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa in applicazione dell'articolo 7 del CCNL 19.04.2004 del personale del comparto sanità, dell'art 9 CCNL 2002-2005 del personale della dirigenza sanità nonché dell'art. 2 dell'AA.CC.NN. 2005 e s.m.i

Azione 12.13 – Verifica della corretta applicazione delle disposizioni di cui 71 L. 133/2008

Azione 12.14 – Sistema di valutazione della performance

Valorizzazione programma operativo – Razionalizzazione gestione del personale

Valorizzazione Intervento 12 – Contenimento della spesa per il personale

Programma 6 – Interventi di sistema

Intervento 13 – Processo di accreditamento

Azione 13.1 – Attivazione procedure per accreditamento definitivo

Intervento 14 – Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati

Azione 14.1– Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Azione 14.2 – Attività residenziale extraospedaliera

Azione 14.3 – Assistenza ospedaliera per acuti

Azione 14.4 – Riabilitazione e Lungodegenza

Intervento 15 – Attuazione della riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 15.1 – Attuazione del nucleo di HTA; conferma e rafforzamento dei vincoli per investimenti e tecnologie

Azione 15.2 – Potenziamento del sistema dei controlli e del monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 15.3 – Azioni propedeutiche ad un efficace monitoraggio della attività prescrittiva

Azione 15.4 – Azioni finalizzate al rispetto della normativa in materia di certificazione di malattia

Valorizzazione programma operativo – Interventi di sistema

Valorizzazione Azione 14.1 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Valorizzazione Azione 14.2 – Attività residenziale extraospedaliera

Valorizzazione Azione 14.3 – Assistenza ospedaliera per acuti

Valorizzazione Azione 14.4 – Riabilitazione e Lungodegenza

Programma 7 – Centrale Acquisti

Intervento 16 – Razionalizzazione Acquisti Beni e Servizi

Azione 16.1 – Gare centralizzate

Azione 16.2 – Collaborazione con Consip

Azione 16.3 – Razionalizzazione dei consumi e analisi della spesa

Azione 16.4 – Ottimizzazione del modello logistico

Azione 16.5 – Orientamento delle richieste delle Aziende Sanitarie per effetto del decreto 42/2010

Valorizzazione programma operativo – Centrale acquisti

Valorizzazione Azione 16.1 – Gare centralizzate

Valorizzazione Azione 16.2 – Collaborazione con Consip

Valorizzazione Azione 16.3 – Orientamento delle richieste delle Aziende Sanitarie per effetto del decreto 42/2010

Valorizzazione Azione 16.4 – Razionalizzazione dei consumi e analisi della spesa

Programma 8 – Definizione rapporti con le Università

Intervento 17 – Rinnovo Protocolli d'intesa con le Università

Azione 17.1 – Rinnovo Protocolli d'intesa con le Università

Programma 9 – Manovre da bilancio regionale

Intervento 18 – Manovre da bilancio regionale

Azione 18.1 – Stanziamento contributo per trasporti riabilitazione extraospedaliera (cap H41584)

Azione 18.2 – Riduzione contributi agenzie regionali

ALLEGATI

Allegato 1 – Riconversione delle strutture ospedaliere

Allegato 2 – "Regole" di sistema per gli erogatori pubblici e privati

Premessa

Il presente documento contiene i programmi operativi per il biennio 2011-2012 in proseguo di quelli riguardanti l'anno 2010, tutti contemplati nella legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88, laddove è previsto:

"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale".

La norma riportata rappresenta la continuità di un percorso che storicamente nasce con l'accordo Stato-Regioni e P.A. dell'8 agosto 2001 col quale, dopo la constatazione del continuo perpetrarsi di disavanzi nella gestione del SSN, è stato avviato un percorso normativo e concertativo, parallelo al processo di devoluzione dell'ordinamento repubblicano in forma federalista, caratterizzato da un necessario forte coordinamento centrale mediante organismi partecipativi di verifica e, quindi, con l'introduzione dei piani di rientro. Ciò anche per il fatto che i disavanzi risultano particolarmente concentrati in alcune regioni.

Così, con l'articolo 1, comma 180, la legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) è stata prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di elaborare un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale da sottoscrivere, con apposito Accordo, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero della Salute. Con l'Accordo si individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, stipulata il 23 marzo 2005.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (legge Finanziaria 2006), nel confermare gli obblighi a carico delle Regioni di cui alla legge 30 dicembre 2004, n. 311 art. 1, comma 174 e all'intesa del 23 marzo 2005, ha previsto l'innalzamento nella misura massima delle aliquote regionali IRPEF e IRAP qualora i provvedimenti adottati non risultassero idonei al ripianamento del disavanzo.

La successiva intesa Stato-Regioni e P.A. del 5 ottobre 2006, "Patto della Salute" per il triennio 2007/2009, è stata recepita dalla legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007) che ha disciplinato i Piani di rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri. La Regione Lazio ha sottoscritto l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il triennio 2007/2009.

Gli obiettivi concordati e riportati nel piano di Rientro riguardavano in particolare:

- la ridefinizione della rete ospedaliera in considerazione dell'offerta eccedente con necessità di rientro negli standard di posti letto all'epoca vigenti;
- la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e lo sviluppo del sistema delle cure primarie;
- il governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti;

- il conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale.

Dal procedimento di verifica e monitoraggio del Piano di Rientro, effettuato dal Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, secondo le modalità previste nell'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, è stato riscontrato il mancato rispetto degli adempimenti previsti dal piano stesso in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico finanziario e di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Conseguentemente, in attuazione dell'art.4 della Legge 29/11/2007 n.222 di conversione del Decreto Legge del 1/10/2007 n.159, esperita la propedeutica procedura di diffida, il Consiglio dei Ministri ha nominato quale Commissario ad Acta, per l'intero periodo di vigenza del Piano, il Presidente pro tempore della Regione Lazio con Delibera dell'11 luglio 2008.

Successivamente, il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 17 ottobre 2008, a norma del D.L. n. 154 del 7 ottobre 2008, ha proceduto alla nomina di un sub Commissario.

A seguito delle dimissioni del Presidente pro-tempore da Presidente della Regione Lazio e da Commissario ad Acta, il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 28 ottobre 2009, ha nominato quale nuovo Commissario ad Acta, fino all'insediamento del nuovo Presidente della Giunta, il Prof. Elio Guzzanti, confermando i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente pro-tempore, riassunti in una serie di obiettivi aventi la finalità di razionalizzazione e di rientro dal disavanzo.

A seguito dell'insediamento del nuovo Presidente della Giunta della Regione Lazio, avvenuta in data 15 aprile 2010, il Consiglio dei Ministri, con propria deliberazione del 23 aprile 2010, ha nominato il Presidente pro-tempore della Giunta Regionale della Regine Lazio quale Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni già comunicate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro, ovvero, in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza ed il Tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di Rientro e coerenti nella dimensione finanziaria e, nella tempistica di attuazione, con gli obiettivi finanziari programmati.

In sede di verifica del 10 dicembre 2009, Tavolo e Comitato hanno ritenuto insufficienti le manovre adottate ai fini del rientro ed hanno richiesto alla Regione Lazio, in applicazione dell'art. 13, comma 14, del Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, quale regione già sottoposta al Piano di Rientro e già commissariata, di presentare programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. Nella stessa riunione di verifica, Tavolo e Comitato hanno altresì dato mandato alla Regione di assicurare alcuni interventi alle scadenze prefissate, che, se rispettate, avrebbero consentito il trasferimento di fondi non ancora assegnati.

La legge 191/2009, legge finanziaria 2010, ha confermato i contenuti del Patto per la Salute e quindi il mandato di predisporre i programmi operativi.

I programmi operativi per l'anno 2010 sono stati adottati con decreto n. U0096 del 29 dicembre 2009 e successivamente oggetto di una serie di integrazioni e modifiche, per ultimo con decreto n. U0049 del 31 maggio 2010.

Dopo l'adeguamento dei programmi operativi, in occasione della riunione del 21 luglio 2010, Tavolo e Comitato, hanno evidenziato la necessità che, da parte delle gestione commissariale, si operasse un eccezionale sforzo di recupero che, nell'ambito dell'assestamento del programma operativo 2010, comprendesse l'approvazione di tutti i provvedimenti necessari a completare la manovra richiesta, prevedendo una verifica straordinaria, entro il 10 ottobre 2010, sulla base della documentazione trasmessa entro il 30 settembre 2010.

Tavolo e Comitato avevano inoltre chiesto al Commissario di provvedere:

- all'invio dei dati di consuntivo relativi all'anno 2009, sia di conto economico che di stato patrimoniale, corredandoli di relazioni esplicative;
- alla definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera da adottarsi entro il 31 ottobre 2010;
- alla stesura del programma operativo riguardante gli anni 2011-2012 entro il 31 ottobre 2010;
- alla conclusione della procedura di ricognizione dei debiti, predisponendo un piano che individuasse le modalità e i tempi di pagamento ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 78/2010.

Hanno fatto seguito gran parte degli adempimenti richiesti e, in particolare, i provvedimenti di riordino della rete ospedaliera con i collegati provvedimenti delle reti di specialità.

All'esito delle verifica prevista nel mese si ottobre, conclusasi il 26 ottobre, il Tavolo ha espresso le proprie valutazioni che, di seguito, si riportano in sintesi:

- disavanzo anno 2009 quantificato in Euro 1.419,449 milioni, in parte ancora privo di interventi di copertura;
- disavanzo privo di copertura per gli anni 2008 e precedenti pari a 1.611 milioni di Euro;
- insussistenza, per i suddetti pregressi disavanzi, delle condizioni per la disapplicazione degli automatismi di incremento delle aliquote fiscali oltre il livello massimo;

Tavolo e Comitato hanno altresì preso atto delle rilevanti azioni di risanamento finora adottate, valutando la sussistenza delle condizioni per l'erogazione del 60% delle spettanze residue a tutto l'anno 2009. Nel contempo, hanno fissato una serie di adempimenti, da assicurare a varie scadenze, per l'erogazione, in più tranche, delle ulteriori risorse. In particolare è stato previsto che la Regione provveda a quanto segue:

- entro il 31 dicembre 2010:
  - adozione di tutte le misure necessarie, ivi comprese eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi finanziari per l'anno 2010;
  - programma operativo per l'anno 2011 e l'anno 2012 ivi compresi i relativi provvedimenti attuativi, in particolare il decreto di fissazione dei tetti di spesa ed i relativi contratti sottoscritti per gli anni 2011 e 2012;
  - provvedimento relativo al piano dei pagamenti di cui all'articolo 11, comma 2, del DL 78/2010;

  - relazione attestante il definitivo consolidarsi dei flussi informativi connessi al sistema Tessera sanitaria – ricetta elettronica e il relativo utilizzo con la conseguente dismissione delle funzioni residuali mantenute transitoriamente in vigore con il sistema Cosisan;
  - documentazione concernente l'effettiva manovra riguardante il personale distinta per le singole componenti per l'anno 2010;
  - adeguamento del Piano sanitario regionale in coerenza con il Piano ospedaliero;
- entro il 28 febbraio 2011:
  - l'effettiva attuazione del provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete laboratoristica;
  - l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali per l'anno 2011 in coerenza con il Piano ospedaliero;
  - l'adozione del regolamento concernente le procedure di accreditamento;
  - realizzazione dell'equilibrio di bilancio in sede di verifica di cui all'articolo 1, legge 311/2004.

In relazione ai suddetti adempimenti, col presente documento si procede alla stesura dei programmi operativi per il biennio 2011-2012, tenendo conto dello stato di avanzamento raggiunto e verosimilmente raggiungibile al 31 dicembre 2010, non senza dare atto che alcuni adempimenti previsti entro tale data non sono obiettivamente realizzabili, per cui faranno parte dei programmi 2011-2012.

Sintesi delle manovre

Di seguito la sintesi delle manovre con impatto economico nel corso del biennio 2011 e 2012.

	2011	2012
TENDENZIALE (al netto di ammortamenti e costi capitalizzati)	**- 1.139,00**	**- 1.127,00**
MANOVRA COMPLESSIVA	**378,3**	**621,0**
Rete ospedaliera	**125,1**	**190,3**
Riconversione piccoli ospedali	43,8	66,3
Riconversione delle strutture ospedaliere	*43,8*	*66,3*
Riqualificazione assistenza ospedaliera	81,3	124,0
Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS	*81,3*	*124,0*
Riqualificazione Assistenza territoriale	**3,3**	**24,1**
Attivazione strutture territoriali	(19,9)	(43,3)
Attivazione attività di natura territoriale a seguito riconversione	*(10,9)*	*(15,8)*
Attivazione dei nuovi di posti residenziali in RSA	*(9,0)*	*(27,5)*
Assistenza riabilitativa e di mantenimento	13,2	20,0
Strutture di riabilitazione territoriale	*13,2*	*20,0*
Assistenza specialistica ambulatoriale	-	30,4
Adozione del nuovo nomenclatore tariffario	-	*30,4*
Realizzazione Decreto 11 Dicembre 2009	10,0	17,0
Verifica delle esenzioni da parte dei Medici prescrittori	*10,0*	*17,0*
Assistenza farmaceutica	**52,4**	**89,3**
Razionalizzazione della spesa farmaceutica	52,4	89,3
Incentivo alla prescrizione dei farmaci equivalenti	*15,5*	*40,5*
Ampliamento della distribuzione per conto (DPC)	*19,5*	*26,0*
Rimodulazione delle fasce di remunerazione dei farmaci in DPC	*5,4*	*10,8*
Rinnovo accordo quadro per Epoetina	*12,0*	*12,0*
Razionalizzazione gestione del personale	**91,0**	**150,6**
Contenimento della spesa per il personale	91,0	150,6
Blocco del turn over	*62,7*	*122,3*
Formazione del personale	*3,8*	*3,8*
Interventi derivanti dalla normativa finanziaria (consulenze)	*24,5*	*24,5*
Interventi di sistema	**9,8**	-
Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati	9,8	-
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	*9,8*	-
Centrale acquisti	**72,0**	**142,0**
Razionalizzazione Acquisti Beni e Servizi	72,0	142,0
Gare centralizzate	*57,0*	*97,0*
Collaborazione con Consip	*5,0*	*5,0*
Razionalizzazione dei consumi e analisi della spesa	*10,0*	*40,0*
Manovre da bilancio regionale	**24,7**	**24,7**
Stanziamento contributo per trasporti riabilitazione extraospedaliera (cap H41584)	22,7	22,7
Riduzione contributi agenzie regionali	2,0	2,0
PROGRAMMATICO	- 760,70	- 506,04

Tabella 1 – Dettaglio Manovre 2011-2012

Tendenziali 2011 e 2012

I tendenziali 2011 e 2012 sono stati costruiti sulla base dei Conti Economici NSIS degli anni 2006-2009 e sulla proiezione ponderata del dato al III trimestre 2010. La proiezione 2010 è stata elaborata anche sulle evidenze emerse negli incontri con le Aziende Sanitarie del SSR finalizzati all'approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE del III Trimestre 2010 e alla valutazione aziendale della proiezione economica a finire.

	€/000	A	B	C	D	E
A1	Contributi F.S.R.	8.947.563	9.309.785	9.632.737	9.793.211	10.009.327
A2	Saldo Mobilità	- 90.010	- 106.576	- 99.200	- 59.429	- 99.200
A3	Entrate Proprie	377.763	533.831	389.553	386.853	389.114
A4	Saldo Intramoenia	13.327	18.231	18.231	18.231	18.231
A	**Totale Ricavi Netti**	**9.248.643**	**9.755.271**	**9.941.320**	**10.138.866**	**10.317.472**
B1	Personale	3.053.112	3.091.400	3.098.015	3.112.675	3.127.405
B2	Prodotti Farmaceutici Ed Emoderivati	573.193	636.825	700.209	743.621	789.726
B3	Altri Beni E Servizi	1.953.878	2.102.559	2.101.917	2.148.127	2.196.954
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	52.841	60.197	50.012	50.269	51.023
B5	Accantonamenti	130.137	205.117	97.140	166.282	169.524
B6	Variazione Rimanenze	5.680	792	7.773	-	-
B	**Totale Costi Interni**	**5.768.841**	**6.096.890**	**6.055.066**	**6.220.975**	**6.334.633**
C1	Medicina Di Base	539.354	588.209	589.532	606.933	609.837
C2	Farmaceutica Convenzionata	1.275.966	1.199.970	1.196.727	1.179.727	1.197.423
C3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	1.462.693	1.400.225	1.428.554	1.428.554	1.428.554
	Didattica e università Pol Univ Priv	*132.000*				
C3.2a	*Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale*		*419.222*	*419.222*	*428.836*	*438.670*
C3.2b	*Prestazioni Da Sumaisti*			*115.275*	*115.826*	*116.380*
C3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	496.839	523.750	534.497	544.662	555.051
C3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra	263.593	246.366	239.660	225.366	225.366
C3.4	Altre Prestazioni Da Privato	655.359	680.584	705.819	716.477	737.935
C3	Prestazioni Da Privato	2.878.484	2.850.925	2.906.326	2.915.060	2.946.906
C	**Totale Costi Esterni**	**4.825.804**	**4.639.104**	**4.692.585**	**4.701.719**	**4.754.166**
D	**Totale Costi Operativi (B+C)**	**10.594.645**	**10.735.994**	**10.747.650**	**10.922.694**	**11.088.799**
E	**Margine Operativo (A-D)**	**(1.346.002)**	**(980.723)**	**(806.330)**	**(783.828)**	**(771.327)**
F	**Totale Componenti Finanziarie e**	**388.551**	**509.055**	**377.709**	405.165	406.414
G	**Risultato Economico (E-F)**	**- 1.734.553**	**- 1.489.778**	**- 1.184.039**	**- 1.188.993**	**- 1.177.741**
H	**Risultato Economico per il calcolo delle coperture. (*)**	**- 1.693.342**	**- 1.419.449**	**- 1.134.027**	**- 1.138.724**	**- 1.126.718**

(*) Valore calcolato dal Tavolo di Verifica per anni 2008 e 2009; per 2010, 2011 e 2012 stimato come risultato al netto di amm.ti e costi capitalizzati

Tabella 1 – Tendenziali 2011 – 2012

Si ricorda che tale schema sintetico gestionale è costruito sulla base dei Conti Economici NSIS e rappresenta i risultati d'esercizio in base agli ultimi dati ufficiali a sistema.

Si riporta di seguito il dettaglio per le principali voci di CE.

Ricavi

CONTRIBUTI E SALDO MOBILITÀ

- **Contributi** (Contributi in conto esercizio da Regione e Province Autonome per la quota di Fondo Sanitario Regionale indistinto e vincolato) - È stato utilizzato come valore la stima ministeriale comunicata alla Direzione Finanziaria della Sanità Regionale il 27 dicembre 2010 (come da richiesta) che comprende anche

finanziamenti vincolati e obiettivi di Piano al lordo delle visite fiscali. Tuttavia, le indicazioni ministeriali prevedono che il contributo complessivo venga inserito al netto delle visite fiscali, e sono quindi considerati:

- Finanziamento indistinto al netto delle entrate proprie pari a **9.603 milioni di Euro** (da riparto condiviso in sede di Conferenza);
- Finanziamenti vicolati ad Obiettivi di Piano al netto delle visite fiscali per **190 milioni di Euro**

Per un totale di **9.793 milioni di Euro**.

Tale stima porta a un incremento di circa **380 milioni di Euro** da 2010 a 2012.

- **Saldo di Mobilità** - Per il saldo di mobilità in compensazione extraregionale per il 2011 è stata utilizzata la stima di mobilità 2009 comprensiva del conguaglio riconosciuto nella comunicazione del 27 dicembre 2010 pari quindi a circa **54 milioni di Euro** a cui sono aggiungono i valori della mobilità regionale non soggetta a compensazione per un importo complessivo pari a circa **5 milioni di Euro**, per un totale di **59 milioni di Euro**. Per il 2012 il valore secondo le stime è stato inserito il valore imputato nel CE 2009. Si resta in attesa del dato di stima di cui alla delibera CIPE al fine di inserire un valore più puntuale.

ENTRATE PROPRIE

Nella voce Entrate Proprie pari a circa **389 milioni di Euro** per l'anno 2012 si compone delle voci che seguono.

ULTERIORI TRASFERIMENTI PUBBLICI

Alla voce "Ulteriori Trasferimenti Pubblici"[1] è stato inserito nella proiezione ponderata, un valore pari a **110 milioni di Euro**, così composto:

- da altri Enti (Province, Comune, c/esercizio) inseriti **32 milioni di Euro** in base alla proiezione del dato al III trimestre che conferma l'andamento storico come da CE sia nel 2009 (30 €/mln), sia nel 2008 (32 €/mln) porta a stimare un ricavo di pari entità rispetto agli anni precedenti.
- da Regione extrafondo vincolati e altro – inserito nella proiezione ponderata un valore pari a **78 milioni di Euro** (al netto della quota canone affitto del San Giovanni Addolorata presso il Calvary Hospital) determinato sulla base delle seguenti assunzioni, dato che tale voce si compone principalmente di:
  - operazione SAN.IM: l'operazione vale circa 60 €/mln (valore teorico 2010), che andrebbero a sterilizzare i costi relativi a CE alla voce Interessi Passivi. Tuttavia in sede di proiezione si procede a imputare a costo lo stesso valore.

---

[1] L'aggregato di conto economico gestionale "Ulteriori Trasferimenti Pubblici" è così composto (conti NSIS): A.1.B.1.1) Contributi da Regione (extra fondo) vincolati, A.1.B.1.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) vincolati, A.1.B.1.4) Contributi in conto esercizio per ricerca corrente, A.1.B.1.5) Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata, A.1.B.2.1) Contributi da Regione (extra fondo) - Altro, A.1.B.2.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) – Altro. Si evidenzia che La Regione ha definito che i contributi da Regione extrafondo da rilevare contabilmente nel bilancio d'esercizio delle Aziende Sanitarie del SSR sono:

1. Legge 210
2. Sterilizzazione interessi impliciti operazione finanziaria SAN.IM
3. Finanziamento struttura regionale del Sociale dei trasporti e soggiorni estivi
4. Sterilizzazione Oneri Transattivi
5. Quota per Calvary Hospital

- recuperi Assistiti ex legge 210: inseriti circa 18 €/mln per stima valore storico anni precedenti.
- sterilizzazione quota canone affitto del San Giovanni Addolorata presso il Calvary Hospital per 3 €/mln, per il quale esiste uno stanziamento regionale specifico.

Nel calcolo del tendenziale 2011 e 2012, non si è tenuto conto (né come coperture, né come ricavo, né come minor costo) dell'eventuale stanziamento al capitolo H41584 per Soggiorni Estivi e trasporti relativi alla assistenza Riabilitativa ex art 26 a carico del Dipartimento Sociale, per circa 22,7 €/mln. Tale valore è stato però considerato per l'anno 2010 come previsto dai Programmi Operativi 2010 di cui al DCA 49 del 2010. Tale stanziamento, inserito fra le manovre aggiuntive di cui all'allegato 2 del DCA 49 del 31 maggio 2010, verrà inserito, secondo la stessa logica, nel CE programmatico 2011 e 2012.

TICKET

Alla voce "Ticket" è stato inserito un valore pari a **126 milioni di Euro**, così come confermato dalle Aziende Sanitarie del SSR per la stima a chiudere 2010.

ALTRE ENTRATE PROPRIE

Nella voce entrate proprie è stato confermato per il 2011 un valore pari a circa **153 milioni di Euro**.

Tale valore partendo dal valore 2010 pari a **123 milioni di Euro**[2] al netto del contributo della legge 122 del 2010, considera il mantenimento dello sconto del 1,83% sull'industria per il *payback* farmaceutico.

Non essendo però disponibile un dato puntuale relativamente a tale valore, è stato inserito per il 2011 e 2012, la metà di 54 mln/€ (stima indicata dalla conferenza come "economie") ovvero **27 milioni di Euro**.

Per il 2012 si è tenuto conto anche del Tasso di Inflazione programmato pari all'1,5% il che ha comportato un incremento delle altre entrate proprie di circa **3 milioni di Euro**.

SALDO INTRAMOENIA

È stato inserito il valore 2009, pari a **18 milioni di Euro** mantenuto costante per gli anni 2010, 2011 e 2012.

Costi

PERSONALE

Personale dipendente: a partire dal valore di proiezione ponderata al 2010, si stima una crescita in base al trascinamento del calcolo della vacanza contrattuale secondo la normativa nazionale.

Personale non dipendente: è stato inserito il valore di proiezione ponderata al 2010 senza tener conto delle specifiche normative della legge finanziaria i cui effetti di riduzione devono essere scontati eventualmente nel programmatico.

[2] Che comprende anche gli altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche verso Altri Enti Pubblici del Policlinico Umberto I e del Sant'Andrea per circa 30 €/mln, per le quali però si apposta prudenzialmente un accantonamento rischi.

La stima complessiva porta a un incremento di circa **29 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.

PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI

Per i "Prodotti farmaceutici ed Emoderivati", partendo dalla proiezione a finire 2010 dichiarata dalle Aziende Sanitarie negli incontri con la regione sul CE III trimestre 2010, è stato calcolato il trend storico di crescita medio (di seguito CAGR) (6,2%) sul dato regionale storico scorporato dalla Distribuzione in Nome e per Conto, che contabilmente insiste sul bilancio della ASL RMA.

Tale razionale porterebbe il valore regionale ad un incremento di **90 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.

ALTRI BENI E SERVIZI

La somma delle proiezioni delle singole voci di CE che compongono l'aggregato "Altri Beni e Servizi" portano a una stima di incremento di circa **96 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.

Tale incremento sull'aggregato Altri Beni è stimato sulla base dei seguenti razionali:

- Altri beni Sanitari – Nella stima per gli anni 2011 e 2012 viene considerato come parametro di proiezione il tasso di inflazione programmato. Tale *trend* porta a un incremento di **18 milioni di Euro** dal 2010 al 2012. Negli accantonamenti si terrà conto del rischio di sforamento per tutte le voci del macro aggregato "Beni e Servizi".
- Beni non sanitari – in base alla stabilità di spesa di tale voce si calcola per il tendenziale un incremento in base al Tasso di inflazione programmato (TIP), pari all'1,5% per un importo pari a circa **1 milione di Euro** dal 2010 al 2012.
- Servizi Appaltati – si rileva che dal 2008 tale voce cresce a CE di circa 22 €/mln annui (CAGR 5%). Tale incremento annuo comporta una stima di crescita dal 2010 al 2012 di circa **48 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.
- Servizi Utenze – in base alla stabilità di spesa degli ultimi 2 anni per tale voce si calcola per il tendenziale un incremento in base al Tasso di inflazione programmato, pari all'1,5% pari a circa **2 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.
- Consulenze – si rileva un *trend* in decremento dal 2007 al 2010, frutto delle azioni di contenimento degli anni di Piano, tuttavia in via prudenziale si stima un incremento in base al tasso di inflazione programmato pari a circa **2 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.
- Contributi Arpa e Agenzie Regionali – inserito un valore calcolato dell'anno 2010
- Altri servizi non sanitari[3] – per tale voce è stato inserito il valore di proiezione 2010 incrementato della potenziale crescita dei contratti multi servizio (aumento inflattivo) pari a circa **21 milioni di Euro** dal 2010 al 2012.
- Godimento beni di terzi – è stata inserita una proiezione basata sull'andamento storico dell'ultimo biennio pari a circa **3 milioni di Euro** dal 2010 al 2012; viene confermato quindi, il trend dei Canoni di Noleggio e dei Fitti Passivi.

AMMORTAMENTI E COSTI CAPITALIZZATI

Alla voce "Ammortamenti e costi capitalizzati" è stata inserita una proiezione basata sull'andamento storico dell'ultimo biennio.

[3] Si ricorda che, per tale aggregato di voci di costo, nella proiezione 2010 è stata azzerata la voce "Oneri forfettari di transazione, giacché attualmente non si è a conoscenza dell'ammontare di oneri pagati dalla Regione

ACCANTONAMENTI

Alla voce "Accantonamenti" è stato inserito un valore di circa **166 milioni di Euro** nel 2011 e **169 milioni di Euro** nel 2012 così costruito:

- Accantonamenti Rischi – inserito un valore di **140 milioni di Euro per il 2011**, derivante da imputazione di circa 30 €/mln per costi personale universitario del policlinico Umberto I e del Sant'Andrea (si ricorda che tali costi sterilizzano le relative voci di ricavo); a questi sono stati sommati importi relativi alla stima di rischio dell'1,5% sui Costi Operativi al netto di personale, prodotti farmaceutici, ammortamenti e accantonamenti di circa 110 €/mln. Per il 2012 il rischio è stato stimato pari a 112 €/mln mantenendo constanti i 30 €/mln. Pertanto il valore per il 2012 è pari a **143 milioni di Euro**
- Accantonamenti Sumai – inserito un valore di **0,5 milion di Euro anno**, partendo dal valore del costo 2010 si è tenuto conto per gli anni successivi del valore della vacanza contrattuale sulla base della normativa nazionale.
- Altri Accantonamenti: per gli anni 2011 e 2012 è stato stimato un valore costante pari a **9 milioni di Euro**. Tale valore tiene conto anche degli accantonamenti per il raggiungimento dei nuovi obiettivi di piano che vanno a sommarsi al valore degli accantonamenti del 2010.
- Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali – inserito un valore di **17 milioni di Euro**, stima del valore delle vacanze contrattuali per valore del Personale dipendente e MMG/PLS per l'anno di competenza (si ricorda che a costo del personale è stata inserita la vacanza contrattuale per l'anno precedente) in base alla percentuale desumibile dal calcolo negli anni precedenti.

MEDICINA DI BASE

Alla voce "Medicina di Base" è stato inserito il valore del 2010 stimato dalle aziende a chiusura, e a questo sono stati sommati, sulla base dell'ACN di luglio 2010 e della popolazione ISTAT, i seguenti incrementi:

- Assistenza al cronico (incremento quota + 0,2 € per assistito),
- Incremento anno quota assistiti over 75 e minori di 6 anni (+10,80 € per assistito),
- Stima incremento 60.000 assistiti/anno calcolati in base alle quote definite dall'utlimo ACN di luglio 2010
- Accordo Integrativo Regionale (incremento quota + 0,81 € per assistito),
- EMPAM Riflessa 10,375% a carico della azienda sulla somma dei valori calcolati in base ai razionali sopra esposti

L'insieme di tali incrementi genera un incremento sul biennio 2011/2012 di circa **20 milioni di Euro** rispetto al dato di stima a chiudere del 2010.

FARMACEUTICA CONVENZIONATA

Alla voce "Farmaceutica Convenzionata" è stato inserito il valore stimato per il 2010 al netto della applicazione dello sconto ex Legge Nazionale 122 di Luglio 2010 (che converte in Legge il Decreto Legge 78 del 31 Maggio 2010) sulle Farmacie per l'1,82% a partire da Agosto 2010 che comporta una minore spesa di 10 €/mln (per applicazione sconto 1,83% su industria vedasi, Pay Back).

Nel tendenziale, in coerenza con quanto previsto per la voce altre entrate si è proceduto a considerare la quota parte delle "economie" indicate dalla Conferenza pari a 17 €/mln.

ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO

Alla voce "Ospedaliera da privato" è stato inserito un valore di circa 1.428 €/mln, pari alla stima della spesa per l'applicazione dei tetti sottoscritti dagli erogatori privati, sia per gli acuti, (comprensivi della stima per il neonato sano sulla base dei dati disponibili al III trimestre), la riabilitazione e la lungo degenza comprensivo dell'effetto post linkage.

Si precisa che per le funzioni sono stati utilizzati i valori del DCA 67 del 2010 pari a 174,5 €/mln.

ASSISTENZA AMBULATORIALE DA PRIVATO

Alla voce "Ambulatoriale da privato" è stato inserito un valore calcolato sul rapporto di crescita fra 2009 e 2010, che tiene conto dell'incremento di Specialistica, RMN e APA/PAC, Pronto Soccorso e Dialisi.

Si precisa che attualmente la capacità produttiva delle strutture accreditate, desumibile dai dati gestionali dei flussi ASP SIAS e SIES, si attesta tra i 435/440 €/mln circa.

Alla voce Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da Medici SUMAI si è tenuto conto dell'incremento desumibile dal rapporto di crescita 2009/2010, e ad accantonamento della relativa vacanza contrattuale annuale.

ASSISTENZA RIABILITATIVA TERRITORIALE

Alla voce "Riabilitativa ex art 26" è stato previsto il valore dei tetti 2010 comprensivo delle quote per i cittadini laziali che sono curati fuori Regione. Si ricorda che comunque rimangono ancora da chiarire i punti di attenzione emersi sulla proiezione ponderata al III trimestre 2010 legati alla registrazione della mobilità passiva per riabilitativa ex art 26 su alcune ASL, per i quali sono in corso degli approfondimenti.

ASSISTENZA INTREGRATIVA E PROTESICA

Alla voce di CE Assistenza Integrativa e Protesica è stata inserita la proiezione in base al CAGR dal 2006 al 2010. Tale trend porta a un incremento di 18 €/mln rispetto al 2010 nel biennio 2011/2012.

In particolare l'incremento di tale voce è condizionato dalla crescita della assistenza Protesica desumibile dai bilanci delle singole aziende rispetto agli anni precedenti. Per l'assistenza Integrativa il flusso gestionale Cosisan mostra un andamento di crescita più contenuto.

ALTRE PRESTAZIONI DA PRIVATO

- Trasporti: Alla voce "Trasporti da Privato" è stata inserita la proiezione in base al rapporto di crescita 2009/2010.
- Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale. Da Privato – è stata inserita il valore dei tetti 2010.
- File F – è stata inserita la proiezione in base al andamento 2006 al 2010
- Assistenza Termale - è stato inserito il valore dei tetti.
- Prestazioni Socio-Sanitarie Da Privato – è stata inserito il valore dei tetti 2010 per Hospice e RSA (al netto per queste ultime degli accantonamenti per nuove riconversioni), mentre per le altre voci si è proceduto la proiezione in base al rapporto di crescita 2009/2010.
- Altri Servizi Sanitari (da pubblico - Altri enti) - stata inserita la proiezione in base al CAGR dal 2006 al 2010

Per le voci relative ai costi esterni e per quelle soggette a budget nel tendenziale si è proceduto alla stima prudenziale di una quota di accantonamento a fondo rischi come su esposto.

SALDO DELLA GESTIONE FINANZIARIA

Alla voce "Saldo Gestione Finanziaria" è stato inserito un valore in linea con il 2009, dato che per il 2010 oggi rimane da quantificare il valore degli interessi per fatture pagate centralmente dalla Regione. Nel 2009 tali valori sono stati inseriti solo in sede di consuntivo.

ONERI FISCALI

Alla voce "Oneri Fiscali" sono stati inseriti i seguenti valori:

- IRAP: la normativa vigente, art. 10-bis DLgs del n.446/1997 il criterio generale di aliquota è l'8,5%, mentre il criterio opzionale prevede l'8,5% (sulla retribuzione) per le attività istituzionali e il 4,25% (sul reddito) per le attività commerciali. Inoltre dalla base imponibile (determinata sia con il metodo retributivo, sia con il metodo misto) è possibile portare in deduzione le spese relative ai lavoratori disabili. Pertanto, in considerazione del fatto che attualmente la Regione non detiene una informazione completa per la definizione dell'IRAP così come previsto dalla normativa, si è proceduto per la quantificazione del tendenziale a utilizzare il rapporto degli anni precedenti tra IRAP e costo del personale dipendente, ritenendolo rappresentativo degli abbattimenti previsti dalla normativa in vigore, (media anni 2007-2010 = 7,58%)
- IRES: inserito il valore 2010, mantenuto costante nel biennio 2011/2012 in base al valore catastale degli immobili.
- Altri Oneri Fiscali: valore 2010 incrementato del tasso di inflazione programmato

GESTIONE STRAORDINARIA

Alla voce "Gestione Straordinaria" attualmente non sono stati inseriti valori di stima. Si ricorda che ad accantonamento rischi è stato stimato un rischio dell'1% sui costi operativi.

Programma 1 – Rete ospedaliera

	2011	2012
Rete ospedaliera	**125,1**	**190,3**
Riconversione piccoli ospedali	43,8	66,3
Istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento dei piani di riconversione"	-	-
Riconversione delle strutture ospedaliere	*43,8*	*66,3*
Riqualificazione assistenza ospedaliera	81,3	124,0
Istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento Regionale sviluppo delle reti"	-	-
Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS	*81,3*	*124,0*
Razionalizzazione delle unità operative delle strutture ospedaliere per acuti	-	-

Tabella 2 – Sintesi manovre Programma 1

Intervento 1 – Riconversione piccoli ospedali

Azione 1.1 – Istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento dei piani di riconversione"

Il DCA 80/2010 ha disposto in modo puntuale la dismissione o la rimodulazione di parte dell'offerta ospedaliera prospettando, per alcune strutture pubbliche, la riconversione in strutture territoriali e, per altre, in RSA (Allegati A e B del DCA 80/2010).

L'istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento dei piani di riconversione", attraverso la nomina di uno specifico Gruppo per il coordinamento, che operi con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità-ASP e il coinvolgimento dei soggetti interessati ha l'obiettivo di:

- verificare il rispetto delle tempistiche previste nel presente Programma Operativo per la cessazione, nelle strutture identificate, delle attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza;
- definire, in coerenza con il Decreto n. 80 e successive modifiche e integrazioni in itinere come richiesto in sede di valutazione, gli elementi di riferimento per la stesura dei piani operativi da parte delle ASL;
- definire i criteri relativi alla erogabilità delle diverse funzioni assistenziali attivabili nelle strutture territoriali e le procedure per la formalizzazione dei nuovi assetti - anche relativamente alla peculiarità delle fasi di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali - e degli elementi valutativi, trattandosi di strutture pubbliche;
- valutare la congruità dei piani operativi redatti dalle ASL;
- monitorare lo stato di attuazione dei piani di riconversione *in progress* e relazionare alla struttura commissariale su base periodica;
- verificare il completamento da parte delle ASL del processo di riconversione.

L'istituzione di tale funzione non comporterà oneri aggiuntivi a carico della Regione.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Indirizzo e coordinamento delle attività delle singole ASL sia in fase di pianificazione che in fase esecutiva;
- Monitoraggio e verifica da parte della Regione e da parte della struttura commissariale dello stato di attuazione delle riconversioni previste nel Decreto n. 80 e successive modifiche e integrazioni in itinere come richiesto in sede di valutazione.

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimento regionale di nomina dei componenti del Gruppo per il coordinamento (entro il 20 gennaio 2011);
- Disponibilità del documento di riferimento per la stesura dei piani operativi da parte delle ASL (entro il 15 febbraio 2011);
- Formalizzazione di un sistema di monitoraggio per la verifica dello stato di attuazione del processo di riconversione (entro il 28 febbraio 2011);
- Disponibilità report mensile redatto dalla funzione "Coordinamento dei piani di riconversione" sullo stato di attuazione del processo di riconversione (prima versione entro 15 giorni dalla prima data prevista di riconversione, come da scadenzario).

Azione 1.2 – Riconversione delle strutture ospedaliere

Coerentemente con quanto previsto dal Decreto n. 80 le Direzioni delle ASL, sulla base delle indicazioni riportate nelle singole schede di analisi contenute nell'Allegato B dovranno redigere un **piano operativo per la riconversione delle strutture** di loro competenza da inviare allo specifico Coordinamento istituito presso la Regione Lazio, nel quale dovranno essere esplicitate:

- le azioni ed i tempi, coerenti rispetto alle date di cessazione delle attività per acuti, riabilitazione e lungodegenza, per l'attivazione delle strutture alternative identificate dal Decreto n. 80, e successive modifiche e integrazioni in itinere come richiesto in sede di valutazione;
- gli indicatori di dettaglio per monitorare l'effettivo stato di avanzamento di quanto programmato (sia per quanto riguarda lo stato delle cessazioni che delle attivazioni);
- gli adempimenti previsti nell'accordo per la ricollocazione del personale in conseguenza del riordino della rete ospedaliera;
- il piano di formazione per il personale da adibire alle nuove funzioni assistenziali e l'attivazione di conseguenza della relativa formazione.

RISULTATI PROGRAMMATI

Si ipotizzano, per le strutture pubbliche oggetto di riconversione, tre momenti differenti per la dismissione dell'attività per acuti. La suddivisione tra i tre periodi degli ospedali coinvolti, riportata nella seguente tabella, tiene conto delle dimensioni, della complessità e del livello di attività in essere delle strutture.

Data cessazione attività acuti	Strutture coinvolte
01/01/2011	2
15/01/2011	1
01/02/2011	2
01/04/2011	7
01/06/2011	9
01/10/2011	3
Totale	**24**

Tabella 3 Sintesi scadenzario dismissione e riconversione strutture per acuti

Codice	Denominazione struttura	Comune	Data cessazione attività acuti
120222	HOSP. RIABILITITATIVO 'FERRARI'	Ceprano	01/01/2011
120223	HOSP. RIABILITATIVO CIVICO	Ferentino	01/01/2011
120221	OSPEDALE CIVILE DI CECCANO	Ceccano	15/01/2011
120220	OSPEDALE CIVILE DELLA CROCE	Atina	01/02/2011
120224	OSP. CIVILE IN MEM.DEI CADUTI	Isola Liri	01/02/2011
120006	OSPEDALE DI RONCIGLIONE	Ronciglione	01/04/2011
120020	OSPEDALE MARZIO MARINI	Magliano Sabina	01/04/2011
120036	OSP. VILLA ALBANI	Anzio	01/04/2011
120055	OSPEDALE DI ARICCIA	Ariccia	01/04/2011
120062	OSPEDALE SS. SALVATORE	Palombara Sabina	01/04/2011
120064	OSPEDALE CARTONI	Rocca Priora	01/04/2011
120206 03	OSPEDALE DI MINTURNO	Minturno	01/04/2011
120002	OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE	Acquapendente	01/06/2011
120004	OSPEDALE DI MONTEFIASCONE	Montefiascone	01/06/2011
120022	OSPEDALE FRANCESCO GRIFONI	Amatrice	01/06/2011
120057	OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	Zagarolo	01/06/2011
120059	OSPEDALE PADRE PIO	Bracciano	01/06/2011
120219	OSPEDALE CIVILE SANTA CROCE	Arpino	01/06/2011
120225	OSPEDALE CIVILE PAS. D. PRETE	Pontecorvo	01/06/2011
120200 02	OSPEDALE DI SEZZE	Sezze	01/06/2011
120206 02	OSPEDALE DI GAETA	Gaeta	01/06/2011
120049	OSPEDALE SS. GONFALONE	Monterotondo	01/10/2011
120052	OSPEDALE A. ANGELUCCI	Subiaco	01/10/2011
120218	OSPEDALE CIVILE DI ANAGNI	Anagni	01/10/2011

Tabella 4 - Dettagli scadenzario dismissione e riconversione strutture per acuti

- Ricollocazione del personale non più necessario nelle strutture riconvertite in altre strutture;
- Avvio del percorso formativo per il personale da adibire alle nuove funzioni assistenziali;
- Avvio - anche modulare - da parte delle ASL interessate delle attività negli Ospedali distrettuali attivati coerentemente rispetto ai tempi previsti dal Piano Operativo per la riconversione delle strutture per ASL.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero strutture di ricovero per acuti, riabilitazione e lungodegenza che cessano l'attività ospedaliera sul totale delle cessazioni previste per ASL alla data di redazione del report mensile redatto dalla funzione "Coordinamento dei piani di riconversione" sullo stato di attuazione del processo di riconversione;
- Numero strutture alternative attivate sul totale delle attivazioni previste per ASL alla data di redazione del report mensile redatto dalla funzione "Coordinamento dei piani di riconversione" sullo stato di attuazione del processo di riconversione.

Intervento 2 – Riqualificazione assistenza ospedaliera

Azione 2.1 – Istituzione da parte della Direzione "Programmazione e Risorse SSR" della funzione di "Coordinamento Regionale sviluppo delle reti"

La riorganizzazione delle reti ospedaliere per le prestazioni di alta specialità, avviata nel 2010, è volta a garantire un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse che assicuri, all'interno dei diversi bacini di utenza, l'equilibrio tra copertura territoriale, qualità dei servizi, equità di accesso e necessità di concentrazione della casistica più complessa in pochi centri altamente qualificati.

Affinché la Regione possa garantire un organico sviluppo delle reti è opportuno che venga istituita una funzione ad hoc per il coordinamento dello sviluppo delle reti, con l'obiettivo di:

- definire linee di indirizzo;
- verificare la coerenza dei piani attuativi sviluppati dai singoli hub;
- monitorarne l'evoluzione.

Per quanto riguarda le linee di indirizzo sarà necessario che la funzione "Coordinamento Regionale sviluppo delle reti" identifichi, coerentemente con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e nello specifico dal SiVeAS, nella sua funzione di affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto un accordo per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, le quantità di prestazioni attese dalle singole strutture.

La funzione dovrà inoltre favorire l'attuazione dei seguenti assi portanti per la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera nella Regione Lazio:

- sviluppo del teleconsulto a livello Regionale;
- sviluppo dei percorsi clinici;
- integrazione tra le Aziende Sanitarie e l'ARES per i trasporti secondari.

Sarà inoltre opportuno che il gruppo di coordinamento con le Aziende Sanitarie direttamente coinvolte pianifichi ed attui anche degli opportuni percorsi di formazione per gli operatori.

Sarà obiettivo della funzione di "Coordinamento Regionale sviluppo delle reti " anche la valutazione dell'opportunità e della fattibilità dell'implementazione di nuove reti per altre specialità.

L'istituzione di tale funzione non comporterà oneri aggiuntivi a carico della Regione.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Predisposizione delle linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi di macroarea;
- Verifica dell'adeguamento delle strutture sanitarie alle dotazioni di posti letto e agli *standard* definiti dagli specifici Decreti;
- Verifica dei Piani attuativi di macroarea sviluppati dagli *hub;*
- Monitoraggio trimestrale e valutazione del funzionamento delle reti al fine di relazionare alla struttura commissariale.

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimento regionale di nomina dei componenti del Gruppo per il coordinamento (entro il 31 gennaio 2011);

- Disponibilità del documento "Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi di macroarea" (entro il 20 febbraio 2011);
- Formalizzazione di un sistema di monitoraggio per la verifica dello stato di attuazione delle reti (entro il 20 marzo 2011);
- Disponibilità report trimestrale per la valutazione del funzionamento delle reti (entro 30 Aprile 2011).

Azione 2.2 – Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS

Il SiVeAS, nella sua funzione di affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto un accordo per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, ha tra i suoi obiettivi il monitoraggio dell'evoluzione dei Sistemi Sanitari Regionali al fine di verificare l'attuazione delle manovre previste dai Piani sia sui LEA sia sul contenimento dei costi.

A tal fine, il Ministero della Salute si è dotato di metodologie e strumenti di analisi del patrimonio informativo disponibile presso le banche dati del NSIS, che risultano necessari per valutare l'efficacia degli interventi previsti dalla Regione nell'ambito del Piano di Rientro e utili anche come supporto ai fini della programmazione regionale.

Con riferimento alla domanda soddisfatta, dal confronto tra i dati della Regione ed il *benchmark* adottato dal Ministero della Salute, si è rilevato per l'anno 2008, un eccesso di ricoveri ospedalieri per acuti sia in degenza ordinaria (129 dimessi contro 117 dimessi) che in Day Hospital (65 dimessi contro 44 dimessi).

Con riferimento alla degenza ordinaria tale eccesso appare riconducibile alla casistica medica in cui si rileva un numero di ricoveri del 15% superiore al *benchmark*. Nel chirurgico, invece, a fronte di un numero di ricoveri sostanzialmente in linea con il *benchmark*, si rileva una degenza media del 22% superiore, prevalentemente attribuibile al pre - intervento (2,8 giornate vs 1,6 del benchmark).

L'eccesso di ricoveri in *Day Hospital* per acuti appare particolarmente rilevante per la casistica medica, in cui si rileva un numero di ricoveri pari a 2,1 volte il *benchmark*.

Per quanto riguarda inoltre la riabilitazione e lungodegenza, si rileva un consistente eccesso di giornate di degenza in regime ordinario, attribuibile in entrambi i casi alla degenza media (rispettivamente pari al 1,7 e 1,6 volte il *benchmark*). Con riferimento alla riabilitazione in *Day Hospital* si rileva un numero di accessi pari al 384% del *benchmark* interamente riconducibile all'acquisto di prestazioni.

A seguito degli interventi messi in atto nel 2009 e nel 2010 in tali settori di attività, gli indicatori presentano già coerenti miglioramenti; in ogni caso si declinano i seguenti risultati attesi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Monitoraggio della domanda soddisfatta coerentemente con la metodologia proposta dal Ministero della Salute nell'ambito del monitoraggio dell'evoluzione dei Sistemi Sanitari Regionali da parte del SiVeAS e adozione delle "Regole di sistema" di cui all'allegato 2 del presente Programma Operativo 2011 - 2012;
- Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali per le strutture pubbliche in termini di riduzione della domanda soddisfatta potenzialmente inappropriata identificata dal Ministero della Salute ed in termini di riduzione della degenza media e della degenza pre-operatoria. La riduzione di attività deve quindi generare, in termini di minor fabbisogno, il decremento nei consumi per beni e servizi, prodotti farmaceutici ed

emoderivati; deve essere altresì volta a garantire il conseguimento delle economie derivanti dal blocco del turnover. In tal senso l'efficientamento organizzativo ha impatto anche sulla razionalizzazione dell'entità delle collaborazioni e del personale interinale.

- Aggiornamento dei protocolli di intesa vigenti con ciascuna Università e dei relativi contratti/accordi con i policlinici universitari privati al fine di definire il budget per la remunerazione delle prestazioni e delle quote finalizzate alla remunerazione delle funzioni[4];
- Adeguamento dei contratti sottoscritti con le case di cura private accreditate, con gli I.R.C.C.S. privati identificando, per ciascuna struttura, la quantità e la tipologia di prestazioni potenzialmente inappropriate erogate a residenti laziali nel 2010 che le strutture non dovrebbero più erogare, determinando di conseguenza i tetti di spesa;
- Rinegoziazione dei budget di produzione sottoscritti con gli ospedali classificati identificando, per ciascuna struttura, la quantità e la tipologia di prestazioni che tali strutture dovranno erogare.

INDICATORI DI RISULTATO

- Riduzione delle giornate di degenza per 1.000 abitanti/anno;
- Riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate erogate dalle strutture laziali a residenti della Regione Lazio;
- Riduzione della degenza media per le prestazioni di riabilitazione coerentemente con il benchmark del SiVeAS;
- Riduzione del numero di accessi di riabilitazione in day hospital coerentemente con il benchmark del SiVeAS;
- Riduzione della degenza media pre-operatoria per le prestazioni chirurgiche coerentemente con il benchmark del SiVeAS;
- Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali per le strutture pubbliche;
- Adeguamento dei contratti sottoscritti con le case di cura private accreditate e con gli I.R.C.C.S. privati;
- Rinegoziazione dei budget sottoscritti con gli ospedali classificati.

Azione 2.3 – Razionalizzazione delle unità operative delle strutture ospedaliere per acuti

La razionalizzazione delle unità operative delle strutture ospedaliere per acuti è parte integrante del percorso di complessiva razionalizzazione e sviluppo dell'offerta ospedaliera, come descritto nel PSR 2010-2012 e successivamente richiamato nel DCA 80/2010, con specifico riferimento all'Allegato E. "Precisazioni, Indirizzi e direttive".

Sono in particolare individuati modelli i organizzativi:

- dell'ospedale di I livello (di base)sede di pronto soccorso;
- dell'ospedale sede di DEA di I livello;
- dell'ospedale sede di DEA di II livello.

Con individuazione, per ciascuna delle tipologie di ospedale, delle discipline presenti con e senza posti letto.

Sono inoltre individuati un complesso di criteri di natura organizzativa (eliminazione delle duplicazioni di discipline presenti, incremento dell'integrazione tra le discipline, eccetera)

[4] Remunerazione a costo standard ex art. 8 sexies del D. Lgs. 502/1992 così come previsto nelle precedenti intese (Rif. DCA 52/2010).

volti a migliorare l'utilizzo dei PL ospedalieri e quindi a razionalizzare l'utilizzo delle strutture esistenti. Ulteriore aspetto di rilievo è costituito dall'individuazione di standard di posti letto nelle strutture pubbliche, ovvero soglie minime per ciascuna tipologia di unità operativa.

È ragionevole ipotizzare che il complesso di interventi previsti produrrà, nel medio - lungo periodo, un migliore funzionamento della rete ospedaliera in termini di riduzione delle degenze medie e di limitazione degli effetti legati al trattamento di pazienti in unità operative caratterizzate da un livello di intensità di cura non adatto rispetto alla tipologia di pazienti accolti. Tali effetti sono difficilmente quantificabili e vanno comunque oltre l'orizzonte del presente Piano Operativo.

Nel breve periodo, tuttavia, è certo che la razionalizzazione delle unità operative ospedaliere costituirà un fattore abilitante al conseguimento dei risparmi previsti per l'area del personale quali:

- la ridefinizione delle strutture organizzative;
- il blocco del turnover.

Per l'implementazione dell'intervento si prevedono le seguenti azioni:

- Istituzione presso la Regione Lazio nell'ambito del "Gruppo di Coordinamento regionale Sviluppo delle Reti" della funzione di coordinamento dei processi di riorganizzazione (entro gennaio 2011) di cui all'azione 2.1;
- Valutazione e monitoraggio delle Aziende Sanitarie in riferimento all'aderenza dei processi di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera ai piani di riassetto disposti dagli specifici decreti (entro maggio 2011);
- Individuazione di un set di indicatori di processo e di efficacia, per valutare l'impatto della razionalizzazione (entro dicembre 2011);
- Valutazione degli effetti dell'avvenuta riorganizzazione, in termini di performance, copertura territoriale ed equità d'accesso alle cure (a partire da gennaio 2012);
- Eventuale revisione dell'assetto strutturale e funzionale introdotto dalla razionalizzazione delle UO.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riorganizzazione della rete coerentemente con quanto previsto nell'Allegato E del DCA 80/2010;
- Costruzione del set di indicatori per la valutazione dei processi di razionalizzazione.

INDICATORI DI RISULTATO

- Documento di monitoraggio e valutazione del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera;
- Attivazione in progress della razionalizzazione delle unità operative delle strutture ospedaliere per acuti e completamento entro dicembre 2011.

Valorizzazione programma operativo – Rete ospedaliera

Valorizzazione Azione 1.2 – Riconversione delle strutture ospedaliere

Di seguito è riportato **l'impatto economico delle riconversioni** previste nell'Allegato B "*Interventi di riconversione/riqualificazione delle strutture pubbliche oggetto della riorganizzazione della rete ospedaliera*" sia in termini di costi variabili cessanti, sia in termini di personale non più necessario. In particolare, il personale è stato calcolato al netto del fabbisogno di personale dei modelli assistenziali previsti in sostituzione e che quindi potrà essere messo a disposizione delle strutture regionali residue li dove necessario e/o a copertura del *turnover*.

Al fine di determinare le strutture di costo future degli ospedali riconvertiti e, di conseguenza, il delta rispetto ai costi attuali, sono stati utilizzati dei modelli gestionali rappresentativi della tipologia di struttura, come definito nell'Allegato 1.

Il possibile risparmio derivante dalla manovra dagli effetti delle riconversioni di Ospedali Pubblici nell'arco del biennio 2011 – 2012 è dato dai seguenti fattori:

- Riduzione dei costi al netto del personale pari a circa 61,8 milioni di Euro;
- Ricavi da quota sociale pari a circa 4,5 milioni di Euro.
- Potenziali risparmi legati al personale reso disponibile dalle riconversioni, legati alla possibilità di attuare efficacemente il blocco del turnover stimati in 98,6 milioni di Euro;

Come da quadro che segue.

	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario	Ricavi da quota sociale
Riconversione delle strutture	67.006	54.014	130.492	81.426	4.490
Riconversione stabilimenti ospedalieri	6.172	5.457	15.441	11.546	-
Riconversione Ospedale San Giovanni Battista	2.510	2.368	6.790	5.667	-
Totale	**75.688**	61.840	**152.723**	**98.639**	4.490

Tabella 5 - Impatto economico complessivo delle riconversioni 2011 – 2012

La tabella seguente, rappresentativa delle ipotesi di riconversione per le strutture, non riporta i seguenti istituti:

- Ospedali di Sezze, Gaeta, Minturno, trattandosi di stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati in contabilità accentrata:
- Ospedale San Giovanni Battista di Zagarolo, per necessità di completare il Conto di Presidio:
- Ospedale San Benedetto di Alatri, Ospedale San Giovanni di Dio di Fondi, Ospedale Civile di Tarquinia, Ospedale Andosilla di Civitacastellana, poichè conservano la caratteristica di ospedale per acuti:
- Centro Paraplegici di Ostia, poiché conserva la caratteristica di ospedale per riabilitazione per mielolesi:

L'Ospedale Nuovo Regina Margherita di Roma non è prudentemente ricompreso nell'analisi in quanto le particolari caratteristiche non consentono di stimarne l'impatto economico della riconversione.

Per gli ospedali di Sezze, Gaeta e Minturno sono stati stimati gli effetti della manovra prendendo come riferimento l'Ospedale di Acquapendente per i primi due e l'Ospedale Civile della Croce di Atina per il terzo (vedi Tabella 7). La scelta degli ospedali, e di conseguenza dei relativi conti con cui stimare la valorizzazione di tali strutture, è stata fatta in modo cautelativo basandosi sulla similitudine delle caratteristiche (tipologia di discipline trattate, numero di posti letto in linea o inferiore). Secondo la stessa logica è stato valorizzato l'Ospedale di Zagarolo prendendo come riferimento l'Ospedale SS. Salvatore (Tabella 8)

Il dato di dettaglio per singola struttura, ove disponibile il Conto di Presidio, è riportato nell'Allegato 1.

Ospedali	Comune	DA CONVERTIRE IN ... CCRE	Presidio primo liv.	Presidio secondo liv. (A)	Presidio secondo liv. (B)	Presidio secondo liv (C)	UDI	Residenza protetta disabilità	RSA	Hospice	Riabilit. 56*	Chiusura	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario	Ricavi da quota sociale
120002 - OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE	ACQUAPENDENTE				☒								2.848	2.415	7.212	3.939	-
120004 - OSPEDALE DI MONTEFIASCONE	MONTEFIASCONE			☒		☒		40					1.910	1.049	5.093	1.944	840
120006 - OSPEDALE DI RONCIGLIONE	RONCIGLIONE			☒		☒		40					6.226	5.465	3.854	1.216	840
120020 - OSPEDALE MARZIO MARINI	MAGLIANO SABINA			☒		☒		40					5.101	3.717	8.553	5.404	840
120022 - OSPEDALE FRANCESCO GRIFONI AMATRICE	AMATRICE				☒			40					3.072	1.892	3.036	- 1.488	840
120036 - OSP. VILLA ALBANI ANZIO	ANZIO						20			39			2.592	1.631	4.549	2.034	292
120049 - OSPEDALE SS. GONFALONE	MONTEROTONDO			☒		☒		40					1.420	547	16.093	12.179	840
120052 - OSPEDALE A. ANGELUCCI	SUBIACO				☒								943	614	14.102	10.829	-
120055 - OSP. ARICCIA	ARICCIA		☒							28			2.605	1.968	6.132	3.643	-
120059 - OSPEDALE PADRE PIO DI BRACCIANO	BRACCIANO			☒		☒			10				8.084	6.426	21.948	18.317	-
120062 - OSPEDALE SS. SALVATORE	PALOMBARA SABINA			☒		☒							2.510	2.161	6.790	4.128	-
120064 - OSP. CARTONI ROCCA PRIORA	ROCCA PRIORA	☒											1.670	1.298	3.249	2.126	-
120218 - OSPEDALE CIVILE ANAGNI	ANAGNI			☒		☒			10				8.603	7.630	10.897	7.266	-
120219 - OSPEDALE CIVILE SANTA CROCE ARPINO	ARPINO										☒		428	428	836	836	-
120220 - OSPEDALE CIVILE DELLA CROCE ATINA	ATINA										☒		476	476	1.017	1.017	-
120221 - OSPEDALE CIVILE CECCANO	CECCANO	☒											4.894	4.565	4.183	3.060	-
120222 - HOSP. RIABILITITATIVO 'FERRARI' CEPRANO	CEPRANO	☒											1.516	1.269	1.386	263	-
120223 - HOSP. RIABILITATIVO CIVICO FERENTINO	FERENTINO	☒											1.572	1.344	847	- 276	-
120224 - OSP. CIVILE IN MEM.DEI CADUTI ISOLA LIRI	ISOLA DEL LIRI								18				1.706	1.237	1.329	- 768	-
120225 - OSPEDALE CIVILE PAS. D. PRETE PONTECORVO	PONTECORVO			☒		☒			10				8.830	7.883	9.386	5.755	-
Totale		-	-	-	-	-	-	20 200	48	67			67.006	54.014	130.492	**81.426**	4.490

**Nota: non si tratta di un'attivazione di nuovi posti letto ma dell'effetto della riduzione del numero di posti letto esistenti in ospedali già a vocazione riabilitativa*

Tabella 6 - La manovra di riconversione e i risparmi economici per struttura 2011 – 2012

Ospedale	Da convertire in...	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario
120200 02 - OSPEDALE DI SEZZE	Presidio secondo liv. (A)	2.848	2.577	7.212	5.826
120206 02 - OSPEDALE DI GAETA	Presidio secondo liv. (A)	2.848	2.577	7.212	5.826
120206 - OSPEDALE DI MINTURNO	CORE	476	304	1.017	-106
Totale		**6.172**	5.457	**15.441**	**11.546**

Tabella 7 - Ipotesi di manovra per gli stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati di Sezze, Gaeta, Minturno – Anni 2011 – 2012

Ospedale	Da convertire in...	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario
120057 - OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	CORE	2.510	2.368	6.790	5.667

Tabella 8 - Ipotesi di manovra per l'Ospedale San Giovanni Battista di Zagarolo – Anni 2011 - 2012

Il possibile risparmio e i maggiori ricavi derivanti, nel solo corso del 2011, dagli effetti delle riconversioni di Ospedali Pubblici, tenendo conto dei differenti periodi di riconversione e della conseguente impossibilità di conseguire i risparmi su un orizzonte di 12 mesi, è dato dalle seguenti voci:

- Riduzione dei costi al netto del personale pari a circa 41,1 milioni di Euro;
- Ricavi da quota sociale pari a circa 2,7 milioni di Euro.

Tali valori sono riportati sinteticamente nella tabella seguente:

	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario	Ricavi da quota sociale
Riconversione delle strutture	67.006	36.436	130.492	81.426	2.668
Riconversione stabilimenti ospedalieri	6.172	3.234	15.441	11.546	-
Riconversione Ospedale San Giovanni Battista	2.510	1.382	6.790	5.667	-
Totale	**75.688**	41.052	**152.723**	**98.639**	2.668

Tabella 9 - Impatto economico complessivo delle riconversioni 2011

Ospedali	Comune	DA CONVERTIRE IN ... CORE	Presidio primo liv.	Presidio secondo liv. (A)	Presidio secondo liv. (B)	Presidio secondo liv. (C)	UDI	Residenza protetta disabilità	RSA	Hospice	Riabil. 26	Chiusura	Mese dismissione attività per acuti 2011	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario	Ricavi da quota sociale
120002 - OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE	ACQUAPENDENTE				☒								6	2.848	1.409	7.212	3.939	-
120004 - OSPEDALE DI MONTEFIASCONE	MONTEFIASCONE		☒			☒		40					6	1.910	612	5.093	1.944	490
120006 - OSPEDALE DI RONCIGLIONE	RONCIGLIONE		☒					40					4	6.226	4.099	3.854	1.216	630
120020 - OSPEDALE MARZIO MARINI	MAGLIANO SABINA		☒			☒		40					4	5.101	2.788	8.553	5.404	630
120022 - OSPEDALE FRANCESCO GRIFONI AMATRICE	AMATRICE				☒			40					6	3.072	1.104	3.036	-1.488	490
120036 - OSP. VILLA ALBANI ANZIO	ANZIO						20			39			4	2.592	1.223	4.549	2.034	219
120049 - OSPEDALE SS. GONFALONE	MONTEROTONDO			☒		☒		40					10	1.420	137	16.093	12.179	210
120052 - OSPEDALE A. ANGELUCCI	SUBIACO				☒								10	943	153	14.102	10.829	-
120055 - OSP. ARICCIA	ARICCIA		☒							28			4	2.605	1.476	6.132	3.643	-
120059 - OSPEDALE PADRE PIO DI BRACCIANO	BRACCIANO			☒		☒			10				6	8.084	3.749	21.948	18.317	-
120062 - OSPEDALE SS. SALVATORE	PALOMBARA SABINA			☒		☒							4	2.510	1.621	6.790	4.128	-
120064 - OSP. CARTONI ROCCA PRIORA	ROCCA PRIORA	☒											4	1.670	973	3.249	2.126	-
120218 - OSPEDALE CIVILE ANAGNI	ANAGNI			☒		☒			10				10	8.603	1.907	10.897	7.266	-
120219 - OSPEDALE CIVILE SANTA CROCE ARPINO	ARPINO										☒		6	428	250	836	836	-
120220 - OSPEDALE CIVILE DELLA CROCE ATINA	ATINA										☒		2	476	436	1.017	1.017	-
120221 - OSPEDALE CIVILE CECCANO	CECCANO	☒											2	4.894	4.185	4.183	3.060	-
120222 - HOSP. RIABILITITATIVO 'FERRARI' CEPRANO	CEPRANO	☒											1	1.516	1.269	1.386	263	-
120223 - HOSP. RIABILITATIVO CIVICO FERENTINO	FERENTINO	☒											1	1.572	1.344	847	-276	-
120224 - OSP. CIVILE IN MEM.DEI CADUTI ISOLA LIRI	ISOLA DEL LIRI								18				2	1.706	1.134	1.329	-768	-
120225 - OSPEDALE CIVILE PAS. D. PRETE PONTECORVO	PONTECORVO			☒		☒			10				3	8.830	6.569	9.386	5.755	-
Totale		-	-	-	-	-	-	**20**	**200**	**48**	**67**			**67.006**	36.436	**130.492**	**81.426**	2.668

**Nota: non si tratta di un'attivazione di nuovi posti letto ma dell'effetto della riduzione del numero di posti letto esistenti in ospedali già a vocazione riabilitativa*

Tabella 10 - La manovra di riconversione e i risparmi economici per struttura 2011

Ospedale	Da convertire in...	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario
120200 02 - OSPEDALE DI SEZZE	Presidio secondo liv. (A)	2.848	1.503	7.212	5.826
120206 02 - OSPEDALE DI GAETA	Presidio secondo liv. (A)	2.848	1.503	7.212	5.826
120206 - OSPEDALE DI MINTURNO	CORE	476	228	1.017	-106
Totale		**6.172**	3.234	**15.441**	**11.546**

Tabella 11 - Ipotesi di manovra per gli stabilimenti ospedalieri funzionalmente accorpati di Sezze, Gaeta, Minturno - Anno 2011

Ospedale	Da convertire in...	Costi attuali al netto del Personale	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario
120057 - OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	CORE	2.510	1.382	6.790	5.667

Tabella 12 - Ipotesi di manovra per l'Ospedale San Giovanni Battista di Zagarolo – Anno 2011

	2011	2012
Costi cessanti piccoli ospedali	41,1	61,8
Ricavi da quota sociale post riconversione	2,7	4,5
Totale	**43,8**	**66,3**

Tabella 13 – Sintesi valorizzazione Azione 1.2 biennio 2011 – 2012

Valorizzazione Azione 2.2 – Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS

Al fine di valorizzare l'intervento è necessario distinguere i risparmi legati alla valorizzazione dello stesso sugli erogatori pubblici dalla valorizzazione sugli erogatori privati.

Per la prima tipologia di erogatori, infatti, ci si aspetta, come precisato nella parte relativa ai risultati programmati (oltre ovviamente ai risparmi scontati dalla riconversione delle strutture di cui all'Intervento 1), una riduzione del fabbisogno di beni e di servizi che dovrebbe "rinforzare" l'azione della centrale acquisti di cui allo specifico intervento.

Per la seconda tipologia di erogatori, invece, la valorizzazione, di cui al presente paragrafo, dovrà concretizzarsi con la sottoscrizione dei relativi contratti nell'ambito dei quali sarà definito per ciascun erogatore un relativo budget.

Coerentemente con le indicazioni del Ministero della Salute la Regione ha:

- adottato le indicazioni di dettaglio per il 2008 date dal Ministero della Salute stesso per quanto riguarda la potenziale inappropriatezza;
- sottratto alla potenziale inappropriatezza la domanda soddisfatta erogata dalle strutture oggetto dell'Intervento 1;
- sottratto alla potenziale inappropriatezza la domanda soddisfatta erogata dalle strutture pubbliche e private i cui posti letto sono stati ridotti o riconvertiti;
- riattribuito sulle strutture pubbliche e private residue in proporzione rispetto alla domanda soddisfatta per singola prestazione la potenziale inappropriatezza.

La potenziale inappropriatezza, riattribuita in modo proporzionale rispetto alla domanda soddisfatta per singola prestazione, è caratterizzata da una percentuale di prestazioni inappropriate pari a circa il **16%** per i ricoveri medici in degenza ordinaria, al **44%** per i ricoveri medici in day hospital e al **7%** per i ricoveri chirurgici (sia degenza ordinaria che day hospital).

I ricoveri maggiormente caratterizzati da potenziale inappropriatezza a livello regionale identificati dal Ministero della Salute sono quelli identificabili dai seguenti aggregati clinici di codici ICD9CM:

ACC di diagnosi monolivello (casi medici)	Fabbisogno 2008	Potenziale inappropriatezza 08	% Potenziale inappropriatezza su fabbisogno 2006	% Potenziale inappropriatezza su fabbisogno 2008	% Potenziale inappropriatezza su totale inappropriatezza 2008	Cumulata %
088 - GLAUCOMA	205	1.013	*48,9%*	*494,2%* ⇧	*1,6%*	*1,6%*
087 - DISTACCO E ROTTURE DELLA RETINA, OCCLUSIONE VASCOLARE E RETINOI	360	1.214	*148,1%*	*337,5%* ⇧	*2,0%*	*3,6%*
036 - TUMORI MALIGNI DELLA GHIANDOLA TIROIDE	411	925	*166,7%*	*224,8%* ⇧	*1,5%*	*5,1%*
104 - ALTRE E MAL DEFINITE CARDIOPATIE	521	991	*224,0%*	*190,3%* ⇩	*1,6%*	*6,7%*
198 - ALTRE CONDIZIONI INFIAMMATORIE DELLA CUTE	1.016	1.739	*185,5%*	*171,3%* ⇩	*2,8%*	*9,5%*
056 - FIBROSI CISTICA	56	94	*296,6%*	*169,9%* ⇩	*0,2%*	*9,6%*
053 - DISORDINI DEL METABOLISMO DEI LIPIDI	133	181	*109,1%*	*136,2%* ⇧	*0,3%*	*9,9%*
057 - MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO	109	116	*43,0%*	*107,0%* ⇧	*0,2%*	*10,1%*
210 - LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO E MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO	920	983	*104,9%*	*106,9%* ⇧	*1,6%*	*11,7%*
086 - CATARATTA	73	72	*359,3%*	*97,8%* ⇩	*0,1%*	*11,8%*
xxx - Altro	376.826	54.636	*6,5%*	*14,5%*	*88,2%*	
Totale	**380.629**	**61.965**	*22,8%*	*16,3%*		

Nota: gli ACC sono stati ordinati in modo decrescente rispetto alla percentuale di potenziale inappropriatezza dell'anno 2008 sul relativo fabbisogno e si considerano gli ACC che concorrono a determinare il 90% del totale dell'inappropriatezza della Regione in esame.

Tabella 14 – Caratterizzazione dei ricoveri medici a maggiore potenziale inappropriatezza

ACC di procedura chirurgica monolivello (casi chirurgici)	Fabbisogno 2008	Potenziale inappropriatezza 08	% Potenziale inappropriatezza su fabbisogno 2006	% Potenziale inappropriatezza su fabbisogno 2008	% Potenziale inappropriatezza su totale inappropriatezza 2008	Cumulata %
018 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'OCCHIO	367	902	*764,5%*	*245,5%* ⇩	*3,0%*	*3,0%*
014 - INTERVENTI PER GLAUCOMA	1.177	2.568	*79,2%*	*218,1%* ⇧	*8,6%*	*11,6%*
019 - ALTRE PROCEDURE TERAPEUTICHE SU PALPEBRA, CONGIUNTIVA, CORNEA	3.403	2.190	*60,8%*	*64,3%* ⇧	*7,3%*	*18,9%*
010 - TIROIDECTOMIA, PARZIALE O COMPLETA	3.618	2.105	*62,9%*	*58,2%* ⇩	*7,0%*	*25,9%*
033 - ALTRE PROCEDURE TERAPEUTICHE DI SALA OPERATORIA SU NASO, BOCCA E FARINGE	12.112	6.153	*32,5%*	*50,8%* ⇧	*20,5%*	*46,5%*
172 - INNESTO CUTANEO	4.468	2.023	*37,0%*	*45,3%* ⇧	*6,8%*	*53,2%*
170 - ASPORTAZIONE DI LESIONE CUTANEA	7.701	3.264	*47,3%*	*42,4%* ⇩	*10,9%*	*64,1%*
027 - CONTROLLO DI EPISTASSI	101	42	*33,5%*	*40,9%* ⇧	*0,1%*	*64,3%*
150 - INCISIONE DI CAPSULA ARTICOLARE, LEGAMENTI O CARTILAGINE	1.351	537	*24,5%*	*39,7%* ⇧	*1,8%*	*66,1%*
079 - ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'INTESTINO CRASSO (NON ENDOSCOPICA)	95	29	*27,5%*	*30,1%* ⇧	*0,1%*	*66,2%*
XXX - Altro	467.707	10.132	*1,9%*	*2,2%*	*33,8%*	
Totale	**502.100**	**29.944**	**6,9%**	**6,0%**		

Nota: gli ACC sono stati ordinati in modo decrescente rispetto alla percentuale di potenziale inappropriatezza dell'anno 2008 sul relativo fabbisogno e si considerano gli ACC che concorrono a determinare il 90% del totale dell'inappropriatezza della Regione in esame.

Tabella 15 – Caratterizzazione dei ricoveri chirurgici a maggiore potenziale inappropriatezza

A partire dai dati relativi alla produzione 2008, è stato applicato un primo filtro relativo all'abbattimento della produzione delle 24 strutture pubbliche riconvertite (vedi Azione 1.2) e delle unità operative delle strutture sia pubbliche che private che hanno subito riduzioni totali/parziali in termini di posti letto (Allegato C del DCA 80/2010). Il valore complessivo della produzione associata a questa operazione, relativa ai soli casi in cui è stato possibile identificare in modo puntuale la produzione della struttura/unità operativa è pari a **103,2 milioni di Euro per la componente pubblica, 11,5 milioni di Euro per la componente privata**. Tali valori sono da considerarsi quindi sottostimati.

La riallocazione dell'eccesso residuo sulle strutture pubbliche e private operative secondo il Decreto n. 80, effettuata in modo proporzionale rispetto alla domanda soddisfatta potenzialmente inappropriata per prestazione e ASL di residenza dell'assistito, comporta un potenziale risparmio di circa **364,0 milioni di Euro** di cui circa **118,5 da strutture pubbliche** e **245,5 milioni di Euro da strutture private** ovviamente al lordo dei costi per le tipologie assistenziali alternative.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche, la manovra non può che concretizzarsi in:

- riduzione dei costi per Beni e Servizi, al momento non quantificabile, associata alla riduzione del fabbisogno per le strutture non coinvolte da riconversione (vedi azioni 4 e 5 dello specifico intervento);
- realizzazione efficace del meccanismo di blocco del turn over e la corretta riallocazione del personale.

Per quanto riguarda la componente privata bisogna considerare che nel periodo 2008 – 2010 (successivo al periodo di riferimento dei dati di produzione utilizzati nell'analisi) sono stati effettuati interventi per ridurre l'inappropriatezza organizzativa attuati mediante la riduzione del budget 2010 rispetto al valore della produzione 2008, oltre che dell'offerta, in particolare nel settore della riabilitazione.

Ciò ha comportato una riduzione dei tetti di spesa per acuti delle strutture private **stimabile in 114,9 milioni di Euro**, senza tenere conto che la popolazione laziale tra il 1/01/2008 e il 01/01/2010 è cresciuta di circa 120.000 abitanti.

È ragionevole ipotizzare per determinare i tetti di spesa agli erogatori privati che, a fronte di razionalizzazioni riguardanti gli aspetti puramente organizzativi e non clinici, il mix produttivo delle strutture private laziali nel 2010 rispecchi quello dell'anno 2008. Di conseguenza possono essere considerate costanti le quote di produzione inappropriata caratteristiche di ciascuna tipologia di erogatore privato.

Sottraendo al potenziale risparmio associato alla produzione inappropriata calcolata sui dati 2008 (**257,0 milioni di Euro**, di cui 245,5 di eccesso residuo e 11,5 di riduzioni totali/parziali di posti lettto) i risparmi conseguiti in termini di appropriatezza organizzativa (**114,9 milioni di Euro**) è possibile stimare, nell'ipotesi di mix produttivo costante, il valore della produzione inappropriata 2010 potenzialmente recuperabile. Tale recupero, pari a circa **142,2 milioni di Euro**, è da considerarsi come recupero massimo teorico.

Per il biennio 2011 – 2012 la Regione Lazio intende recuperare per mezzo dei contratti/accordi con gli erogatori privati il 50% del recupero potenziale teorico (**71,1 milioni di Euro**), il 20% nel corso dell'anno 2011 (**28,4 milioni di Euro**), il restante 30% (**42,7 milioni di Euro**) nel corso del 2012.

		Mln/€
Recupero teorico	A	257,0
Recupero conseguito 2008-2010	B	114,9
Recupero potenziale 2010	C = A - B	142,1
Recupero 2011	**D = C* 20%**	**28,4**
Recupero 2011-2012	**E = C* 50%**	**71,1**

Tabella 16 – Recupero inappropriatezza privato acuzie 2011 – 2012

Prima della sottoscrizione degli accordi con gli erogatori privati saranno effettuati gli opportuni aggiornamenti ai risultati della metodologia evidenziati precedentemente, applicandola agli ultimi dati di produzione disponibili.

Con riferimento alle attività di riabilitazione e lungodegenza erogata da Case di Cura private accreditate si è proceduto come segue:

- sono stati ridotti con la DCA 80/2010 posti letto di DO e DH in riabilitazione e lungodegenza in coerenza rispetto al numero di posti letto per 1.000 abitanti indicato come standard dal Patto della Salute;
- a fronte della riduzione dei posti letto si è proceduto al calcolo del budget 2011 valorizzando i posti letto residui con una tariffa media giornaliera di 240 Euro per quanto riguarda la riabilitazione e di 137,89 per la lungodegenza
- La valorizzazione dei posti letto residui per il 2011 è stata confrontata con il budget 2010, determinando una riduzione pari a **52,9 milioni di Euro**.

Le seguenti tabelle riepilogano gli effetti della riduzione dei PL privati.

Budget 2010	Valorizzazione posti letto 2011 riabilitazione*	Delta Budget 2010 - valorizzazione 2011
199.604.273	159.636.984	39.967.289

* Per la valorizzazione dei PL in Riabilitazione si è applicata la seguente formula:
(240 x 365 x 0,98 x n. PL ordinari) e (240 x 365 x 1,7 x 0,75 x n. DH

Tabella 17 – Riabilitazione Budget 2010 vs valorizzazione 2011

Budget 2010	Valorizzazione posti letto 2011 lungodegenza*	Delta Budget 2010 - valorizzazione 2011
49.804.594	36.893.793	12.910.801

* Per la valorizzazione dei PL in Lungodegenza si è applicata la seguente formula:
137,89 x 365 x 0,98 x n. PL ordinari)

Tabella 18 – Lungodegenza Budget 2010 vs valorizzazione 2011

Pertanto la manovra complessiva per la riabilitazione, è pari a **40,0 milioni di Euro,** per la lungodegenza è pari a **12,9 milioni di Euro**. Tali manovre hanno integralmente effetto nel corso del 2011.

Le tabelle che precedono sono realizzate in via presuntiva e prospettica su base annua. In ordine alla stessa va precisato che:

- è stata ipotizzata la riattribuzione di attività di natura territoriale a parziale compensazione di quelle ridotte (RSA, hospice, riabilitazione extraospedaliera ex art 26, specialistica ambulatoriale, dialisi e assistenza domiciliare). Si rimanda all'intervento 3.1 per il dettaglio.
- sono state effettuate minime variazioni ai posti letto in alcune situazioni di strutture monospecialistiche per renderle quanto più possibile coerenti con i moduli tipo. Tali

variazioni marginali hanno comunque saldo zero e non impattano quindi in termini economici;

- laddove più strutture fanno capo ad un unico soggetto, le attività sono state riattribuite in modo proporzionale fatte salve future intese per diversa collocazione.

	2011	2012
Recupero inappropriatezza privato acuzie	28,4	71,1
Riduzione PL privati riabilitazione	40,0	40,0
Riduzione PL privati lungodegenza	12,9	12,9
Totale	**81,3**	**124,0**

Tabella 19 – Sintesi valorizzazione Azione 2.2 biennio 2011 – 2012

Programma 2 – Riqualificazione Assistenza territoriale

	2011	2012
Riqualificazione Assistenza territoriale	**3,3**	**24,1**
Attivazione strutture territoriali	(19,9)	(43,3)
Attivazione attività di territoriali a seguito riconversione	*(10,9)*	*(15,8)*
Attivazione dei nuovi di posti letto di RSA	*(9,0)*	*(27,5)*
Aggiornamento requisiti accreditamento	-	-
Completamento procedure di autorizzazione e accreditamento definitivo e avvio attività di verifica presso le strutture	-	-
Adozione criteri di valutazione utenti destinati ad RSA	-	-
Aggiornamento tariffe RSA	-	-
Potenziamento sistema informativo SIRA	-	-
Sviluppo del PUA distrettuale integrato sociosanitario	-	-
Accordi con MMG	-	-
Assistenza riabilitativa e di mantenimento	13,2	20,0
Strutture di riabilitazione territoriale	*13,2*	*20,0*
Assistenza domiciliare	-	-
Piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare	-	-
Assistenza specialistica ambulatoriale	-	30,4
Adozione del nuovo nomenclatore tariffario	-	*30,4*
Riorganizzazione rete laboratoristica pubblica e adeguamento al Piano di riordino della rete ospedaliera	-	-
Rete di medicina trasfusionale	-	-
Attuazione dell'Accreditamento e razionalizzazione della rete privata accreditata	-	-
Realizzazione Decreto 11 Dicembre 2009	10,0	17,0
Verifica delle esenzioni da parte dei Medici prescrittori	*10,0*	*17,0*
Riqualificazione rete Emergenza Urgenza	-	-
Piano di attuazione della riqualificazione della rete	-	-
Piano di attuazione della riqualificazione dei sistemi di gestione e coordinamento della rete di emergenza urgenza (ruolo ARES)	-	-
Reti assistenziali integrate	-	-
Sviluppo Attuazione della rete assistenziale delle cure palliative residenziali e domiciliari	-	-
Attuazione della rete assistenziale per la cura del dolore cronico non oncologico	-	-

Tabella 20 – Sintesi manovre Programma 2

Intervento 3 – Attivazione strutture territoriali

Azione 3.1 – Attivazione attività territoriali a seguito riconversione

A fronte delle riduzioni di cui al Programma Operativo n.1 la Regione Lazio intende potenziare le attività di assistenza territoriale riattribuendo agli erogatori nuove attività di natura territoriale, ovvero:

- 820 nuovi PL di RSA (60 R1, 260 R2, 130 R2D e 370 R3);
- 39 PL di Hospice;
- 60 PL in strutture ex art 26;
- specialistica ambulatoriale e dialisi;
- assistenza domiciliare.

Tali attività potranno subire modifiche non rilevanti a seguito delle intese con le strutture interessate.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Incremento offertra RSA, hospice e riabilitazione territoriale da riconversione strutture private di riabilitazione e lungodegenza;
- Incremento pazienti in carico in ADI da riconversione budget strutture private di riabilitazione e lungodegenza;
- Incremento offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale da riconversione budget strutture private di riabilitazione e lungodegenza.

INDICATORI DI RISULTATO

- Sottoscrizione accordo da parte degli erogatori interessati dalle riconversioni;
- Accreditamento strutture riconvertite per le nuove attività;
- Sottoscrizione contratto di fornitura di prestazioni da parte degli erogatori interessati dalle riconversioni.

Azione 3.2 – Attivazione dei nuovi posti letto di RSA

Il Decreto Commissariale n. 17 del 5 settembre 2008 ha fatto propria la classificazione delle strutture residenziali extraospedaliere contenuta nel documento della Commissione Nazionale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali del maggio 2007. In esso vengono infatti identificati i nuovi livelli prestazionali che le RSA del Lazio dovranno garantire agli ospiti portatori di problematiche clinico-assistenziali che vedono nel regime residenziale o semiresidenziale l'ambito assistenziale ad essi più appropriato.

Sulla base delle indicazioni fornite dal SiVeAS, la Regione Lazio presenta un numero di utenti anziani assistiti in regime residenziale e semiresidenziale considerevolmente inferiore rispetto alla media delle Regioni non in disavanzo, unitamente ad un numero di utenti in ADI parimenti inferiore rispetto alla media delle Regioni non in disavanzo. Dal lato dell'offerta la Regione Lazio dispone di "una dotazione di PL residenziali per assistenza agli anziani pari a 4,15 PL per mille abitanti anziani, inferiore al valore mediano pari a 6,10 p.l per mille abitanti anziani".

La Regione Lazio ha proceduto alla definizione del fabbisogno di posti residenziali per anziani. È quindi prioritario definire un programma di attivazione dei nuovi posti per ciascun livello prestazionale per la copertura progressiva del fabbisogno definito. La regione intende portare l'offerta complessiva di PL di RSA ad un numero di 7500 PL entro la fine del 2012 così composti:

- 5148 PL autorizzati e provvisoriamente accreditati già esistenti;
- 820 nuovi PL da riconversioni (azione 3.1);
- 1532 ulteriori nuovi PL di RSA.

Per dare compimento a questa azione si prevede di istituire presso la Regione Lazio un Gruppo di lavoro con il compito di:

- monitorare l'offerta RSA esistente aggiornando la mappatura dei PL in RSA per ciascuna ASL della Regione secondo i nuovi livelli prestazionali previsti dal DCA 17/2008 e dal DCA 90/2010 e successive modificazioni;
- elaborare una proposta di riconfigurazione della modularità dei livelli prestazionali per le strutture già autorizzate e per quelle di nuova autorizzazione;
- individuare un cronoprogramma per il progressivo completamento delle attività previste.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completamento entro il 31.12.2011 della attivazione di almeno 1175 nuovi PL RSA (ovvero della metà delle attivazioni previste entro il 2012);
- Completamento entro il 31.12.2012 delle attivazioni previste.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di PL RSA attivati su PL previsti da attivare;
- Numero PL RSA esistenti su numero complessivo PL previsti.

Azione 3.3 – Aggiornamento requisiti accreditamento per le RSA

Con il DCA 90/2010 la Regione Lazio ha proceduto alla ridefinizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento (per maggiori dettagli si rimanda all'Intervento 12). Con riferimento alle RSA, le richieste formali di revisione del decreto stesso da parte delle Associazioni di Categoria degli erogatori privati hanno fatto emergere la presenza di alcuni punti suscettibili di possibili interpretazioni non univoche con riferimento ai requisiti organizzativi relativi alle RSA (Allegato 1, par 4.1.1.3 del DCA 90). La Regione intende quindi riesaminare il decreto e, nella assoluta salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza per il cittadino, riformulare i requisiti di autorizzazione in modo più semplice e non suscettibile a interpretazioni, agevolando in questo modo le procedure di verifica del possesso dei requisiti stessi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Documento di ridefinizione dei requisiti autorizzativi organizzativi per le RSA.

INDICATORI DI RISULTATO

- Adozione formale di decreto di modifica del DCA 90 relativo ai requisiti autorizzativi per le RSA (entro gennaio 2011).

Azione 3.4 – Completamento procedure di autorizzazione e accreditamento definitivo e avvio attività di verifica presso le strutture (RSA)

Conseguentemente alla riformulazione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento come sopra descritto, è necessario procedere al completamento delle procedure di accreditamento definitivo degli erogatori. A tal fine è necessario provvedere:

- all'individuazione dei criteri per la riclassificazione delle RSA esistenti;

- all'attivazione di un sistema che consenta di completare il percorso di accreditamento definitivo degli erogati privati (sia per strutture esistenti che per nuove attivazioni);
- all'attivazione di un capillare sistema di controllo che preveda da parte di ciascuna ASL la verifica in fase iniziale della presenza dei requisiti e che periodicamente garantisca il mantenimento degli stessi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riclassificazione dei nuclei RSA esistenti nei nuovi livelli prestazionali;
- Completamento del processo di autorizzazione e accreditamento definitivo;
- Potenziamento del sistema di controllo da parte dell'ASL sul possesso e sul mantenimento dei requisiti.

INDICATORI DI RISULTATO

- Completamento riclassificazione nuclei RSA esistenti (entro dicembre 2011);
- Numero di strutture definitivamente autorizzate e accreditate su strutture attualmente in accreditamento provvisorio;
- Numero di verifiche effettuate da parte delle ASL su strutture presenti sul proprio territorio.

Azione 3.5 –Adozione criteri di valutazione utenti destinati ad RSA

In conseguenza dell'introduzione dei nuovi livelli prestazionali, definiti dal documento della Commissione Nazionale per la Definizione e l'aggiornamento dei LEA relativo alle prestazioni residenziali e semiresidenziali, la Regione intende definire i criteri di valutazione degli utenti adottando il sistema RUG:

- in fase di autorizzazione all'ammissione in RSA;
- in fase di rivalutazione periodica ai fini della proroga dell'ospitalità presso la struttura e il livello prestazionale individuato.

È quindi necessario avviare, a livello di ASL, con il supporto di Laziosanità, un programma formativo continuo per il personale delle RSA e delle Unità Valutative Territoriali (UVT) dei Centri di Assistenza Domiciliare (CAD) che autorizzano l'accesso in RSA e dispongono la proroga dell'ospitalità, finalizzato alla omogeneizzazione delle procedure di valutazione ed un corretto utilizzo dei relativi strumenti adottati dalla Regione.

Dovranno inoltre essere definiti a livello regionale i criteri per il raccordo tra i raggruppamenti RUG e i livelli prestazionali definiti nel DCA 17/2008.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Elaborazione piani formativi a livello di ciascuna ASL;
- Attivazione procedura di valutazione sistematica degli utenti.

INDICATORI DI RISULTATO

- Formale adozione del sistema di valutazione RUG e del provvedimento di riconduzione ai livelli prestazionali;
- Adozione formale del programma di formazione e avvio del percorso (entro marzo 2011);
- Numero di valutazioni svolte presso ciascuna ASL sulla base degli utenti già in carico.

Azione 3.6 –Aggiornamento tariffe

L'aggiornamento delle tariffe vigenti rappresenta la logica conseguenza delle azioni di ridefinizione dei livelli prestazionali, di ridefinizione dei fabbisogni e della migliore specificazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.

La determinazione delle nuove tariffe avverrà ai sensi del D.Lgs 502/92, art. 8 *sexies* comma 5. Saranno cioè determinate "*le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza*".

In fase di adozione delle nuove tariffe sarà inoltre considerata:

- la compatibilità con i requisiti di accreditamento;
- la sostenibilità per il SSR sulla base del fabbisogno determinato (anche in considerazione dei risparmi derivanti da altre azioni del presente programma).

Il processo di definizione del nuovo tariffario prevederà quindi le seguenti attività:

- definizione del modello per il calcolo delle tariffe;
- definizione del set informativo necessario per l'alimentazione del modello di simulazione;
- identificazione di un campione rappresentativo di strutture "virtuose" regionali, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza;
- avvio procedure di rilevazione/raccolta delle informazioni di costo delle strutture accreditate utili alla determinazione delle nuove tariffe;
- verifica di qualità e consistenza del dato;
- determinazione delle nuove tariffe.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Documento di determinazione delle nuove tariffe e verifica della compatibilità con i requisiti, con i fabbisogni e con gli oneri complessivi derivanti per il SSR.

INDICATORI DI RISULTATO

- Formale adozione delle nuove tariffe.

Azione 3.7 –Potenziamento sistema informativo SIRA

Nell'ottica della riqualificazione e del potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale agli anziani risulta fondamentale disporre sistematicamente di un set informativo completo che consenta alla Regione di governare l'intero processo di transizione e di disporre, una volta a regime, dei dati di attività e costo necessari al governo del sistema. A tal fine la Regione Lazio intende portare a regime il sistema informativo delle Residenze Assistenziali (attivo sperimentalmente dal 2008) coerentemente con il flusso NSIS di cui al DM 17/12/2008 avente ad oggetto "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali".

La Regione intende inoltre potenziare il sistema dei controlli su tale flusso, con particolare riferimento alla congruenza tra produzione rendicontata, budget assegnato e PL autorizzati.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Implementazione del Sistema Informativo delle RSA (SIRA) con il pieno coinvolgimento delle UVT dei CAD;
- Completamento della copertura del sistema informativo SIRA.

INDICATORI DI RISULTATO

- Copertura del Sistema informativo SIRA sul 100% delle strutture accreditate ed il 100% delle UVT (entro dicembre 2011).

Azione 3.8 – Sviluppo del PUA distrettuale integrato sociosanitario

Il Punto Unico di Accesso Integrato Sociosanitario (PUA) è una modalità organizzativa sia strutturale che funzionale collocata all'interno del distretto sanitario rivolto prevalentemente a disabili, non autosufficienti, portatori di patologie croniche e con difficoltà sociali atto a facilitare l'accesso integrato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

Nell'ambito delle attività previste dal Piano di Rientro è stato stipulato uno specifico accordo tra Regione Lazio e Ministero della Salute per lo sviluppo dei PUA. Tale azione prevede:

- rilevazione dello stato di attuazione del Decreto 18/2007 istitutivo dei PUA;
- definizione delle procedure operative per assolvere alle funzioni del PUA e degli strumenti (sistema informativo, informatico, e valutazione multidimensionale, delle procedure di orientamento della domanda e della rete dei servizi);
- implementazione delle procedure e degli strumenti, formazione degli operatori, comunicazione e informazione dell'utenza;
- monitoraggio semestrale e valutazione dell'implementazione dei PUA.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Elaborazione di documenti tecnici relativi alle procedure e agli strumenti;
- Elaborazione del programma di formazione, tenendo conto delle esperienze più avanzate presenti nel territorio regionale;
- Implementazione dei PUA;

INDICATORI DI RISULTATO

- Disponibilità e invio alle ASL dei documenti tecnici relativi alle procedure e agli strumenti (entro giugno 2011);
- Adozione formale con decreto delle procedure e degli strumenti per l'attività del PUA (entro giugno 2011);
- Adozione formale del programma di formazione e avvio del percorso (entro marzo 2011).

Azione 3.9 – Accordi con MMG

Il Medico di medicina generale (MMG) assolve, all'interno del SSR, un ruolo centrale: è infatti la figura professionale alla quale il cittadino, in un rapporto diretto e di reciproca fiducia, affida primariamente la tutela della propria salute.

Tuttavia, a fronte del mutare delle problematiche assistenziali, come l'emergere della complessità delle cure legata all'aumentata prevalenza delle malattie cronico-degenerative e al manifestarsi della fragilità connessa all'invecchiamento demografico e alla conseguente necessità di garantire la continuità assistenziale, il MMG deve uscire dal ruolo tradizionale di libero professionista solista e interagire con gli altri attori del Sistema sanitario regionale.

Il MMG deve realmente integrarsi nella rete dei servizi che connotano l'offerta sanitaria e partecipare al governo della domanda, non solo attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, ma soprattutto divenendo attore e promotore di efficaci interventi di prevenzione e fornitore di cure primarie ad ampio raggio, anche in maniera integrata con altre professionalità sanitarie e sociali.

Il DCA 80/2010 a questo proposito ha disposto nell'ambito delle funzioni core dell'Ospedale distrettuale delle forme di aggregazione dei MMG e PLS: Aggregazioni funzionali territoriali, Equipes territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie (ai sensi degli art. 26, 26 bis e 26 ter dell'ACN 2009) previi specifici accordi regionali e locali.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Sottoscrizione da parte della Regione Lazio Direzione "Programmazione e Risorse SSR" di accordo tipo da sottoporre a livello locale a direttori generali coinvolti;
- Sottoscrizione da parte delle singole ASL coinvolte nell'attivazione degli ospedali distrettuali dell'accordo specifico con i singoli MMG.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvenuta sottoscrizione dell'accordo tipo da parte della Regione (entro marzo 2011);
- Numero accordi sottoscritti su accordi previsti coerentemente rispetto a quanto previsto dai piani operativi per la riconversione delle strutture per ASL.

Intervento 4 – Assistenza riabilitativa e di mantenimento

Azione 4.1 – Strutture di riabilitazione territoriale

L'obiettivo dell'intervento riabilitativo/abilitativo è quello di consentire alla persona con disabilità il raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale. Detti interventi riabilitativi, attuati nell'ambito di progetti individualizzati, sono erogati in ambiente extraospedaliero in tutti i regimi assistenziali (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare). In considerazione della necessità di procedere alla riqualificazione/ridefinizione dell'offerta estensiva e di mantenimento attualmente accreditata sulla base di sempre maggiori criteri di appropriatezza, la Regione ha intrapreso specifiche azioni che hanno condotto alla definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi diversi regimi assistenziali (DCA 89/2010).

Per dare compimento a questa azione sono previsti i seguenti step:

- Elaborazione ed adozione del Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento territoriale, L.833/78 a cura del gruppo tecnico di lavoro istituito con DCA 95/2009 (entro marzo 2011);
- Istituzione di un gruppo tecnico con la funzione di coordinamento delle attività relative alla riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento (entro marzo 2011);
- Attuazione programma formativo per le Unità Cliniche di Valutazione delle ASL, coinvolte nel processo di ricollocazione dei pazienti residenziali e semiresidenziali in carico alle strutture ex articolo 26 nelle tipologie assistenziali necessitanti, così come definite dal DC 89/2010 (entro marzo 2011);
- Monitoraggio delle attività di riconversione/riqualificazione (aprile-dicembre 2011)
- Modifica del sistema informativo e informatico dedicato (SIAR) (entro luglio 2011);
- Monitoraggio e valutazione del nuovo assetto dell'offerta riabilitativa residenziale e semiresidenziale alle persone con disabilità (dicembre 2011- dicembre 2012);
- Monitoraggio adozione criteri di accesso assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento regime non residenziale (marzo 2011 - dicembre 2012).

La Regione intende inoltre potenziare il sistema dei controlli sull'assistenza riabilitativa territoriale, con particolare riferimento:

- al monitoraggio dell'assistenza erogata in regime ambulatoriale e domiciliare;
- al fenomeno dei progetti ripetuti.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Formazione per le Unità Cliniche di Valutazione delle ASL;
- Ricollocazione dei pazienti residenziali e semiresidenziali in carico alle strutture ex art. 26 nelle tipologie assistenziali previste dal DC n. 89/10;
- Potenziamento del sistema dei controlli sull'assistenza erogata.

INDICATORI DI RISULTATO

- Adozione con decreto del Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione;
- estensiva e di mantenimento territoriale;
- Incontri formativi per operatori UCV;
- Disponibilità di un sistema di monitoraggio delle attività di riconversione;
- Disponibilità e operatività del sistema informativo modificato (SIAR revised)

Intervento 5 – Assistenza domiciliare

Azione 5.1 – Piano di attuazione e qualificazione dell'assistenza domiciliare

Come enunciato nel Piano sanitario regionale 2010-2012, il forte vincolo posto dal Piano di rientro porta a ri-orientare in modo deciso l'offerta dei servizi a tutela della salute dall'ospedale al territorio e si traduce nella necessità ormai improcrastinabile di avviare una compiuta riqualificazione delle attività in regime di ADI. Essa deve passare necessariamente per una riorganizzazione dei Centri di Assistenza Domiciliare a partire dal mandato stesso del servizio senza trascurare la necessità di definire a livello regionale e di ASL uno specifico budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche ad essi destinato. Si rende necessario altresì valutare l'introduzione di forme di aiuto alle famiglie (assegni di cura modulati in base ai bisogni assistenziali e al reddito) in grado di sostenere la domiciliarizzazione delle cure e ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione.

Per dare compimento a questa azione si prevede di procedere secondo i seguenti passi:

- Istituzione presso la Regione Lazio di un Gruppo di lavoro al fine di predisporre gli elementi di riferimento per la riqualificazione e la riorganizzazione dei Centri di Assistenza Domiciliare, con valutazione del fabbisogno di ADI della Regione e delle relative risorse umane, tecnologiche ed economiche da garantire. Compito del gruppo di lavoro sarà anche quello di valutare i criteri di eleggibilità e le modalità erogazione di eventuali forme di aiuto economico alle famiglie finalizzate al sostegno delle cure domiciliari;
- Costituzione a livello regionale di un Coordinamento dei Centri di Assistenza Domiciliare finalizzato alla omogeneizzazione degli strumenti e delle procedure per la presa in carico e la gestione dell'assistenza e alla definizione delle specifiche necessità formative;
- Avvio a livello di ASL, con il supporto di Laziosanità, di un programma di formazione continua per il personale dei Centri di Assistenza Domiciliare a supporto del programma di riqualificazione;
- Avvio a livello di ASL, da parte dei CAD, di incontri formativi per il personale di assistenza informale a supporto delle attività di assistenza;
- Implementazione del Sistema Informativo sull'Assistenza Domiciliare (SIAD).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riqualificazione e riorganizzazione dei CAD;
- Definizione del fabbisogno di ADI a livello regionale e di ASL;
- Definizione a livello regionale e di ASL di uno specifico budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche destinate all'ADI;
- Piano di fattibilità per l'implementazione di sistemi di aiuto economico alle famiglie a sostegno delle cure domiciliari;
- Elaborazione di piani di formazione a livello di ogni ASL per il personale dei CAD e per il personale di assistenza informale;
- Completamento della copertura del sistema informativo SIAD.

INDICATORI DI RISULTATO

- Adozione formale con decreto del fabbisogno regionale di ADI e del relativo budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche prestazionale (entro il 2011);
- Adozione formale dei programmi di formazione e avvio dei percorsi (entro giugno 2011);
- Copertura del Sistema informativo SIAD sul 100% dei soggetti presi in carico in ADI;
- Presa in carico in ADI di almeno il 7% degli ultrasettantacinquenni residenti (entro dicembre 2011).

Intervento 6 – Assistenza specialistica ambulatoriale

Azione 6.1 – Adozione del nuovo nomenclatore tariffario

L'Art. 8-sexies del d.lgs. n. 502/92 al comma 5 recita quanto segue "Il Ministro della sanita', sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualita' della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attivita', verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse".

La Regione, coerentemente con quanto previsto dall'art. di cui sopra si propone di modificare il nomenclatore tariffario attualmente in vigore nella Regione Lazio al fine di adeguare la spesa connessa alle prestazioni della specialistica ambulatoriale.

Il processo di definizione del nuovo tariffario prevederà le seguenti attività:

- Definizione del set informativo necessario a rilevare le informazioni di costo delle strutture accreditate utili alla determinazione delle nuove tariffe;
- Definizione della metodologia per il calcolo dei costi standard di produzione e delle quote standard di costi generali;
- Identificazione di un campione rappresentativo di strutture "virtuose" regionali, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualita' della assistenza;
- Ricezione dei dati inviati dal campione rappresentativo e verifica di qualità e consistenza del dato;
- Determinazione del nuovo nomenclatore e delle tariffe.

In coerenza con la ridefinizione del nomenclatore tariffario la Regione intende inoltre adeguare per il 2012 i tetti dell'assistenza specialistica ambulatoriale, cercando di orientare le politiche di acquisto da privato anche attraverso la definizione delle eventuali aree di inadeguatezza della domanda soddisfatta da parte degli erogatori pubblici.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Individuazione di un nuovo nomenclatore e delle tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base a costi standard di produzione e quote standard di costi generali;
- Verifica del nomenclatore e delle tariffe ivi contenute sotto il profilo della legittimità del metodo utilizzato;
- Verifica dell'impatto economico generato dalla modifica del nomenclatore.
- Ridefinizione dei tetti alle strutture private accreditate coerentemente con le nuove tariffe identificate;
- Definizione ed identificazione delle aree di inadeguatezza e verifica di tali aree con il Ministero della Salute.

INDICATORI DI RISULTATO

- Individuazione e adozione del nuovo tariffario (che permetta di contenere l'associato minor introito da ticket e di massimizzare l'effetto del minor costo al netto del ticket per le prestazioni erogate da strutture private) entro il 30/06/2011;
- Valorizzazione dell'impatto economico (risparmi) generato dalla ridefinizione del tariffario;
- Definizione del tetto ai privati prendendo in considerazione il nuovo nomenclatore e le aree di inadeguatezza non coperte dal pubblico.

Azione 6.2 – Riorganizzazione rete laboratoristica pubblica e adeguamento al Piano di riordino della rete ospedaliera

Il Piano di riorganizzazione della diagnostica di laboratorio nella Regione Lazio prevedeva l'articolazione delle strutture accreditate di medicina di laboratorio in una Rete unica regionale Integrata ospedale-territorio a livello di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, secondo diversi livelli di complessità e contestuali assetti tecnologici e organizzativi, avvalendosi per funzioni specialistiche di strutture di riferimento all'uopo individuate. In tale ambito era prevista la realizzazione del network regionale delle attività di medicina di laboratorio in Rete (Laboratorio Logico Unico).

Con le azioni progettuali già attuate e previste nei relativi Decreti Commissariali, in ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera sono state riordinate e ridotte le strutture (risultati già verificati ed approvati dal tavolo tecnico), coordinando l'azione progettuale con la verifica successiva dei requisiti per l'accreditamento istituzionale (DCA 54/2010).

L'azione strategica per il 2011-2012 prevede pertanto per i laboratori pubblici:

- la tipizzazione definitiva delle strutture;
- la disattivazione delle ulteriori strutture non in possesso dei requisiti fissati dal Decreto 54/2010;
- il contenimento della spesa per beni e servizi legata alle modalità di acquisizione dei sistemi diagnostici e all'ottimizzazione dei sistema di trasporto dei campioni biologici;
- la realizzazione della rete informatica unica regionale (per cui è già stato definito il progetto esecutivo con tempi di attuazione stimati in diciotto mesi);
- la realizzazione del laboratorio logico unico (LLU).

Le Aziende Sanitarie dovranno quindi adeguare la rete dei laboratori e dei servizi trasfusionali (DCA 92/2010) a livello aziendale e, nel biennio, a livello regionale, secondo un approccio multidisciplinare e multidimensionale, correlandoli ai modelli di lavoro di primo livello o di base (ospedale per acuti – presidi territoriali), di secondo livello (core lab, di norma ospedalieri), specialistico (ospedaliero), di riferimento interaziendale (screening specialistici, esami rari e/o ad alta complessità), regionale (ad es. sicurezza trasfusionale, validazione biologica, farmaco tossicologia, etc.). L'adeguamento della rete dei laboratori dovrà logicamente essere attuato in accordo con il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera.

È altresì confermato che per l'attuazione del Piano le Aziende Sanitarie del Lazio, dovranno valutare e ridefinire le condizioni di accesso, riprogettando le sedi dei Centri prelievi secondo una logica di "prossimità alle aree di bisogno", tendendo all'ottimizzazione produttiva delle strutture.

Le Aziende dovranno completare la revisione quali-quantitativa del repertorio delle prestazioni diagnostiche fornite a livello ospedaliero e territoriale raccordandosi

strettamente alle previsioni del Piano di Riordino della rete Ospedaliera di cui al DCA82/ 2010.È pertanto confermato che i laboratori di base pubblici (DGR 1040/97) e privati (DCA 54/2010) dovranno raggiungere uno standard minimo di prestazioni al di sotto del quale sono previsti la disattivazione, l'accorpamento o l'aggregazione delle strutture in reti organizzate per attività accentrate.

Il Piano nella fase attuativa del nuovo biennio prevederà pertanto lo sviluppo di un modello operativo di governance che promuova l'eccellenza nei vari settori di attività, che sia centrata sui bisogni di salute del cittadino e promuova l'innalzamento della qualità della risposta diagnostica di laboratorio in termini di appropriatezza della richiesta, di consistenza della prestazione rispetto alle specifiche di qualità e di appropriatezza e tempestività nella comunicazione dell'informazione clinica all'utilizzatore, con particolare riferimento all'attività in emergenza-urgenza;

Per l'attuazione delle linee operative sopradescritte, presso la Regione Lazio, Direzione Programmazione sanitaria, è confermata la funzione di "governance", affidata all' apposito Nucleo Tecnico Operativo (NTO), con il compito di coordinare le azioni e monitorare l'attuazione dei processi già avviati e da avviare, anche relativamente all'attuazione del processo di accreditamento istituzionale e di supportare gli uffici regionali nel confronto con i tavoli tecnici ministeriali.

Con riferimento alla rete dei laboratori pubblici, la Regione intende inoltre contenere le spese connesse alle modalità di acquisizione dei sistemi diagnostici. Tali obiettivi saranno perseguiti attraverso una azione coordinata tra Direzione dell'area della Programmazione Ospedaliera e Centrale Acquisti regionale che, per il tramite delle attività tecniche del Nucleo Tecnico Operativo (NTO), garantirà modalità omogenee tra le Aziende per l'acquisizione dei dispositivi diagnostici in vitro e dei sistemi diagnostici, attraverso specifiche linee direttive regionali, coerenti con le specifiche tecniche delle attività dei singoli punti di rete previsti dal Piano.

Queste dovranno prevedere sia l'espletamento di gare centralizzate per tipologie di dispositivi ad elevata standardizzazione, ampia diffusione e consumo, bassa differenziazione tecnologica, sia l'adozione di capitolati di gara rigorosamente conformi alle caratteristiche indicate, monitorati dalla Regione, al fine di migliorare qualità e tecnologia.

Sarà inoltre previsto l'utilizzo da parte delle Aziende di sistemi di trasporto dei campioni biologici dai centri prelievo alle strutture di laboratorio pubbliche che garantiscano la sicurezza, la qualità dei campioni e l'idoneità analitica, ovvero la compatibilità tra tempi e standard del trasporto e conservazione dei materiali biologici.

Il sistema di trasporto attuale riferito all'attività del centro regionale per la Sicurezza Trasfusionale, operante presso la ASL RMB, sarà esteso al trasporto riferito all'attività unificata di validazione biologica del sangue (vedi paragrafo dedicato alla rete di medicina trasfusionale).

Coin riferimento alla costituzione della rete dei Laboratori, si prevde l' individuazione e costituzione della rete regionale dei servizi di medicina di laboratorio (Laboratorio Logico Unico-LLU), delle sub reti di specialità (rete trasfusionale, rete diagnostica microbiologica, rete della genetica medica, rete di anatomia patologica, reti di diagnostiche speciali, etc.), il perfezionamento della rete regionale informatica e della connessa rete informatica trasfusionale. Nell'ambito delle reti generali e specialistiche saranno individuate le attività da accentrare per tipologia e le strutture di riferimento

regionale per funzioni definite. Sarà condotta a regime nel periodo previsto di 18 mesi l'ottimizzazione delle reti dei Sistemi informatici di laboratorio (LIS), integrati con le aree cliniche, compresa l'area dell'emergenza-urgenza, con i laboratori di diverso livello e con i centri prelievo.

L'attuazione del progetto di Laboratorio Logico Unico (LLU) prevderà (l'attività progettuale è definita con la Società regionale LAIT) la costituzione di un'unica rete informatica centralizzata a livello regionale, in grado di consentire l'accentramento di definite tipologie di attività diagnostiche presso i laboratori specialistici, i laboratori core con settori specializzati e i laboratori di riferimento regionale.

I LIS adottati dalle Aziende sanitarie locali e ospedaliere, anche attraverso accordi interaziendali, dovranno perciò rispondere a caratteristiche di integrabilità e/o interfacciabilità tra i software delle diverse Aziende per pervenire alla rete di LLU.

RISULTATI PROGRAMMATI

- la disattivazione delle strutture non in possesso dei requisiti fissati dal Decreto 54;
- il contenimento della spesa legata alle modalità di acquisizione dei sistemi diagnostici e all'ottimizzazione dei sistema di trasporto dei campioni biologici;
- la realizzazione della rete informatica unica regionale;
- la realizzazione del Laboratorio Logico Unico (LLU).

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero strutture disattivate;
- Spesa per acquisizione sistemi diagnostici 2011 e 2012 su spesa attuale;
- Spesa per trasporto campioni biologici 2011 e 2012 su spesa attuale;
- Attivazione laboratorio logico unicoLLU.

Azione 6.3 – Rete di medicina trasfusionale

Nel biennio 2011-12 è prevista la definitiva attuazione delle disposizioni di cui al DCA.92/2010 con cui i dipartimenti istituiti con DCA82/2010 sono soppressi. Le funzioni di coordinamento dei SIMT regionali già esercitate dai Dipartimenti sono conferite al Centro Regionale Sangue che assicura il governo della Rete Regionale del Sistema Trasfusionale.

La Rete Regionale del Sistema Trasfusionale è composta dai servizi di medicina trasfusionale indicati dallo stesso decreto, risultando disattivati quelli non previsti dallo stesso per le finalità previste dal piano di riorganizzazione.

A seguito della verifica nell'anno 2010 del mancato conseguimento degli obiettivi di autosufficienza e risparmio, è stato definito il piano operativo per il biennio 2011-12, con la soppressione dei tre dipartimenti trasfusionali istituiti con il citato decreto e la riconduzione diretta della responsabilità di coordinamento e direzione delle attività di riordino al CRS, confermando gli obiettivi specifici già individuati e l'accentramento delle funzioni produttive e di qualificazione biologica.

È disposta la concentrazione totale delle attività produttive, di norma, presso una sola sede nell'ambito di ciascuna macroarea, mentre è disposta la concentrazione totale delle attività di qualificazione biologica delle donazioni presso l'attuale sede del centro di riferimento regionale per la Sicurezza Trasfusionale allocato nella ASL RMB, all'uopo prevedendo che il medesimo sistema di trasporto già in essere provveda anche al trasporto dei campioni per l'esecuzione degli esami previsti per la validazione biologica.

I direttori Generali delle Aziende Sanitarie provvederanno a disattivare le sezioni di laboratorio dei SIMT attualmente addette a tali attività entro il 30/6/2011. Ove esistano condizioni vincolanti per la fornitura dei sistemi diagnostici gli atti relativi dovranno essere sottoposti per la relativa valutazione alla Direzione Regionale competente per le valutazioni di competenza entro il28/2/2011.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Soppressione dei Dipartimenti trasfusionali e trasferimento delle responsabilità di coordinamento al CRS;
- Concentrazione delle attività produttive presso una sola sede per ciascuna macroarea;
- Concentrazione delle attività di qualificazione biologica delle donazioni.

INDICATORI DI RISULTATO

- Disattivazione sezioni di laboratorio dei SIMT aziendali entro il 30/6/2011.

Azione 6.4 – Attuazione dell'Accreditamento e razionalizzazione della rete privata accreditata

Per l'area privata è in corso il procedimento attuativo del DCA 54/2010, compresa l'attività di monitoraggio concernente la valutazione delle soglie minime di erogazione prestazionale da parte degli erogatori privati provvisoriamente accreditati.

I piani di azienda e l'attuazione delle procedure di accreditamento agli erogatori pubblici e privati tenderanno al superamento dell'attuale articolazione, caratterizzata da un numero troppo elevato di centri di produzione, scollegati tra loro e non gestiti in una logica di sistema.

L'azione strategica per il 2011–2012, che prevede nell'area pubblica la disattivazione delle ulteriori strutture non in possesso dei requisiti fissati, prevede nell'area privata la disattivazione di quanti fra gli attuali erogatori risulteranno al di sotto degli standard di accreditamento definiti, a partire dal livello di produttività analitica minima di regime fissato per anno, come risultante dall'attività di monitoraggio in corso da parte dell'ASP (che terrà conto della quota di prestazioni ulteriori erogate in regime privato per ottimizzare il calcolo del requisito).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Disattivazione o riconfigurazione erogatori che non raggiungono le soglie minime di prestazioni fissate.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero strutture disattivate o riconfigurate;
- Numero di prestazioni erogate da ciascun privato laboratorio (non dovranno essere presenti strutture che erogano un numero di prestazioni inferiore alla soglia minima).

Intervento 7 – Attuazione disposizioni di cui al DM 11 Dicembre 2009

Azione 7.1 – Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori

La Regione Lazio, stante l'elevato numero di prestazioni attualmente erogate in regime di esenzione per reddito, intende mantenere il controllo diretto sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali centralizzando e sistematizzando il processo di verifica delle esenzioni, con la collaborazione attiva dei medici prescrittori.

Si prevedono quindi le seguenti attività:

- gestione integrata a livello centrale tramite LAit spa del sistema scelta/revoca dei MMG/PLS, del sistema di esenzione ticket e del sistema di distribuzione dei ricettari;
- sensibilizzazione dei MMG/PLS all'utilizzo dell'apposita area riservata del sito www.poslazio.it che garantisce la possibilità di verificare le esenzioni per circa l'80% delle tipologie di prescrizioni rilasciate.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Maggiori entrate determinate dal recupero dei ticket attualmente non corrisposti alla Regione.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvio della fase di pieno regime con i MMG e PLS entro il 28 febbraio 2011;
- Estensione a tutti i medici prescrittori del lazio del sistema di verifica delle esenzioni entro aprile 2011;
- Avvio del nuovo processo di verifica delle esenzioni a pieno regime da aprile 2011 con i dati di reddito 2009.

Intervento 8 – Riqualificazione rete Emergenza Urgenza

Azione 8.1 – Piano di attuazione della riqualificazione della rete

La presente azione fa riferimento sul Piano Sanitario Regionale 2010-2012, al il Decreto 73/2010 ed al Decreto 80/2010 e successive modificazioni.

Tale azione prevede:

- completamento del processo di riorganizzazione della rete dell'emergenza mediante l'attivazione operativa dei nuovi livelli di complessità ed aree di afferenza dei DEA di II livello (giugno 2011);
- attivazione di un percorso formativo permanente obbligatorio per il personale operante nel sistema di emergenza-urgenza di tutte le strutture della regione (1 gennaio 2011-30 dicembre 2012);
- verifica della riclassificazione come Punti di Primo Intervento (PPI) degli ospedali di cui ai Decreti 73/2010 e 80/2010 (entro giugno 2011);
- attuazione dei protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera definiti dai DEA di II livello e approvati dalla Regione (entro giugno 2011);
- attuazione dei protocolli operativi intra-area in fase ospedaliera definiti dai DEA di II livello e approvati dalla Regione (entro giugno 2011);
- verifica dell'attivazione delle unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e della performance delle relative unità operative (dicembre 2012);
- estensione e mantenimento della copertura del Sistema Gipse on line come sistema di supporto al monitoraggio dell'attività di pronto soccorso (gennaio 2011- dicembre 2012);
- monitoraggio e valutazione del processo di riorganizzazione della rete dell'emergenza, ivi compresa la piena integrazione con le reti di specialità (giugno 2011-dicembre 2012).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completamento del processo di riorganizzazione della rete dell'emergenza;
- Rispondenza del funzionamento della rete dell'emergenza ai protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera ed in fase ospedaliera definiti dai DEA di II livello;
- Attivazione del programma di formazione;
- Elaborazione di un documento di monitoraggio e valutazione del processo di riorganizzazione della rete dell'emergenza.

INDICATORI DI RISULTATO

- Adozione formale dei provvedimenti per il processo di riorganizzazione della rete dell'emergenza (giugno 2011);
- Adozione formale del programma di formazione e avvio del percorso (entro dicembre 2011);
- Documento di monitoraggio e valutazione del processo di riorganizzazione della rete dell'emergenza (entro dicembre 2012).

Azione 8.2 – Piano di attuazione della riqualificazione dei sistemi di gestione e coordinamento della rete di emergenza urgenza (ruolo ARES)

La presente azione fa riferimento al Piano Sanitario Regionale 2010-2012 ed al Decreto 73/2010.

Tale azione prevede:

- attuazione dei protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera definiti dai DEA di II livello e approvati dalla Regione (entro giugno 2011);
- attivazione di un percorso formativo permanente obbligatorio per il personale Ares 118 (1 gennaio 2011- 30 dicembre 2012);
- implementazione di un piano di riorganizzazione dei mezzi di soccorso 118 su ruota (dicembre 2011);
- implementazione della Ridefinizione dei bacini di afferenza per il trasporto primario dei Pronto Soccorso, con definizione di azzonamenti nelle aree più popolose della Regione a partire dalla Zona Nord-Est di Roma (dicembre 2011).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Rispondenza del funzionamento della rete dell'emergenza ai protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera definiti dai DEA di II livello;
- Attivazione del programma di formazione;
- Rispondenza del funzionamento dei mezzi di soccorso 118 su ruota al piano di riorganizzazione implementato;
- Rispondenza del funzionamento dei mezzi di soccorso 118 alla ridefinizione dei bacini di afferenza per il trasporto primario dei Pronto Soccorso, con definizione di azzonamenti nelle aree più popolose della Regione a partire dalla Zona Nord-Est di Roma (dicembre 2011).

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di soccorsi/totale aderenti ai protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera definiti dai DEA di II livello (dicembre 2011);
- Adozione formale del programma di formazione e avvio del percorso (entro dicembre 2011);
- Numero di soccorsi con azzonamento/totale dei soccorsi previsti con azzonamento (dicembre 2011).

Intervento 9 – Reti assistenziali integrate

Azione 9.1 – Sviluppo Attuazione della rete assistenziale delle cure palliative residenziali e domiciliari

Le Cure Palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Al fine di attuare quanto previsto dallo specifico Decreto che istituisce la rete delle cure palliative, è prevista la nomina dei componenti il Coordinamento regionale integrato delle reti delle cure palliative e del dolore cronico non oncologico (entro dicembre 2010, vedi azione successiva). Secondo quanto stabilito dagli specifici Decreti, tale coordinamento è affidato alla Direzione della Programmazione e delle Risorse del SSR dell'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità-ASP.

Gli sviluppi dell'azione prevedono:

- predisposizione e introduzione del modulo unico per la presa in carico presso alcune strutture individuate dal Coordinamento regionale al fine di valutarne la fattibilità e la possibilità di implementazione a livello dell'intero territorio regionale (entro febbraio 2011);
- attuazione degli adempimenti previsti dal Ministero della Salute per l'implementazione del sistema informativo delle cure palliative (entro dicembre 2011)
- costruzione di un sistema di indicatori di monitoraggio e valutazione (entro giugno 2011);
- attuazione degli adempimenti previsti dal Ministero della Salute relativi ai requisiti (quando disponibili) delle strutture e dei servizi compresi nella rete (dicembre 2012);
- definizione, adozione e divulgazione di linee guida per l'organizzazione dell'Assistenza residenziale in Hospice e dell'Assistenza domiciliare e le Unità di Cure Palliative Domiciliari (entro dicembre 2011);
- predisposizione di un programma di formazione, informazione e comunicazione (entro marzo 2011);
- individuazione di un Hospice dedicato pediatrico, con n. almeno 8 posti letto, per assicurare la copertura dei bisogni assistenziali dei minori che necessitano di cure palliative pediatriche, come previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 87 del 19.2.2010 "Approvazione del documento "Modello assistenziale delle cure palliative pediatriche nella Regione Lazio (entro giugno 2011);
- attivazione di nuovi posti letto di Hospice al fine di raggiungere la dotazione prevista dal fabbisogno, che andranno allocati a partire da strutture in fase di riconversione oppure in corso di completamento (progetti finanziati ex art. 20). (entro dicembre 2012).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Costituzione e attivazione del coordinamento della rete;
- Costruzione del modulo unico di presa in carico nella rete delle cure palliative;
- Sviluppo del sistema informativo così come disposto dal Ministero della Salute;
- Elaborazione di documenti tecnici relativi alle procedure e agli strumenti (linee guida, piano di formazione, informazione e comunicazione, sistema di indicatori) e loro divulgazione / attuazione;

- Attivazione dei nuovi posti letto di Hospice necessari a garantire il fabbisogno, così come previsto dal Decreto di istituzione della rete;
- Individuazione dell'Hospice pediatrico.

INDICATORI DI RISULTATO

- Atto formale di adozione del modulo unico di presa in carico nella rete delle cure palliative (entro settembre 2011);
- Disponibilità e operatività del sistema informativo così come disposto dal Ministero della Salute (entro dicembre 2011);
- Divulgazione e implementazione delle linee guida, del piano di formazione, informazione e comunicazione, sistema di indicatori (entro dicembre 2011);
- Numero dei nuovi posti letto di Hospice attivati al fine di garantire il fabbisogno, così come previsto dal Decreto di istituzione della rete (entro dicembre 2012);
- Individuazione con atto formale dell'Hospice pediatrico (entro giugno 2011).

Azione 9.2 – Attuazione della rete assistenziale per la cura del dolore cronico non oncologico

Finalità della rete è la presa in carico del paziente con dolore cronico non oncologico con l'individuazione e gestione del percorso assistenziale secondo specifiche linee guida e protocolli. La struttura di accesso alla rete è collocata a livello territoriale (Aggregati Funzionali di medici di medicina generale, AFT), e si appoggia ai Punti Unici di Accesso distrettuali, laddove attivati.

La rete garantisce la prossimità delle cure (tramite gli AFT), funzioni specialistiche multidisciplinari (tramite gli Spoke) e funzioni diagnostiche e terapeutiche ad elevato contenuto tecnologico per forme rare e complesse (Centri Hub).

Al fine di attuare quanto previsto dallo specifico Decreto che istituisce la rete delle cure palliative, è prevista la nomina dei componenti il Coordinamento regionale integrato delle reti delle cure palliative e del dolore cronico non oncologico (entro dicembre 2010, vedi azione precedente). Secondo quanto stabilito dagli specifici Decreti, tale coordinamento è affidato alla Direzione della Programmazione e delle Risorse del SSR dell'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità-ASP.

Gli sviluppi dell'azione prevedono:

- predisposizione delle linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi di macroarea, ad opera del gruppo di coordinamento (entro gennaio 2011);
- elaborazione dei piani attuativi da parte degli Hub di riferimento, con proposta di individuazione delle strutture Spoke a partire dall'elenco contenuto nello specifico Decreto (entro febbraio 2011);
- verifica dei Piani attuativi di macroarea ad opera dei Gruppi di coordinamento regionali (entro marzo 2011);
- attuazione degli adempimenti previsti dal Ministero della Salute relativi ai requisiti (quando disponibili) delle strutture e dei servizi compresi nella rete (dicembre 2012)
- elaborazione di programmi per la costruzione dei percorsi clinico-assistenziali, anche attraverso la nomina di sottogruppi tecnici, ad opera dei gruppi di coordinamento (entro febbraio 2011);
- sviluppo di percorsi clinico-assistenziali (entro giugno 2011);
- elaborazione di un Piano formativo per l'implementazione dei percorsi, a cura dei coordinamenti regionali, comprensivo delle azioni relative agli AFT dei medici di

medicina generale e di un Piano di informazione e comunicazione ai cittadini (entro giugno 2011);
- avvio dei percorsi e formazione degli operatori ad opera degli Hub di riferimento e di informazione e comunicazione verso i cittadini (entro dicembre 2011);
- elaborazione del programma di sviluppo del sistema informativo e del sistema di indicatori di monitoraggio e valutazione della rete (entro giugno 2011).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Costituzione e attivazione del coordinamento della rete;
- Adozione dei Piani attuativi, con individuazione delle strutture Spoke e organizzazione degli AFT;
- Elaborazione di documenti tecnici relativi alle procedure e agli strumenti (linee guida, piano di formazione, informazione e comunicazione) e loro divulgazione / attuazione
- Elaborazione del programma di sviluppo del sistema informativo e del sistema di indicatori di monitoraggio e valutazione della rete.

INDICATORI DI RISULTATO

- Atto formale di costituzione del coordinamento della rete (entro dicembre 2010);
- Atto formale di adozione dei Piani Attuativi (entro Aprile 2011);
- Adozione formale delle linee guida, del piano di formazione, informazione e comunicazione (entro giugno 2011);
- Disponibilità del sistema di indicatori di monitoraggio e valutazione della rete (entro giugno 2011).

Valorizzazione programma operativo – Riqualificazione Assistenza territoriale

Valorizzazione Azione 3.1 – Attivazione attività di natura territoriale a seguito riconversione

L'impatto complessivo della manovra è stimabile come segue.

Per quanto riguarda i PL in RSA derivanti da riconversioni il costo sorgente massimo è stimabile in circa 17 milioni di Euro a regime. Per la valutazione dell'effetto sugli esercizi 2011 e 2012 sarebbe necessario procedere ad una ipotesi relativamente alla tempistica di attivazione dei PL nell'arco temporale considerato. Poichè il costo in oggetto è comunque ricompreso nel costo complessivo per la riqualificazione dell'offerta di RSA quantificato nell'azione 3.2, non si procede in questa fase ad un calcolo puntuale del costo per ciascun anno, rimandando al suddetto intervento, anche per quanto riguarda le tariffe adottate per la stima dei costi sorgenti.

	R1	R2	R2D	R3	TOTALE
Posti letto	60	260	130	370	820
Potenziale costo SSR	**4.599.000**	**4.761.133**	**2.260.044**	**5.383.285**	**17.003.461**

Tabella 21 – Valorizzazione posti letto attivati RSA

	R1	R2*	R2D*	R3*
Tariffa	210,00	50,17	47,63	39,86

*Al netto della compartecipazione

Tabella 22– Tariffe RSA

Per quanto riguarda l'attivazione di 39 posti residenziali di Hospice il costo sorgente potenziale massimo sarà pari a **8,6 milioni di Euro** a regime, come risulta in dettaglio nella tabella seguente.

PL	gg anno	TO	GG degenza	Tariffa die	Costo SSR
39	365	100%	14.235,00	202,80	2.886.858,00
	Rapporto prest. Res-dom		Prestaz residenzia	Tariffe	
	1 a 4		56.940,00	100,33	5.712.790,20
TOTALE					**8.599.648,20**

Tabella 23– Valorizzazione posti attivato in hospice

È ragionevole prevedere che l'attivazione dei nuovi posti residenziali in Hospice sarà completata entro maggio 2011 e che quindi il costo sorgente per il 2011 sarà proporzionalmente ridotto a **5 milioni di Euro**.

Per quanto riguarda l'attivazione di 80 nuovi posti letto residenziali di riabilitazione estensiva territoriale, il costo sorgente per l'SSR sarà pari a **3,8 milioni di Euro**.

PL	gg anno	TO	GG degenza	Tariffa die	TOTALE
80	365	100%	29.200	129	**3.770.012**

Tabella 24– Valorizzazione posti riabilitazione estensiva territoriale

Analogamente a quanto previsto per i posti in Hospice, è' ragionevole prevedere che l'attivazione dei nuovi posti di riabilitazione territoriale sarà completata entro il primo aprile 2011 e che quindi il costo sorgente per il 2011 sarà proporzionalmente ridotto a **2,5 milioni di Euro**.

Per quanto infine riguarda l' attività e i budget relativi all'erogazione di dialisi, prestazioni ambulatoriale e assistenza domiciliare il costo sorgente per il SSR sarà pari a **3,4 milioni di Euro** (2,8 milioni di Euro per specialistica ambulatoriale e dialisi, 0,6 milioni di Euro per l'assistenza domiciliare). Poiché si ipotizza che a il budget sarà affidato come budget aggiuntivo a strutture riconvertite che erogano già le prestazioni in oggetto, si considera l'intero effetto già sul 2011.

L'effetto complessivo dell'azione sarà quindi pari, a regime, ad un costo sorgente per **15,8 milioni di Euro (di cui 10,9 nel 2011) al netto degli 820 nuovi PL di RSA** che saranno valorizzati nel computo complessivo dell'offerta RSA che segue. La tabella seguente riporta l'effetto complessivo dell'azione.

	2011	2011
PL RSA	vedi azione 3.2	vedi azione 3.2
Hospice	5.016.461,45	8.599.648,20
Riabilitaz Territoriale	2.513.341,33	3.770.012,00
Ambultoriale, Dialisi ADI	3.400.000,00	3.400.000,00
Totale	**10.929.802,78**	**15.769.660,20**

Tabella 25– Valorizzazione dell'azione

Valorizzazione Azione 3.2 – Attivazione dei nuovi posti letto di RSA

L'attivazione dei nuovi PL di RSA porterà ad un'offerta complessiva pari a 7500 PL nel 2012.L'impatto complessivo dell'intervento porta ad un costo a tendere a carico del SSR pari a circa 137,0 milioni di Euro (rispetto ad un tetto 2010 pari a circa 100 milioni di Euro al netto dell'accantonamento per le riconversioni). Ipotizzando che entro la fine del 2012 sia terminato l'intervento sull'offerta RSA, il costo incrementale per il SSR a regime (dal 2012 in poi) è quindi pari a circa 37 milioni di Euro.

Al fine di stimare puntualmente l'impatto dell'azione nel 2011 sarà necessario definire:

- il livello prestazionale che sarà attribuito ai PL esistenti;
- il livello prestazionale associato ai nuovi PL di RSA attivati.

Nelle more, si ipotizza che l'intervento, completamente realizzato a fine 2012, sia realizzato solo al 50% entro il 2011, con la rimodulazione dei PL esistenti e l'attivazione di 1175 nuovi PL. Il costo sorgente per il 2011 è stimabile pari a circa **9 milioni di Euro.** Tale stima:

- è certamente compatibile con la rimodulazione dei PL esistenti nella nuove categorie (stante una sostanziale invarianza delle tariffe medie nuove rispetto alle attuali –come risulta dalla tabella esposta nel seguito);
- sarà vincolante in fase di redazione del cronoprogramma delle nuove attivazioni, in quanto rappresenterà un tetto massimo al costo sorgente sostenibile per il 2011.

Ipotizzando una velocità di implementazione dell'intervento costante, con metodologia analoga a quella applicata per il 2011, a fine 2012 il costo sorgente per il SSR sarà pari a circa **27,5 milioni di Euro**.

Le stima relative ai costi (sia a regime, sia nel 2011) sono state costruite sulla base delle seguenti ipotesi:

- configurazione dell'offerta a fine 2012 di RSA come riportato in tabella - Costi SSR TO BE.
- tariffe per livello prestazionale ipotizzate sulla base di un modello di simulazione sviluppato ad hoc con logiche analoghe a quelle previste dall'art. 8 sexies del D.lvo 502/92. In particolare, nelle more dell'attivazione della raccolta dati per l'applicazione della procedura prevista dal suddetto articolo, si è sviluppata una ipotesi tariffaria compatibile con l'equilibrio economico sulla base di un campione ristretto di dati già disponibili;
- quota sociale pari al 50% per i livelli R2, R2D, R3 e nulla per il livello R1.
- tasso di occupazione pari al 100% (ipotesi di massimo costo per il SSR).

La tariffa media ponderata risultante è pari a circa 92 Euro/*die* per i livelli R3, R2D e R2. Il livello R1 è stato escluso dal calcolo in quanto è rivolto a una particolare tipologia di utenza. La Tabella seguente contiene il prospetto sinottico delle tariffe RSA *as is* per strutture di 60 PL e *to be* (si ricorda che le nuove tariffe sarebbero invece indipendenti dal numero di PL per struttura).

Classificazione	AS IS	Classificazione	TO BE
I livello	92,39	R1	210,00
II livello	103,24	R2	100,35
III livello	117,89	R2D	95,26
		R3	79,72

Tabella 26– Prospetto sinottico tariffe RSA

Rimane ancora da definire il fabbisogno di posti residenza in regime semiresidenziale SR e SRD.

Livello Assistenziale	PL TO BE	Tariffa die	Quota sociale	carico SSR	TO	gg anno	Giornate	Costo SSR
R1	181	210,00	-	210,00	1,00	365	66.065,00	13.873.650,00
R2	3.723	100,35	0,50	50,17	1,00	365	1.358.895,00	68.181.949,29
R2D	831	95,26	0,50	47,63	1,00	365	303.315,00	14.446.173,93
R3	2.765	79,72	0,50	39,86	1,00	365	1.009.225,00	40.229.142,13
TOTALE	**7.500**						**2.737.500,00**	**136.730.915,35**

Tabella 27 – Costi SSR TO BE

Valorizzazione Azione 4.1 – Strutture di riabilitazione territoriale

Per il settore dell'assistenza territoriale riabilitativa è attualmente in corso un complessivo riordino del settore. La riorganizzazione dell'offerta è logicamente scomponibile in due assi:

- la rimodulazione dei PL nelle strutture esistenti sulla base di criteri di appropriatezza;
- l'eventuale attivazione di nuovi PL per la copertura del fabbisogno complessivo PL ex art 26 che sarà indivudato dal Gruppo Tecnico e formalizzato con decreto.

Nelle more dell'adozione del Piano per la riorganizzazione dell'offerta di riabilitazione territoriale estensiva e di mantenimento, in cui saranno eventualmente le modalità per la copertura del fabbisogno stimato e non coperto, è ad oggi possibile valorizzare l'effetto della rimodulazione dei PL esistenti. Si tratta di stimare l'effetto economico della riconduzione dei pazienti attualmente in carico al corretto setting assistenziale.

L'allegato 1 al DCA 89/2010 prevede la rimodulazione degli attuali 1789 PL utilizzati nei livelli prestazionali come descritto dalla tabella seguente.

	CONFIGURAZIONE AS IS				RIMODULAZIONE PL				
Livello	PL	Non attivi	Utilizzo come mant	Totale	Estensiva	Manten	RD4	RD5	Totale
Estensivi	635	28	- 60	547	204	6	337		547
Mantenimento	1.195	13	60	1.242		93	545	604	1.242
TOTALE	**1.830**	**41**	**-**	**1.789**	**204**	**99**	**882**	**604**	**1.789**

Tabella 28 – Rimodulazione PL residenziali

Analogamente, per quanto rigurada il regime semiresidenziale, la tabella seguente illustra il risultato della rimodulazione dei posti in regime semiresidenziale.

	CONFIGURAZIONE AS IS				RIMODULAZIONE PL				
Livello	Posti	Non attivi	Non utilizzati	Totale	Estensiva	Manten	SD4	SD5	Totale
Estensivi	1.321	75	87	1.159	365		774	20	1.159
Mantenimento	1.136	25		1.111		102	293	716	1.111
TOTALE	**2.457**	**100**	**87**	**2.270**	**365**	**102**	**1.067**	**736**	**2.270**

Tabella 29– Rimodulazione posti semiresidenziali

Il costo a tendere associato alla nuova offerta rimodulata è calcolata nelle tabelle seguenti. In a particolare è stato stimato sotto le seguenti ipotesi:

- tasso di occupazione delle strutture pari al 100%;
- tariffa per i PL di mantenimento pari alla tariffa di mantenimento "elevata" (la stima rappresenta quindi un worst case);
- tariffa per i regimi RD4 e RD5 ipotizzata pari alle attuali tariffe per il mantenimento elevato e medio, nelle more della definizione delle tariffe secondo una procedura analoga al quella da attivare per le tariffe RSA.

Livello	PL to be	Tariffa	Quota sociale	Carico SSR	TO	gg anno	gg degenza	Costo SSR
Estensivi	204	129,11	0%	129,11	100%	365,00	74.460,00	9.613.530,6
Mantenimento	99	118,79	30%	83,15	100%	365,00	36.135,00	3.004.733,7
RD4	882	118,79	30%	83,15	100%	365,00	321.930,00	26.769.445,3
RD5	604	98,13	30%	68,69	100%	365,00	220.460,00	15.143.617,9
Non attivi	41							
Totale	**1.830**							**54.531.327,4**

Tabella 30– Valorizzazione della rimodulazione dei PL in regime residenziale

Per quanto riguarda il regime semiresidenziale, il costo per il SSR a tendere è stato stimato sotto le seguenti ipotesi:

- tasso di occupazione delle strutture pari al 100%;
- giorni di apertura della struttura pari a 304;
- tariffa per i PL di mantenimento pari alla tariffa di mantenimento "elevata" (la stima rappresenta quindi un worst caste);

- tariffa per i regimi SD4 e SD5 ipotizzata pari alle attuali tariffe per il mantenimento elevato e medio, nelle more della definizione delle tariffe secondo una procedura analoga al quella da attivare per le tariffe RSA.

Livello	PL to be	Tariffa	Quota sociale	Carico SSR	TO	gg anno	gg degenza	Costo SSR
Estensivi	365	81,15	0%	81,15	100%	304,00	110.960,00	9.004.404,0
Mantenimento	102	62,42	30%	43,69	100%	304,00	31.008,00	1.354.863,6
SD4	1.067	62,42	30%	43,69	100%	304,00	324.368,00	14.172.935,4
SD5	736	49,94	30%	34,96	100%	304,00	223.744,00	7.821.642,8
Non attivi	187							
Totale	**2.457**							**32.353.845,7**

Tabella 31– Valorizzazione della rimodulazione dei PL in regime semiresidenziale

Il costo complessivo a tendere per il reigme residenziale e semiresidenziale sarà pari quindi a **86,9 milioni di Euro**.

Per la stima delle economie si procede ad una stima del costo attuale della riabilitazione ex art 26 in regime residenziale e semiresidenziale sulla base della produzione associabile ai posti letto esistenti.

La tabella seguente è riferita ai PL residenziali:

Livello	PL	Tariffa	Quota sociale	Carico SSR	TO	gg anno	gg degenza	Costo SSR
Estensivi	547	129,11	0%	129,11	100%	365,00	199.655,00	25.777.457,1
Mantenimento	1.242	118,79	30%	83,15	100%	365,00	453.330,00	37.695.749,5
Totale	**1.789**							**63.473.206,5**

Tabella 32– Valorizzazione della produzione dei PL attuali per il regime residenziale

La tabella seguente è riferita ai posti semiresidenziali:

Livello	Tot	Tariffa	Quota sociale	Carico SSR	TO	gg anno	gg degenza	Costo SSR
Estensivi	1.159	81,15	0%	81,15	100%	313,00	362.767,00	29.438.542,1
Mantenimento	1.111	62,42	30%	43,69	100%	313,00	347.743,00	15.194.282,6
TOTALE	**2.270**							**44.632.824,7**

Tabella 33– Valorizzazione della produzione dei PL attuali per il regime residenziale

Il costo stimato attuale per i PL esistenti in regime residenziale e semiresidenziale è pari a **106,8 milioni di Euro**.

Il risparmio sul per il SSR per il regime residenziale e semiresidenziale è quindi stimabile in circa **20 milioni di Euro**.

Poiché si prevede che le attività di rimodulazione dei PL si concludano entro il mese di aprile 2011, il minor costo per il SSR è stimabile in **13,2 milioni** nel 2011 e in **20 milioni a regime**.

Per quanto rigurada i regimi ambulatoriale e domiciliare non è ad oggi possibile formulare stime ipotesi di risparmio, ma è ragionevole ipotizzare che il potenziamento del sistema dei controlli porti ad una riduzione del costo per il SSR ad oggi non quantificabile.

Di conseguenza si prevede che il tetto per il sistema della riabilitazione ex articolo 26 passi dagli attuali 204 milioni di Euro a 184 milioni di Euro a regime per il solo effetto della rimodulazione dei PL residenziali e semiresidenziali.

Eventuali nuove attivazioni di PL, al netto dei PL da riconversione di strutture di riabilitazione e lungodegenza di cui all'intervento 3.1, potranno essere previste nel limite del costo complessivo di 184 milioni di Euro.

Valorizzazione Azione 6.1 – Adozione del nuovo nomenclatore tariffario

La valorizzazione complessiva dell'intervento, in attesa della definizione del nuovo tariffario basato su costi standard, è stata stimata per mezzo del tariffario della Regione Umbria; tale scelta è giustificata dal fatto che si tratta del tariffario regionale, tra quelli esistenti, che permette di minimizzare il valore della produzione ambulatoriale 2009 della Regione e per questo motivo può essere considerato come proxy di un tariffario ottenuto dalla definizione di costi standard calcolati su un bechmark virtuoso di riferimento:

- risparmio per il SSR quantificabile in circa **39,8 milioni di Euro**, che abbattuto cautelativamente del 10% corrisponde a **35,8 milioni di Euro**;
- minor entrate da ticket per **5,4 milioni di Euro.**

L'effetto netto è stimabile in **30,4 milioni di Euro nel 2012.**

Per la valorizzazione dell'intervento sopra descritto si è proceduto all'estrazione dei dati relativi ai consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel 2009 raccolti attraverso i flussi ex art. 50.

È stato simulato, in via provvisoria, l'effetto dell'applicazione dei tariffari di tutte le regioni italiane alla produzione della Regione Lazio (tutte le branche specialistiche) in due step:

- Valorizzazione di ogni singola prestazione prescritta in ciascuna ricetta con prezzi unitari di tutti i tariffari delle regioni italiane;
- Valorizzazione con i nuovi prezzi di ciascuna ricetta e calcolo del risparmio in termini di spesa netta SSR derivante dall'applicazione dei nuovi tariffari. La valorizzazione delle singole linee di ciascuna ricetta comporta infatti una variazione dell'importo complessivo valorizzato e quindi la possibile variazione del costo per il SSR al netto del ticket.

È quindi stato selezionato il tariffario della Regione Umbria come tariffario di riferimento in quanto tariffario adottato in una regione virtuosa che massimizza il risparmio in termini di spesa netta.

Di seguito la tabella con le diverse ipotesi di applicazione del tariffario sui privati per la stima del costo della produzione 2009 con i diversi tariffari regionali, da cui emerge che il tariffario della Regione Umbria garantisce il minor costo per la Regione Lazio.

Regione	Valore della produzione a mix costante	Delta su Lazio
ABRUZZO	337.599.431,57	- 21.727.181,01
BASILICATA	351.840.285,11	- 7.486.327,47
CALABRIA	366.434.875,02	7.108.262,44
CAMPANIA	373.730.732,45	14.404.119,87
EMILIA ROMAGNA	329.830.168,30	- 29.496.444,28
FRIULI VENEZIA GIULIA	444.892.486,78	85.565.874,20
LAZIO	**359.326.612,58**	-
LIGURIA	319.530.809,05	- 39.795.803,53
LOMBARDIA	346.993.303,70	- 12.333.308,88
MARCHE	357.781.787,67	- 1.544.824,91
MOLISE	319.530.809,05	- 39.795.803,53
P.A. BOLZANO	391.962.949,28	32.636.336,70
P.A. TRENTO	340.439.583,67	- 18.887.028,91
PIEMONTE	359.861.636,68	535.024,10
PUGLIA	347.616.563,11	- 11.710.049,47
SARDEGNA	345.173.488,19	- 14.153.124,39
SICILIA	319.530.809,05	- 39.795.803,53
TOSCANA	320.455.708,39	- 38.870.904,19
UMBRIA	319.535.206,18	- 39.791.406,40
VALLE D'AOSTA	348.694.188,27	- 10.632.424,31
VENETO	378.521.513,91	19.194.901,33

Tabella 34 – Valorizzazione produzione 2009 con tariffari regionali

Di seguito la tabella con le diverse ipotesi di applicazione del tariffario sui pubblici per la stima del minor introito da ticket sempre applicando i diversi tariffari.

Regione	Totale entrate da ticket	Delta su Lazio
ABRUZZO	97.606.708,18	75.245,60
BASILICATA	98.787.656,61	1.256.194,03
CALABRIA	99.348.560,02	1.817.097,44
CAMPANIA	97.835.887,74	304.425,16
EMILIA ROMAGNA	93.161.318,93	- 4.370.143,65
FRIULI VENEZIA GIULIA	100.624.836,54	3.093.373,96
LAZIO	**97.531.462,58**	-
LIGURIA	92.117.883,09	- 5.413.579,49
LOMBARDIA	96.449.645,46	- 1.081.817,12
MARCHE	99.470.114,00	1.938.651,42
MOLISE	92.117.883,09	- 5.413.579,49
P.A. BOLZANO	96.684.763,55	- 846.699,03
P.A. TRENTO	92.947.772,29	- 4.583.690,29
PIEMONTE	98.614.909,66	1.083.447,08
PUGLIA	98.934.895,23	1.403.432,65
SARDEGNA	98.079.252,66	547.790,08
SICILIA	92.117.883,09	- 5.413.579,49
TOSCANA	94.127.460,86	- 3.404.001,72
UMBRIA	92.117.883,09	- 5.413.579,49
VALLE D'AOSTA	95.819.994,16	- 1.711.468,42
VENETO	100.611.765,90	3.080.303,32

Tabella 35 – Importo ticket valorizzato con diversi tariffari Regionali su produzione Regione Lazio 2009

Valorizzazione Azione 6.2 – Riorganizzazione rete laboratoristica pubblica e adeguamento al Piano di riordino della rete ospedaliera

L'azione in oggetto impatta sulla rete laboratoristica pubblica ed i relativi effetti economici sono valorizzati nell'ambito:

- dei risparmi sul personale per il blocco del turnover (gli interventi sulla configurazione della rete infatti determinano un surplus di personale che esce dal sistema alla velocità del turnover e per cui, in conseguenza della razionalizzazione della rete, non si procederà ad alcun tipo di rimpiazzo anche mediante mobilità interna);
- dei risparmi per beni e servizi valorizzati nel programma relativo alla centrale acquisti.

Valorizzazione Azione 6.3 – Rete di medicina trasfusionale

L'azione in oggetto impatta sulla rete della medicina trasfusionale pubblica ed i relativi effetti economici sono valorizzati nell'ambito:

- dei risparmi sul personale per il blocco del turnover (gli interventi sulla configurazione della rete infatti determinano un surplus di personale che esce dal sistema alla velocità del turnover e per cui, in conseguenza della razionalizzazione della rete, non si procederà ad alcun tipo di rimpiazzo anche mediante ricorso alla mobilità interna);
- dei risparmi per beni e servizi valorizzati nel programma relativo alla centrale acquisti.

Valorizzazione Azione 6.4 – Attuazione dell'Accreditamento e razionalizzazione della rete privata accreditata

La valorizzazione dell'intervento in oggetto è compresa nell'azione relativa al calcolo dei tetti per gli erogatori privati. La concentrazione dei laboratori privati in strutture che superano le soglie minime avrà impatto sui costi di produzione degli erogatori stessi e interverrà quindi come fattore abilitante alla determinazione delle nuove tariffe nell'ambito del procedimento previsto dal. D.lvo 502/92.

Valorizzazione Azione 7.1 – Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori

Per procedere con la valorizzazione dell'azione sopra descritta sono stati utilizzati i dati degli esenti per reddito per nucleo familiare della Regione Lazio relativi all'anno 2009 forniti da SOGEI.

Sono state prese in considerazione le seguenti tipologie di esenzione per reddito:

- E01: Cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 Euro;
- E03: Titolari di assegno (ex pensione) sociale – e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni);
- E04: Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 Euro, incrementato fino a 11.362,05 Euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 Euro per ogni figlio a carico.

Non è stata presa in considerazione la tipologia di esenzione per reddito:

- **E02:** Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 Euro, incrementato fino a 11.362,05 Euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 Euro per ogni figlio a carico;

Il quadro complessivo della Regione Lazio per l'anno 2009 è caratterizzato da:

- Numero di ricette anno 2009: 22,7 milioni
- Esenti per patologia o condizione: circa 35%
- Esenti per reddito: circa 30% pari a 7,1 milioni di ricette

La verifica delle esenzioni è stata effettuata considerando la dichiarazioni dei redditi 2008 sulle ricette 2009 e riguarda, come già detto, solo gli esenti per reddito E01, E03, E04; sono stati analizzati **5,7 milioni di ricette** corrispondenti a **921.503 codici fiscali**.

Gli esiti delle analisi sono riportati nelle tabelle seguenti:

	Totale 2009 SIAS (E01-E03-E04)	Non trovati nel file reddito	Trovati nel file reddito
Codici Fiscali	921.503	465.575	455.928
	-	51%	49%
Ricette	5.721.596	2.299.036	3.422.560
		40%	60%

Tabella 36 – Esiti Analisi corrispondenza ricette 2009-dichiarazioni dei redditi 2008

Tipologia	N. Ricette	Valore stimato ticket	Valore stimato Contributo DPCA n.42/2008	Totale
E01	2.033.068	46.034.008	8.551.418	54.585.426
E03	58.681	1.278.449	244.356	1.522.805
E04	207.287	4.783.494	878.259	5.661.753
Totale	**2.299.036**	**52.095.951**	**9.674.033**	**61.769.984**

Tabella 37 – Dettaglio per tipologia di esenzione

L'analisi effettuata evidenzia che l'intervento permetterebbe un recupero potenziale di **61,8** milioni di Euro; considerando che i dati dei codici fiscali sono comunque parziali (il file fornito da SOGEI individua soltanto i Codici Fiscali dei cittadini e nucleo familiare sicuramente esenti) e che nel caso in cui non sia stato possibile effettuare la costruzione dei nuclei famigliari o vi siano delle incertezze sui dati, i codici fiscali non sono stati segnati come esenti, il dato è da considerarsi sovrastimato ed è perciò consigliabile l'adozione di un approccio cautelativo, ipotizzando un recupero pari alla metà del recupero potenziale ovvero **30,9 milioni di Euro**.

Limitandosi a considerare esclusivamente la componente pubblica (pari al 57% del totale, come evidenziato in tabella 3), si possono stimare i maggiori ricavi derivanti dal recupero dei ticket in circa **17 milioni di Euro**, di cui **10 entro il 2011**.

TIPOLOGIA	esenzione E01	esenzione E03	esenzione E04	N.Ricette Totali	Quota %
PUBBLICO	1.132.964	42.792	132.870	1.308.626	57%
PRIVATO	800.202	15.130	69.638	884.970	38%
EXTRA	99.902	759	4.779	105.440	5%
TOTALE	**2.033.068**	**58.681**	**207.287**	**2.299.036**	

Tabella 38 – Dettaglio per tipologia di erogatore

Programma 3 – Prevenzione

	2011	2012
Prevenzione	-	-
Qualificazione dei Programmi di Screening Oncologici	-	-
Adeguamento dei Programmi di screening aziendali agli standard nazionali	-	-

Tabella 39 – Sintesi manovre Programma 3

Intervento 10 – Qualificazione dei Programmi di Screening Oncologici

Azione 10.1 – Adeguamento dei Programmi di screening aziendali agli standard nazionali

I Programmi di Screening Oncologici, Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 2001) evidence-based, sono percorsi di prevenzione secondaria organizzati che per raggiungere il loro obiettivo (riduzione della mortalità per il tumore della mammella e dell'incidenza per i tumori della cervice uterina e del colon retto) necessitano di una forte programmazione a livello di Azienda USL attraverso l'integrazione tra servizi territoriali (sede della campagna informativa e dell'esecuzione del test di screening) e ospedalieri (dedicati all'approfondimento diagnostico e al trattamento e follow-up).

I Programmi di Screening sono normati da linee guida e raccomandazioni Europee, nazionali e regionali quali:

- raccomandazione n. 2003/878/CE del Consiglio dell'Unione agli Stati membri per l'attuazione dei programmi di screening;
- raccomandazioni Ministero della Salute, anno 2006;
- DGR 4236/97 e successive modificazioni;
- piano sanitario regionale 2010-2012.

Tale azione prevedono:

- predisposizione di un sistema di certificazione dei programmi di screening;
- istituzione di un Coordinamento unico regionale per i tre programmi di screening (mammella, utero e colon retto) finalizzato al monitoraggio dei programmi aziendali;
- approvazione di una DGR quadro sui Programmi di Screening contenente: il modello organizzativo aziendale, utilizzo di Personale dedicato in misura non inferiore al 50% dell'orario di servizio istituzionale, il percorso formativo degli operatori, le campagne di comunicazione, i protocolli con le AO e AU, la nomina del coordinatore unico aziendale e dei referenti dei singoli programmi, l'integrazione con la domanda di screening opportunistico.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riorganizzazione programmi di screening aziendali alle linee guida nazionali;

INDICATORI DI RISULTATO

- Completamento del processo di certificazione dei PS delle 12 ASL entro il 21 dicembre 2011;
- Costituzione del Coordinamento unico regionale dei PS entro il 30 giugno 2011.
- Approvazione della DGR quadro entro il 30 giugno 2001;

Predisposizione di un rapporto annuale con indicatori di cruscotto per la valutazione ed il monitoraggio dei programmi di screening.

Programma 4 – Assistenza farmaceutica

	2011	2012
Assistenza farmaceutica	**52,4**	**89,3**
Razionalizzazione della spesa farmaceutica	52,4	89,3
Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale	-	-
Definizione di un piano di formazione per i MMG e i Farmacisti	-	-
Incentivo alla prescrizione dei farmaci equivalenti	*15,5*	*40,5*
Attuazione di percorsi terapeutici per categorie di farmaci alto spendenti	-	-
Ampliamento della distribuzione per conto (DPC)	*19,5*	*26,0*
Rimodulazione delle fasce di remunerazione dei farmaci in DPC	*5,4*	*10,8*
Rinnovo accordo quadro per Epoetina	*12,0*	*12,0*
Distribuzione Diretta	-	-
Gara regionale per l'acquisto dei medicinali biotecnologici e/o biosimilari	-	-
Attività di formazione e informazione in merito ai medicinali biotecnologici e/o biosimilari	-	-
Gestione dei farmaci sottoposti al Registro AIFA	-	-
Recupero economico del payment by results	-	-

Tabella 40 – Sintesi manovre Programma 4

Intervento 11 – Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Azione 11.1 – Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale

L'obiettivo perseguito è di ridurre il fenomeno dell'iperprescrizione e l'incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti. A tal fine si prevede la definizione di un budget per ogni medico di medicina generale calcolato come media ponderata dei consumi farmaceutici per la popolazione.

Si prevedono le seguenti attività:

- predisposizione ed emanazione di un Atto Regionale per la definizione e la creazione di un Gruppo di lavoro (costituito dalla Regione Lazio, i rappresentanti dei Medici di medicina generale, l'ordine dei medici, esperti della materia) e della struttura operativa;
- invio entro il 15/02/2011 del budget di spesa a tutti i medici e invii trimestrali del budget consumato;
- monitoraggio e verifica trimestrale dei consumi farmaceutici da parte della Regione e confronto rispetto ai budget definiti;
- monitoraggio e verifica trimestrale degli indicatori di prescrizione farmaci equivalenti da parte della Regione e confronto rispetto alla best practice individuata

RISULTATI PROGRAMMATI

- Allineare i medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate;
- Riduzione dei consumi e della spesa farmaceutica.
- Allineare i medici alla best practice prescrittiva di farmaci equivalenti

INDICATORI DI RISULTATO

- Delta budget definito vs budget consumato;
- Delta consumi/spesa farmaceutica rispetto all'anno precedente;
- Delta prescrizioni farmaci equivalenti rispetto all'anno precedente.

Azione 11.2 – Definizione di un piano di formazione per i MMG e i Farmacisti

La Regione intende avviare un piano di formazione dedicato ai MMG e ai Farmacisti al fine di instaurare un rapporto di collaborazione tra le parti per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'Azione 1.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Definizione di un piano di formazione specifico per i MMG, del relativo calendario e degli eventuali crediti ECM e per i farmacisti;
- Attivazione del suddetto piano attraverso corsi in aula e/o a distanza attraverso l'utilizzo di strumenti informatici (es. e-learning).

INDICATORI DI RISULTATO

- Percentuale corsi effettivamente realizzati sul totale dei corsi programmati;
- Percentuale MMG partecipanti sul totale dei MMG regionali;
- Percentuale Farmacisti partecipanti sul totale dei Farmacisti regionali.

Azione 11.3 – Incentivo alla prescrizione dei farmaci equivalenti.

L'obiettivo perseguito è di incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'Art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010, nelle "*tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente*" in particolare per le classi ATC:

- Sartani (C09CA);
- Statine (C10AA);
- Inibitori di pompa (A02BC);
- Inibitori serotonina (N06AB);
- Ace Inibitori e sartani non associati (C09A + C09C);
- Ace inibitori e sartani associati (C09B + C09D).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Aumentare la prescrizione dei farmaci equivalenti;
- Riduzione della spesa grazie al minor costo derivante dal prezzo dei farmaci equivalenti rispetto ai farmaci *branded*.

INDICATORI DI RISULTATO

- Analisi delle prescrizioni effettuate dai Medici di medicina generale e degli scostamenti rispetto alla *best-practice*;
- Analisi delle prescrizioni degli specialisti SSN e incidenza sulla spesa per le molecole oggetto del monitoraggio;
- Delta 2010 vs 2011 della spesa in relazione alle classi definite in precedenza;
- Delta 2011 verso 2012 della spesa in relazione alle classi definite in precedenza;

Azione 11.4 – Attuazione di percorsi terapeutici per categorie di farmaci alto spendenti

L'obiettivo è l'individuazione e l'applicazione di percorsi terapeutici che definiscano l'utilizzo del farmaco secondo linee di appropriatezza, con il miglior rapporto costo/terapia mensile per pazienti affetti da patologie croniche: BPCO - asma, osteoporosi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Aumentare la prescrizione dei farmaci con miglior rapporto costo/terapia;
- Riduzione della spesa grazie al minor costo derivante dal prezzo dei farmaci equivalenti rispetto ai farmaci *branded* o dei farmaci *branded* a minor costo/terapia;
- Attivazione di sessione di formazioni ad hoc sui percorsi terapeutici nell'ambito dell'azione 11.2;
- Adozione di apposito materiale informativo.

INDICATORI DI RISULTATO

- Delta 2010 vs 2011 della spesa in relazione alle 3 classi definite in precedenza.

Azione 11.5 – Ampliamento della distribuzione per conto (DPC)

Ampliamento della Distribuzione per conto (DPC) a tutte le molecole presenti nel PHT e inserimento di altri medicinali rilevanti sul piano della spesa .

Si prevedono le seguenti attività:

- Inserimento di tutte le molecole del PHT 2004 non ancora normate in DPC;
- analisi e modifica dell'accordo quadro definito tra la Regione Lazio e Federfarma;
- indicazione, per ciascuna molecola inserita, del prezzo al pubblico, % sconto SSN, costo in acquisto in Distribuzione diretta (laddove non disponibile ipotizzato ad un costo pari al prezzo al pubblico ridotto dello sconto mediamente ottenibile).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Risparmio netto complessivo 2011 vs 2010 in termini di contenimento della spesa farmaceutica netta, derivante dalla variazione del canale distributivo.

INDICATORI DI RISULTATO

- Stipula protocollo di intesa tra la Regione Lazio e Federfarma entro il 15.02.2011;
- Delta 2011 vs 2010 spesa farmaceutica per classi ATC di nuove molecole introdotte in DPC (Costo delle altre forme di distribuzione 2010 vs Costo in DPC 2011).

Azione 11.6 – Rimodulazione delle fasce di remunerazione dei farmaci in DPC

Rendere operativa la rimodulazione delle fasce di remunerazione delle farmacie convenzionate pubbliche e private individuate dalla Regione.

Le attività previste sono:

- il Gruppo di Lavoro, costituito dalla Regione Lazio, esperti della materia della struttura operativa, advisor,definisce e negozia un accordo quadro con le parti interessate (Federfarma Lazio e Confservizi Lazio);
- stipula di un protocollo di intesa tra la Regione Lazio e i rappresentanti delle farmacie convenzionate pubbliche e private (Federfarma Lazio e Confservizi Lazio);

- verifica da parte della LAIT delle distinte riepilogative delle farmacie per individuare il reale costo sostenuto per la remunerazione dei farmaci in DPC e la corretta applicazione delle norme.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Risparmio netto complessivo 2011 rispetto al 2010, derivante dai minori costi sostenuti per la remunerazione riconosciuta alle farmacie.

INDICATORI DI RISULTATO

- Stipula protocollo di intesa tra la Regione Lazio e Federfarma entro il 31/01/2011;
- Delta remunerazione 2011 vs 2010;
- Remunerazione media dei farmaci in DPC.

Azione 11.7 – Rinnovo accordo quadro per Epoetina

Ricontrattazione del costo di acquisto regionale delle epoetine all'interno dell'accordo quadro con le aziende farmaceutiche in scadenza il 31.12.2010.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Risparmio netto complessivo 2011 rispetto al 2010 per acquisto Epoetina.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvenuta ridefinizione accordi su epoetina con le aziende farmaceutiche.

Azione 11.8 – Distribuzione diretta

Al fine di contenere la spesa farmaceutica complessiva si ritiene opportuno implementare la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia all'atto di dimissione da ricovero ospedaliero, day hospital, visita ambulatoriale Tale azione verrà, successivamente, inserita negli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL e dei Responsabili di Struttura Complessa (Farmacia).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Emanazione, da parte della Regione, di un Atto che attribuisce alle strutture farmaceutiche pubbliche nuove modalità di erogazione di farmaci in dimissione e di rendicontazione in FarMed;
- Riduzione della spesa netta derivante dalla variazione del canale distributivo.

INDICATORI DI RISULTATO

- Incremento della distribuzione diretta;
- Definizione delle sanzioni previste nel caso di inosservanza delle norme.

Azione 11.9 – Gara regionale per l'acquisto dei medicinali biotecnologici e/o biosimilari

Realizzazione di una gara regionale basata sul prezzo e sulla qualità (efficacia clinica) per l'acquisto di farmaci biotecnologici e/o biosimilari, garantendo la continuità assistenziale di pazienti già in trattamento.

La valorizzazione della presente azione è da ritenersi integrata nell'intervento relativo alla centrale acquisti per beni e servizi.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riduzione della spesa per i farmaci biotecnologici di cui esiste un biosimilare.

INDICATORI DI RISULTATO

- Confronto tra la spesa per i farmaci biotecnologici con la spesa programmata, in base ai consumi, con i corrispondenti biosimilari;
- Verifica per singola struttura dell'entità e della percentuale di spesa per medicinali diversi rispetto all'aggiudicazione della gara.

Azione 11.10 – Attività di formazione e informazione in merito ai medicinali biotecnologici e/o biosimilari

Al fine di migliorare l'utilizzo dei farmaci biotecnologici e/o biosimilari la Regione prevede l'attivazione di specifiche attività di formazione e informazione rivolte ai farmacisti ospedalieri e al personale medico interessato (es. oncologi, nefrologi).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Definizione e attivazione di un piano di formazione e informazione specifico;
- Maggiore utilizzo, a parità di efficacia clinica, dei farmaci biosimilari.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di attività di formazione/informazione realizzate;
- Delta utilizzo farmaci biosimilari anno 2011 vs anno 2010.

Azione 11.11 – Gestione dei farmaci sottoposti al Registro AIFA

Responsabilizzare gli operatori in merito alla gestione dei farmaci sottoposti al Registro AIFA per ridurre l'utilizzo inappropriato degli stessi.

L'attività prevista è:

- stipula di un Decreto Regionale che impedisca l'utilizzo off-label dei farmaci Antitumorali, HIV;
- inserimento di tale azione negli obiettivi dei Direttori Generali;
- formazione degli operatori medici e farmacisti in relazione all'utilizzo appropriato dei farmaci e alla corretta gestione del Registro AIFA.

Al fine di operare gli opportuni controlli sarà necessario integrare i dati di acquisto e tracciabilità provenienti dal Ministero della Salute con tutti i dati regionali presenti nel Registro AIFA.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riduzione dell'utilizzo inappropriato e conseguente riduzione della spesa;
- Maggiore responsabilità degli operatori nell'utilizzo del Registro AIFA.

INDICATORI DI RISULTATO

- Confronto tra i consumi registrati e i consumi totali a consuntivo;
- Valorizzazione dello scostamento tra i consumi presenti da registro e consumi totali dei suddetti farmaci;
- Numero corsi di formazione attivati e numero di partecipanti sul totale degli operatori.

Azione 11.12 – Recupero economico del *payment by results*

L'azione prevede la richiesta, da parte dei Direttori Generali tramite le farmacie aziendali, alle aziende farmaceutiche del *payment by results* e della restituzione delle somme previste secondo gli accordi negoziali di AIFA con le Aziende farmaceutiche.

L'attività prevede:

- analisi delle schede esistenti nella banca dati regionale;
- valutazione dell'efficacia clinica del farmaco;
- eventuale richiesta di restituzione dei pagamenti effettuati;
- implementazione della banca dati e del sistema.

Per tale attività è indispensabile la visione regionale delle richieste di payment by result, cost-sharing e risk-sharing di tutte le strutture pubbliche, classificate, convenzionate.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Recupero delle somme previste in relazione gli accordi negoziali di AIFA con le Aziende farmaceutiche;
- Destinazione dei fondi al rientro dal disavanzo.

INDICATORI DI RISULTATO

- Valorizzazione delle schede e analisi degli scostamenti rispetto alle somme effettivamente riscosse.

Valorizzazione programma operativo – Assistenza farmaceutica

Valorizzazione Azione 11.3 – Incentivo alla prescrizione dei farmaci equivalenti

Per procedere alla valorizzazione dell'azione in questione è stato necessario individuare per l'anno 2011 una best-practice regionale rappresentata dalla ASL con il consumo maggiore per classe/categoria terapeutica di farmaci equivalenti; la simulazione del risparmio atteso nel 2011 per le categorie oggetto di monitoraggio misura la diminuzione teorica di spesa nell'ipotesi che tutte le ASL regionali raggiungano i livelli della ASL best-in-class (tabella 1).

IPP	113.288.537	€ 59.464.517	€ 50.984.445	102.082.960	11.205.577	€ 58.965.344	€ 499.174
ACE INIBITORI C09A/C09C	110.213.520	€ 59.584.891	€ 5.421.232	15.269.327	94.944.193	€ 57.434.058	€ 2.150.832
C09A+C09C	261.964.555	€ 82.156.852	€ 22.571.962	164.236.526	97.728.030	€ 75.961.246	€ 6.195.607
ACE INIBITORI C09B/C09D	107.957.283	€ 68.540.667	€ 13.304.603	43.174.619	[illegible]	€ 65.199.937	€ 3.340.730
STATINE	89.848.815	€ 79.759.608	€ 12.766.800	33.842.096	56.006.718	€ 76.606.896	€ 3.152.712
INIBITORI SEROTONINA	41.892.683	€ 18.958.616	€ 9.581.482	31.682.654	10.210.029	€ 18.164.421	€ 794.196

Consumi teorici in DDD LOSARTAN 2010 (Target= 13,9%)

Consumi teorici in DDD C09A 2010 (Target= 62,7%)

Consumi teorici in DDD C09B 2010 (Target= 40,0%)

Tabella 41 - DL 78 GIUGNO 2010 / Art. 11 [fonte: sistema TS (dati aggiornati al 19/11/2010_periodo gen / ott 2010)]

- Il dato inserito in Tabella 1 (risparmio €16.133.250) è relativo ai primi 10 mesi 2010: se proiettato linearmente risulta di € 19.359.900, tale valore abbattuto in modo prudenziale del 20% risulta essere pari a **15,5 milioni di Euro**.
- Per l'anno 2012 si individua quale target, la best practice nazionale; la simulazione del risparmio atteso nel 2012 per le categorie oggetto di monitoraggio misura la diminuzione teorica di spesa nell'ipotesi che la regione Lazio raggiunga i livelli della regione best-in-class a livello nazionale.
- La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 30% (pari a **40,5 milioni di Euro**) per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della best-in-class.

ITALIA	207.053.306	123.997.265	100.017.279	16.812.081	53.073.490	33.682.958	534.636.378
010 - Piemonte	22.919.691	7.775.588	6.633.296	1.227.765	5.893.948	2.587.168	47.037.455
020 - Val d'Aosta	654.146	181.525	163.499	36.381	128.713	75.511	1.239.775
030 - Lombardia	25.094.596	11.307.233	11.311.528	2.547.215	5.302.766	1.526.057	57.089.395
041 - Bolzano - P. A.	1.590.678	814.652	415.275	91.690	530.395	254.234	3.696.925
042 - Trento - P.A.	2.258.053	575.516	641.153	123.672	450.854	220.774	4.270.022
050 - Veneto	22.483.070	2.488.470	2.795.589	923.354	4.351.188	2.568.983	35.610.654
060 - Friuli Venezia Giulia	6.351.577	1.559.782	1.494.847	329.946	1.713.154	615.622	12.064.928
070 - Liguria	6.482.669	5.082.252	3.834.182	606.396	2.859.249	1.017.948	19.882.698
080 - Emilia Romagna	18.086.259	4.992.604	5.627.155	1.132.336	2.136.309	1.710.155	33.684.817
090 - Toscana	14.204.273	4.508.190	4.187.309	806.890	1.443.230	1.514.789	26.664.681
100 - Umbria	3.475.875	-	418.667	243.073	216.248	558.129	4.911.993
110 - Marche	7.153.837	3.923.733	2.749.185	411.958	916.505	1.142.314	16.297.532
120 - Lazio	**13.728.766**	**18.504.710**	**12.401.971**	**2.022.796**	**7.427.998**	**3.754.754**	**57.840.995**
130 - Abruzzo	5.627.702	3.607.656	1.952.528	438.610	1.118.033	979.245	13.723.774
140 - Molise	471.184	1.468.734	783.768	135.395	316.387	259.689	3.435.157
150 - Campania	12.087.280	15.078.886	12.614.343	1.411.019	4.149.875	4.960.021	50.301.424
160 - Puglia	13.764.487	13.365.635	11.154.020	1.314.789	2.937.950	3.027.348	45.584.228
170 - Basilicata	2.936.032	1.519.943	1.323.406	179.748	279.444	403.294	6.641.868
180 - Calabria	6.311.919	6.947.721	5.907.234	741.052	3.507.690	1.133.720	24.549.336
190 - Sicilia	16.733.277	14.974.188	10.227.973	1.649.396	4.620.983	3.536.173	51.741.989
200 - Sardegna	4.637.934	5.300.247	3.380.351	438.598	2.772.572	1.837.029	18.366.732

Tabella 42 - Sintesi dei possibili risparmi ottenibili

DL 78 GIUGNO 2010 / Art. 11FONTE: SISTEMA TS (dati aggiornati al 19/11/2010_periodo GEN → OTT 2010)

Valorizzazione Azione 11.5 – Ampliamento della distribuzione per conto (DPC)

Il risparmio netto complessivo 2011 vs 2010 in termini di contenimento della spesa farmaceutica netta, derivante dalla variazione del canale distributivo. Il dato inserito in tabella (risparmio € 21.635.547) è relativo ai primi 10 mesi 2010: se proiettato linearmente risulta di € 25.962.656 nel 2012. Pertanto ipotizzando che la sottoscrizione dell'accordo avvenga nei primi tre mesi del 2011 l'effetto sui restanti tre trimestri è pari a **19,5 milioni di Euro**.

Confezioni		732.726
Spesa convenzionata €	A	65.078.444
Spesa acquisto regione €	B	30.366.441
Risparmio lordo €	*C= A- B*	*34.712.002*
Fee farmacie	D	6.568.611
Mancato sconto €	E	6.507.844
Risparmio netto €	**F= C-D-E**	**21.635.547**

Tabella 43 - Sintesi dei possibili risparmi ottenibili (dati relativi ai primi 10 mesi 2010)

Valorizzazione Azione 11.6 – Rimodulazione delle fasce di remunerazione dei farmaci in DPC

Il risparmio generato è evidenziato nella seguente tabella sui volumi da gennaio/ottobre 2010 estrapolati da sistema TS (dati al 19/11/10) per i nuovi farmaci da inserire più i volumi prodotti nel medesimo periodo, estrapolati dal portale Web Dpc per i farmaci già inseriti elaborato in data 17/12/2010 e con proiezione a 12 mesi.

Volumi complessivi		1.917.649
Fee attuale	A	22.039.010
Nuova proposta	B	13.010.954
Risparmio	**C= A-B**	**9.028.056**

Tabella 44 - Sintesi dei possibili risparmi ottenibili (dati relativi ai primi 10 mesi 2010)

Il risparmio derivante dalla nuova remunerazione alle farmacie proiettata all'intero anno risulta di **10,8 milioni di Euro** che si conseguirà completamente nel 2012. Mentre nel 2011 l'effetto sarà pari a **5,4 milioni** ipotizzando che la rimodulazione delle fasce avvenga entro il primo semestre.

Valorizzazione Azione 11.7 – Rinnovo accordo quadro per Epoetina

La ricontrattazione del costo di acquisto regionale delle epoetine all'interno dell'accordo quadro con le aziende farmaceutiche in scadenza il 31.12.2010, determinerà nel 2011 un risparmio stimato di **12 milioni di Euro** a parità di confezioni erogate in distribuzione diretta nel 2010.

Volume su 10 mesi in base al dato a ottobre 2010		368.390
Importo su 10 mesi in base al dato a ottobre 2010	A	36.143.504
Stima Spesa in base ai Nuovi Prezzi (su 10 mesi)	B	26.135.616
Proiezione lineare stima nuovi prezzi 2011	*C=B/10*12*	*31.362.739*
Proiezione lineare stima anno 2010 con prezzi attuali	*D=A/10*12*	*43.372.204*
Risparmio atteso	**E=D-C**	**12.009.466**

Tabella 45 - Sintesi dei possibili risparmi ottenibili

Programma 5 – Razionalizzazione gestione del personale

	2011	2012
Razionalizzazione gestione del personale	**91,0**	**150,6**
Contenimento della spesa per il personale	91,0	150,6
Blocco del turn over	*62,7*	*122,3*
Determinazione tetti di spesa per il personale	-	-
Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane	-	-
Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale	-	-
Formazione del personale	*3,8*	*3,8*
Interventi derivanti dalla normativa finanziaria (consulenze)	*24,5*	*24,5*
Fondi contrattuali	-	-
Prestazioni aggiuntive	-	-
Attività libero professionale aziendale	-	-
Verifica che i dipendenti siano assegnati alle effettive mansioni di appartenenza ed eventuale ricollocazione entro e non oltre il 2011	-	-
Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)	-	-
Linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa in applicazione dell'articolo 7 del CCNL 19.04.2004 del personale del comparto sanità, dell'art 9 CCNL 2002-2005 del personale della dirigenza sanità nonché dell'art. 2 dell'AA.CC.NN. 2005 e s.m.i	-	-
Verifica della corretta applicazione delle disposizioni di cui 71 L. 133/2008	-	-
Sistema di valutazione della performance	-	-

Tabella 46 – Sintesi manovre Programma 5

Intervento 12 – Contenimento della spesa per il personale

Azione 12.1 – Blocco del turn over

Il costo del personale programmato per il biennio 2011-2012 deve essere coerente con il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sottoscritto fra la Regione Lazio e i ministeri competenti, nonché successivi programmi operativi.

In applicazione dell'art. 2, comma 2 bis del D.L. 125 08/08/2010 convertito in L. 163 del 01 ottobre 2010, è disposto per la Regione Lazio, sottoposta al piano di rientro dai disavanzi sanitari ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 il blocco automatico del turn over del personale dipendente e del personale convenzionato.

L'art. 1 comma 52 Legge 13 dicembre 2010 n. 220 ha inserito la seguente disposizione "*Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010 non operano*

le citate misure del blocco automatico del turn over nel limite del 10% e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza"

A decorrere dall'anno 2011 tutti gli Enti del SSR (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari ed IRCSS, Ares 118):

- potranno procedere alla proroga dei contratti a termine (rapporti di lavoro subordinato, di collaborazione e di consulenza), in scadenza nel corso dell'anno 2011, i cui costi erano già a carico del bilancio nell'anno 2010, solo previa autorizzazione regionale espressa da concedersi nel rispetto dei vincoli previsti e tenuto conto di quanto emerge nel processo dialettico in corso tra Stato e Regioni circa le modalità attuative dell'art. 9, comma 28 L. 122/2010;
- non potranno acquisire personale con rapporto di lavoro dipendente, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, senza espressa autorizzazione regionale;
- non potranno procedere al conferimento di nuovi incarichi ex art. 7 comma 6 D.Lgs. 165/2001, fatti salvi gli incarichi integralmente finanziati con contributi comunitari o privati;
- non potranno acquisire in outsourcing servizi finalizzati all'espletamento di funzioni e attività oggetto dei divieti di cui sopra;
- sono vietati nuovi conferimenti di incarichi o incrementi di orari degli specialisti ambulatoriali interni in assenza di autorizzazione regionale.

Le disposizioni di blocco del turn over per gli anni 2011 e 2012 dovranno tener conto delle seguenti indicazioni:

- il trattenimento in servizio di un biennio viene equiparato ad una nuova assunzione e va, pertanto, gestito nei limiti del turn over, quindi potrà essere accordato solo previa autorizzazione regionale, dietro motivata richiesta;
- l'art. 22 legge 4 novembre 2010 n. 183 dispone che il limite massimo di età per il collocamento a riposo per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del SSN, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del 65° anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato al maturare del 40° anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite di permanenza non può superare il 70° anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti;
- l'art. 12 comma 1 D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito in Legge 30 luglio 2010 n. 122 prevede che a decorrere dal 01.01.2011 l'accesso al pensionamento sia conseguito decorsi 12 mesi dalla maturazione dei requisiti;

Per l'attuazione dell'intervento in oggetto si prevede:

- l'inserimento tra gli obiettivi di tutti i Direttori Generali del rispetto delle indicazioni di cui sopra;
- la definzione di una procedura che richieda il rilascio del nulla osta regionale per l'attivazione delle procedure di assuzione, il rinnovo dei contratti a termine ed il trattenimento in servizio del personale che ha maturato i requisiti per il collocamento a riposo.

RISULTATI PROGRAMMATI

- vincolo ad autorizzazione espressa dell'attivazione delle procedure di assunzione;
- riduzione del costo del personale per effetto del blocco del turn over negli anni 2011 e 2012;
- riduzione del ricorso a contratti a termine da parte degli Enti del SSR.

INDICATORI DI RISULTATO

- procedura di autorizzazione espressa per le assunzioni;
- variazione in relazione della consistenza numerica del personale dipendente del SSR.

Azione 12.2 – Determinazione tetti di spesa per il personale

L'art. 2, comma 71, della legge 23.12.2009, n. 191, prevede che, fermo restando quanto previsto dall'art.1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296 e s.m.i., per il triennio 2007/2009, gli Enti del Servizio Sanitario adottino anche nel triennio 2010/2012 le misure necessarie per garantire che le spese del personale, relative al personale a tempo indeterminato, determinato con contratto di collaborazione coordinata continuata, o con altre forme di lavoro flessibile e/o convenzioni, al lordo degli oneri riflessi a carico delle aziende e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito del 1,4%.

Ai fini dell'applicazione di dette disposizioni le spese per il personale sono considerate al netto:

- per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

L'articolo 2, comma 72, della legge 23.12.2009, n. 191, prevede inoltre che le Aziende Sanitarie, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle Regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientemento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa suddetti predispongano un programma di revisione delle consistenze organiche finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale e fissino dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e coordinamento.

Saranno fissati per ogni Azienda i tetti massimi per gli anni 2011-2012 del costo relativo al personale previsto dalla suddetta normativa determinato tenendo conto dell'obiettivo regionale di perseguire, nell'arco del biennio 2011-2012, il tetto del 98,6% del corrispondente ammontare del 2004, calcolato con le modalità previste dalla vigente normativa, come integrata dalla legge 122/2010. Il tetto massimo previsto sarà determinato tenuto conto della posizione di ogni Azienda rispetto all'obiettivo di riduzione del costo regionale del personale e dalle disposizioni del Commissario ad acta, relativamente al riordino della Rete assistenziale. Il costo del personale previsto rappresenterà il tetto massimo di spesa annua per l'anno 2011 e 2012 che potrà essere sostenuto per il personale compreso nella consistenza organica e per tutte le componenti indicate dall'art. 2 comma 72 della legge 23.12.2009 n. 191.

Sono escluse, come lo erano per il 2004, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di

progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., e successive modificazioni. Dette spese di personale escluse dal tetto suddetto dovranno essere oggetto di puntuale separata rilevazione al fine di verificare la congruenza con le fonti di finanziamento previa rilevazione su apposito sottoconto.

La spesa relativa ai medici specialisti ambulatoriali dovrà trovare copertura nella quota di finanziamento delle ore attive autorizzate. Nel corso degli anni 2011 e 2012 dovrà essere garantita una economia sulla spesa degli specialisti ambulatoriali attraverso la riorganizzazione dei servizi territoriali, la revisione delle ore di attività settimanali per branca specialistica (come già previsto dal decreto n. 49/2010), nonché la contrazione delle ore di plus orario.

RISULTATI PROGRAMMATI

- definizione dei tetti aziendali conformi alla riduzione minima del 1,4%, rispetto all'ammontare previsto nel 2004.

INDICATORI DI RISULTATO

- contenimento del costo del personale per gli anni 2011-2012 entro i detti di spesa determinati ai sensi della legge 191/2009.

Azione 12.3 – Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane

In esito alla razionalizzazione della rete ospedaliera e dell'offerta ospedaliera della Regione Lazio a carico del SSR, le Aziende dovranno definire i propri Atti Aziendali, sulla base delle Linee d'indirizzo per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art. 1 c. 66 lett. a) della L.R. 14/2008 e secondo quanto indicato, per ciascuna struttura, nei Decreti del Commissario ad Acta n. 80, 81 e 82 del 30/09/2010, come disposto all'allegato 2 del decreto 87/2010. ed eventuali successive integrazioni.

Le Aziende quindi procederanno in primo luogo alla verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti compatibilmente alle risorse disponibili nei fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale.

L'affidamento di nuovi incarichi, posizioni e coordinamenti, potrà avvenire esclusivamente nel limite di fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale e dal 01 gennaio 2011, secondo le disposizioni dell'art. 9 comma 2 bis L. 122/2010 ovvero a seguito di rideterminazione della dotazione organica che tenga conto dei nuovi atti aziendali, formulati in conformità al vigente piano sanitario regionale.

Le Aziende non potranno prevedere e conferire incarichi dirigenziali, posizioni organizzative e coordinamenti finanziati con fondi a carico del bilancio aziendale.

Le Aziende dovranno infine procedere alla revisione delle consistenza organica del proprio personale, tenendo conto delle azioni della riorganizzazione ad oggi in fase di attuazione, della revisione delle strutture e della necessità di sviluppo e valorizzazione delle professionalità esistenti, individuando per ogni qualifica e ruolo il numero complessivo di personale di cui necessitano.

Nell'espletamento delle attività di cui sopra, le Aziende dovranno tenere conto altresì dei seguenti elementi:

- volume previsto delle attività aziendali pesate per la loro complessità assistenziale;
- stagionalità della domanda;
- appropriatezza delle prestazioni rese;
- forme di organizzazione dei servizi e dei processi assistenziali;
- efficienza dei processi;
- produttività del personale;
- forza lavoro attuale in termini quantitativi e qualitativi, anche in relazione ai singoli Servizi/Uffici ai fini della pianificazione dei processi di adeguamento
- grado di utilizzazione della forza lavoro attuale, articolata per profili professionali (competenze), anche in relazione alle attività suscettibili di sviluppo, ovvero di riduzione o trasformazione e di adeguamento ;
- forme di automazione attuali (o possibili) dei processi economici aziendali, in grado di ridurre il fabbisogno di personale o variare le competenze richieste;
- contenimento strutturale della spesa del personale secondo le disposizioni vigenti.

Sulla base dell'analisi del fabbisogno si procederà quindi al ridimensionamento della disponibilità finanziaria di ciascuna Azienda in materia di spesa complessiva per il personale mediante rideterminazione del tetto di spesa (vedasi azione precedente) in linea con i posti previsti nella dotazione organica rideterminata.

Le Aziende che hanno una consistenza organica non compatibile con il tetto di spesa sopra indicato dovranno proporre una adeguata riorganizzazione del servizi evidenziando le differenze rispetto alla situazione esistente e proporre, tramite la riduzione dei contratti atipici, dei contratti a tempo determinato e il blocco del turn- over, un crono-programma per il rientro dei costi nell'ambito del tetto massimo di spesa.

Tutte le modifiche organizzative e della consistenza organica dovranno essere effettuate dalle singole Aziende con le modalità, i tempi, e previa consultazione e/o concertazione previste dai CCNNLL.

Come indicato dalla Regione per la predisposizione degli Atti Aziendali dovranno essere previste strutture complesse e semplici solo in presenza degli elementi costitutivi che le giustificano.

Le Aziende Sanitarie dovranno rivedere la reale esigenza del mantenimento delle attuali strutture complesse e di quelle semplici a valenza dipartimentale tenendo presente che il Piano di Rientro regionale si basa sulla prospettiva di una pianificazione sistemica volta a cogliere gli elementi di integrazione reciproca e le interrelazioni tra i sistemi di erogazione, in un'ottica di riorganizzazione dell'esistente in funzione dell'ottimizzazione delle risorse, della garanzia dei percorsi clinici nonché della valorizzazione delle performances, tenendo conto dei volumi di attività in essere e potenziali, nonché dei risultati ottenuti. Se non dovessero ricorrere i presupposti stabiliti, le Aziende potranno acquisire le necessarie competenze e professionalità ricorrendo a diverse configurazioni organizzative quali il conferimento di incarichi dirigenziali di alta specializzazione in particolare se la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie non abbia carattere effettivamente preminente e determinante per l'attività svolta.

In coerenza con quanto sopra descritto, per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, le Aziende dovranno dare puntuale applicazione agli indirizzi forniti e a quanto previsto dall'Intesa Stato e Regioni del 3 dicembre 2009, Patto della Salute 2010-2012 e ai provvedimenti attuativi regionali.

Gli interventi di contenimento dei costi dovranno comunque assicurare ai cittadini la tutela prevista dalla nazionale in materia di livelli essenziali di assistenza, e dovranno altresì impegnare le aziende ad una migliore efficienza produttiva.

L'intervento sopra descritto dovrà essere assicurato da tutti i Direttori Generali nelle rispettive Aziende. Per i Policlinici universitari, si rimanda ai protocolli d'intesa (v. DCA 81 all. E).

Per il monitoraggio dell'intervento, saranno attivate specifiche rilevazioni ad hoc sulla base dello schema riportato nella tabella seguente:

Entità oggetto della rilevazione	Attributi
Strutture esistenti	tipologia
	n° unità di personale dirigenziali assegnate suddivise per tipologia
	n° unità di personale non dirigenziale assegnate suddivise per ruolo, profilo e categoria
	suddivisa per ruoli, profili e categorie
Strutture in esito a nuovo Atto aziendale	Tipologia
	n° unità di personale dirigenziali assegnate suddivise per tipologia
	n° unità di personale non dirigenziale assegnate suddivise per ruolo, profilo e categoria
Decurtazioni derivanti da applicazione Linee d'indirizzo PSR per la riproposizione e approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'art. 1 c. 66 lett. a) della L.R. 14/2008	n° unità di personale non dirigenziale assegnate suddivise per ruolo, profilo e categoria
	n° unità di personale dirigenziali assegnate suddivise per tipologia
Dotazione organica analitica in esito alle decurtazioni	suddivisa per ruoli, profili e categorie
Personale in esubero	elenco per ruoli, profili e categorie

Tabella 47 – Entità e attributi per la rilevazione

Le informazioni raccolte alimenteranno un data base regionale che sarà altresì integrato da un flusso informativo periodico al fine di monitorare in progress lo stato di attuazione degli interventi presso ciascuna Azienda.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Predisposizione dei nuovi Atti Aziendali
- Definizione di un database a livello regionale e di flussi di alimentazione per il monitoraggio sistematico della transizione dalle attuali configurazioni organizzative a quelle definite nei nuovi atti Aziendali.
- Definizione dei criteri per la stima del fabbisogno di personale;
- Ridefinizione delle dotazioni organiche di ciascuna Azienda;
- Quantificazione del personale in esubero e/o non assegnato alle effettive mansioni di appartenenza definito per ruolo, profilo e categoria.

INDICATORI DI RISULTATO

- Emanazione, da parte della Regione, dei criteri relativi al fabbisogno di personale e per la rideterminazione delle dotazioni organiche;
- Adozione, da parte delle Aziende, dei nuovi Atti Aziendali e delle dotazioni organiche;
- Trasmissione alla Regione dell'Atto Aziendale entro la data stabilita, con allegata la rideterminazione della dotazione organica da parte di ciascuna Azienda.
- Avvenuta predisposizione del database del personale in servizio al 31/12/2010;
- Popolamento del data base i dati relativi al personale.

Azione 12.4 – Regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale.

La Regione, in esito alla ridefinizione della rete ospedaliera ed alla riprogettazione delle unità operative sanitarie e non sanitarie, procederà alla regolamentazione delle modalità e procedure di gestione del personale in esubero a livello regionale mediante l'emanazione di uno specifico Atto di Indirizzo a seguito di accordo con le Organizzazioni Sindacali.

Le linee generali di indirizzo saranno applicate a processi di ristrutturazione aziendale (riordino, fusione, trasformazione e trasferimento di funzioni), conseguenti ad atti di programmazione regionali, dai quali emergano eccedenze di personale.

Fermi rimanendo l'autonomia aziendale e lo specifico ruolo della contrattazione collettiva integrativa nei processi di riorganizzazione sulla mobilità del personale, la Regione si impegna a confrontarsi con le OO.SS. sul contenuto degli atti di programmazione regionali implicanti la ristrutturazione del servizio sanitario regionale, al fine di operare una valutazione preventiva delle possibili ripercussioni sui livelli occupazionali.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Adozione del Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale a seguito della riorganizzazione dei servizi;
- Ricognizione delle unità di personale in mobilità secondo i criteri stabiliti dal regolamento di mobilità.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvenuta adozione del Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale.

Azione 12.5 – Formazione del personale

La formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione del personale dipendente sono riconosciute dalla Regione Lazio quali leve fondamentali per pervenire alla massimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza del SSR e costituiscono un aspetto determinante per rendere pienamente realizzabile la mobilità del personale in un contesto caratterizzato da interventi di riconversione della rete di offerta. Saranno privilegiate strategie e metodologie coerenti con la necessità di implementare l'attività di formazione in ambito aziendale ed interaziendale, anche favorendo metodi di formazione che facciano ricorso a mezzi multimediali, al fine di ottimizzare le risorse disponibili per il più ampio coinvolgimento dei destinatari, nonché per rispettare gli indirizzi di contenimento della spesa in materia di formazione. Si ritiene altresì opportuno la costituzione di reti tra aziende che consentano proficui scambi di esperienze tra le diverse realtà, per il raggiungimento di obiettivi condivisi nonché per il contenimento dei costi. Saranno quindi favoriti raccordi tra le strutture formative delle Aziende per la

realizzazione di attività comuni, in particolar modo nelle discipline o nelle branche poco diffuse o scarsamente rappresentate nelle singole Aziende.

Le Aziende avranno l'obbligo di definire la programmazione formativa annuale e pluriennale che tenga conto delle seguenti indicazioni:

- realizzazione delle attività formative preferibilmente con l'utilizzo di locali e tecnologie presenti nell'Azienda;
- individuazione di formatori prioritariamente tra le risorse umane interne all'Azienda
- convenzioni con la Scuola Superiore della Pubblica amministrazione per acquisire giornate formative;
- convenzioni con le università laziali per acquisizione di giornate formative.

A decorrere dall'anno 2011 la spesa annua sostenuta dalle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, IRCSS, Ares 118) per attività esclusivamente di formazione deve essere non superiore al 50 % della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ex art. 6 D.L. 78).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Attivazione programma di formazione e riqualificazione del personale del SSR;
- Razionalizzazazione del costo delle attività formative.

INDICATORI DI RISULTATO

- Spesa sostenuta per attività di formazione su spesa 2011-2012.

Azione 12.6 – Interventi derivanti dalla normativa finanziaria

In applicazione del comma 14 dell'art. 61 L. 133/2008 a decorrere dalla data di conferimento o di rinnovo degli incarichi i trattamenti economici complessivi spettanti ai Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi ed i compensi spettanti ai componenti dei collegi sindacali della ASL, AO, AOU, IRCCS, ARES 118 e Istituti zooprofilattici sono rideterminati con una riduzione del 20% rispetto all'ammontare risultante alla data del 30 giugno 2008.

In applicazione a quanto stabilito al comma 3 dell'art. 6 del D.L. 78/2010 a decorrere dal 01.01.2011 sono ridotti del 10% i compensi spettanti agli altri organi collegiali rispetto ai compensi risultanti alla data del 30.04.2010.

In applicazione a quanto stabilito al comma 7 dell'art. 6 del D.L. 78/2010 a decorrere dall'anno 2011 la spesa annua per incarichi di consulenza non sanitaria dovrà essere ridotta dell' 80% per cento di quella sostenuta nell'anno 2009, tenuto, comunque, conto delle scadenze contrattuali.

La spesa per consulenze sanitarie non può essere superiore al 70% di quella sostenuta nell'anno 2009, tenuto, comunque, conto anche delle scadenze contrattuali,

All'interno dei limiti economici sopra indicati, le nuove consulenze potranno essere attivate esclusivamente previa espressa autorizzazione regionale.

A decorrere dall'anno 2011 le Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari ed IRCSS, ARES 118 non possono effettuare spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e di rappresentanza, per un ammontare superiore al 20 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per le medesime finalità. In ogni caso gli eventi, che non devono comportare aumento delle spese destinate in bilancio alle predette finalità, si devono svolgere al di fuori dall'orario di ufficio. Il personale che vi partecipa non ha diritto a percepire compensi per lavoro straordinario ovvero indennità a qualsiasi titolo. Tale disposizione può essere derogata solo nel caso in cui le spese da sostenere siano totalmente coperte da contributi "ad hoc" a carico di fondi privati.

A decorrere dall'anno 2011 le Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, IRCSS, ARES 118 non possono effettuare spese per missioni, anche all'estero, per un ammontare superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riduzione compensi Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi;
- Riduzione compensi Organi Collegiali;
- Contenimento costi per consulenze;
- Contenimento costi per relazioni pubbliche.

INDICATORI DI RISULTATO

- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per compensi Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi;
- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per compensi Organi Collegiali;
- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per consulenze;
- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per relazioni pubbliche.

Azione 12.7– Fondi contrattuali

In primis si procederà alla verifica circa l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali, secondo le risultanze del Decreto n. 49 del 31.05.2010.

Sarà operato un costante monitoraggio circa l'applicazione da parte delle Aziende, a decorrere dal 1° gennaio 2011, dell'art. 9 comma 2 - bis, L. 122/2010, che stabilisce che sino al 31 dicembre 2013 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

Si procederà quindi ad una ulteriore rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali per l'anno 2011 in coerenza con l'applicazione della revisione degli Atti Aziendali.

I Direttori Generali dovranno effettuare una attenta verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti compatibilmente alle risorse disponibili nei fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale, secondo le risultanze del Decreto n. 49 del 31.05.2010. Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino opportuna copertura nelle risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Le Aziende dovranno avviare una attenta verifica in merito alla conformità alle norme contrattuali dell'applicazione degli istituti legati alle particolari condizioni di lavoro.

Obiettivo prioritario dei Direttori Generali sarà quello di contenere gli oneri per la remunerazione delle particolari condizioni di lavoro all'interno delle risorse rese disponibili dai fondi contrattuali con eliminazione di eventuali indennità non espressamente previste dai vigenti CC.CC.NN.L.

Al fine di assicurare l'effettiva implementazione in ciascuna Azienda dell'intervento descritto, ai Direttori Generali saranno assegnati obiettivi coerenti con quanto sopra descritto, fermo restando che i presenti programmi operativi costituiscono già obiettivo per i Direttori Generali.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Rideterminazione e rispetto dei fondi contrattuali aziendali.

INDICATORI DI RISULTATO

- Delibera di adeguamento dei fondi contrattuali alle risultanze della verifica regionale. Tali atti dovranno essere trasmessi al Ministero dell'Economia.

Azione 12.8 – Prestazioni aggiuntive

Con decreto 49/2010 è stato disposto a livello regionale un abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura non inferiore al 10% del costo sostenuto nel 2009. Ad integrazione, con decreto 63/2010 il limite massimo di riduzione delle prestazioni aggiuntive è stato elevato, per alcune strutture ospedaliere, nella misura del 30%.

L'intervento per gli anni 2011 e 2012, volto alla riduzione del 50% delle prestazioni aggiuntive erogate a livello regionale nel 2009 previa revisione, da parte della Regione

Lazio, di tutti i progetti di produttività aggiuntiva già essere preso le singole Aziende, entro il 31.03.2011.

A seguito della suddetta revisione sarà fissato un limite di attività aggiuntiva erogabile individuato nella misura massima del 20% dell'attività istituzionale.

L'attivazione di nuovi progetti potrà avvenire solo a seguito di autorizzazione regionale.

Ulteriori minori costi potranno essere individuati attraverso la revisione e l'omogeneizzazione, a livello regionale, delle tariffe orarie nel rispetto, altresì, delle disposizioni contrattuali. Qualora fosse necessario, da parte delle singole Aziende, per progetti di rilevanza strategica, individuare diverse modalità di remunerazione, queste potranno essere applicate solo previa autorizzazione regionale.

Resta fermo che le attività svolte per progetti di produttività aggiuntiva dovranno essere espletate al di fuori dell'orario di servizio e la rilevazione delle relative prestazioni dovrà essere rilevata con i sistemi automatici di rilevazione delle presenze mediante codice di attività dedicato. In mancanza del rispetto di quanto sopra disposto non sarà consentita la liquidazione delle prestazioni svolte.

Al fine di assicurare l'effettiva implementazione in ciascuna struttura dell'intervento descritto, ai Direttori generali saranno assegnati obiettivi coerenti con quanto sopra descritto.

Per il monitoraggio degli effetti dell'intervento, sarà creato un sottoconto dedicato sul bilancio suddiviso per art. 55.2 CCNL/2000 della dirigenza e L. 1/2002 per il comparto, nonché sottoconto per oneri e Irap legati a dette prestazioni.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riduzione spesa per prestazioni aggiuntive.

INDICATORI DI RISULTATO

- Atto ricognitivo dei progetti di prestazione aggiuntive rideterminati secondo le indicazioni regionali;
- Adozione di ulteriori specifici piani operativi aziendali con l'indicazione delle azioni che si intendono intraprendere.
- Riduzione spesa rispetto alla spesa del 2010 per prestazioni aggiuntive entro i parametri sopra indicati.

Azione 12.9 – Attività libero professionale intramuraria

La Regione svolgerà attività di controllo e di monitoraggio sull'attività libero professionale intramuraria svolta presso le Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari ed IRCSS. In particolar modo si procederà ad una verifica puntuale del rispetto delle disposizioni di legge e delle linee guida regionali in materia. Si intende in particolare accertare se le Aziende abbiano avviato le procedure per il servizio di prenotazione centralizzato, per la riscossione degli onorari sotto la propria responsabilità e che sia tenuta una contabilità separata delle attività rese in regime di libera professione intramuraria, che tenga conto di tutti i costi diretti ed indiretti garantendo l'equilibrio economico delle attività svolte in libera professione. A tal fine, le Aziende dovranno continuare ad incrementare le tariffe delle prestazioni libero professionali fino ad un massimo del 10% quale quota di ristoro delle spese di gestione sostenute per tali attività, considerato l'incremento medio sostenuto dalle Aziende sia per i costi diretti che per quelli indiretti, secondo quanto individuato con decreto n. 82/2010 del Commissario

ad acta tra le misure per garantire l'equilibrio economico - finanziario della gestione dell'attività libero-professionale intramuraria.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Garanzia effettivo equilibrio economico delle attività svolte in regime di libera professione;
- Gestione all'interno del CUP delle prestazioni rese in regime di libera professione.

INDICATORI DI RISULTATO

- Revisione tariffari aziendali per prestazioni rese in regime di libera professione;
- Attivazione contabilità separa aziendale per attività libero professionale;
- Attivazione monitoraggio semestrale su adempimenti in materia di attività libero professionale intramuraria.

Azione 12.10 – Verifica che i dipendenti siano assegnati alle effettive mansioni di appartenenza ed eventuale ricollocazione entro e non oltre il 2011

Con decreto n. 49/2010 del Commissario ad acta è stata individuata quale iniziativa di razionalizzazione e risparmio in materia di spesa del personale la verifica delle situazioni di esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza e la restituzione, qualora sussistessero le condizioni, dei dipendenti allo svolgimento dei compiti propri del profilo professionale di inquadramento. Le Aziende dovranno trasmettere alla Regione gli esiti della verifica per poter avviare il processo di mobilità verso attività compatibili nei casi di acclarata inidoneità alle proprie mansioni e di impossibilità di ricollocazione.

Al fine di garantire l'implementazione dell'intervento, l'espletamento delle procedure di verifica della corretta assegnazione dei dipendenti alle effettive mansioni di appartenenza sarà inserito tra gli obiettivi dei Direttori Generali.

RISULTATO PROGRAMMATO

- Riassegnazione dei dipendenti del SSR alle effettive mansioni di appartenenza.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvenuta trasmissione di elenco di personale in situazione di inidoneità alle proprie mansioni da ricollocare nonché dell'elenco del personale non ricollocabile all'interno dell'Azienda ovvero dichiarazione di non sussistenza di tale fenomeno in Azienda entro il 31/03/2011.

Azione 12.11 – Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)

Per l'anno 2010, relativamente all'esercizio del diritto alla mensa, è stata individuata come iniziativa di razionalizzazione la verifica della corretta applicazione dei CC.CC.NN.L. al fine di razionalizzare la spesa e generare maggiori economie. Tale iniziativa proseguirà nel prossimo biennio.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Verifica della corretta applicazione dei CCNL Comparto e CCNL Aree dirigenziali in relazione alle risorse finanziarie disponibili e all'articolazione dell'orario di lavoro;
- Elaborazione di linee guida regionali che definiscano criteri uguali per tutte le aziende per il diritto alla fruizione del servizio mensa;

- Predisposizione, da parte delle aziende, di un regolamento per la corretta gestione del suddetto diritto.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvenuta emanazione delle linee guida entro il 28/02/2011.

Azione 12.12 – Linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa in applicazione dell'articolo 7 del CCNL 19.04.2004 del personale del comparto sanità, dell'art 9 CCNL 2002-2005 del personale della dirigenza sanità nonché dell'art. 2 dell'AA.CC.NN. 2005 e s.m.i

L'emanazione delle linee di indirizzo regionali costituisce un momento attraverso il quale la Regione, nel rispetto dell'autonomia contrattuale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e degli altri Enti del SSR, esercita la propria funzione di coordinamento del sistema sanitario garantendo, pur nel rispetto della suddetta autonomia della contrattazione aziendale, coerenza ed omogeneità nel territorio regionale e caratterizzando lo strumento contrattuale quale leva per il perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale nel rigoroso rispetto dei vincoli derivanti dal piano di rientro. Le linee di indirizzo dovranno riguardare tutto il personale che opera nel SSR e assumeranno l'ambito di piattaforma regionale di cui ogni azienda dovrà tener conto nelle trattative aziendali.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Omogeneizzazione ed indirizzo del processo di contrattazione integrativa aziendale.

INDICATORI DI RISULTATO

- Emanazione linee di indirizzo regionali sulla contrattazione integrativa aziendale condivise con le organizzazioni sindacali.

Azione 12.13 – Verifica della corretta applicazione delle disposizioni di cui 71 L. 133/2008

La Regione intende avviare il monitoraggio per verificare la corretta applicazione delle disposizioni indicate in materia di decurtazioni in caso di assenza per malattia dei dipendenti presso ciascuna azienda del SSR.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riduzione assenteismo;
- Verifica effettivo conseguimento delle riduzione del costo del personale SSR derivanti dall'applicazione della norma.

INDICATORI DI RISULTATO

- Avvio attività di verifica.

Azione 12.14 – Sistema di valutazione della performance

La Regione intende costituire un gruppo di lavoro per la definizione dei criteri per la valutazione della performance, anche attraverso sperimentazione di un sistema che consenta l'adeguamento del d.lgs.150/2009 degli enti del Servizio Sanitario Regionale. Particolare attenzione sarà posta per la costruzione di appositi indicatori di efficienza/efficacia.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Adozione criteri per corretta misurazione della performance.

INDICATORI DI RISULTATO

- Adozione documentazione che individua i criteri ed indicatori per la valutazione della performance;
- Sperimentazione di sistemi di adeguamento al D.Lgs. 150/2009.

Valorizzazione programma operativo – Razionalizzazione gestione del personale

Valorizzazione Intervento 12 – Contenimento della spesa per il personale

Sulla base del flusso regionale di monitoraggio delle cessazioni inviato trimestralmente dalle Aziende sanitarie alla Regione, è stato rilevato un numero di cessazioni di personale a tempo indeterminato nel 2009 pari a 2.100 unità, di cui circa 490 cessazioni per mobilità intraregionale. Il saldo dei cessanti, al netto della componente relativa alla mobilità è quindi pari a circa 1.600 unità.

Ad oggi è attivo per la Regione Lazio il blocco totale del turn over, ai sensi del DCA 60 del 14/7/2010. L'Ufficio commissariale si impegna a mantenere il blocco del turn over al 90% anche nel caso in cui, risultando la Regione adempiente, dovesse venir meno il blocco totale ex lege. Si determinerebbe quindi un flusso personale in uscita stimabile prudenzialmente in circa 1.440 unità.

In considerazione dell'applicazione l'art. 22 legge 4 novembre 2010 n. 183, che dispone quale il limite massimo di età per il collocamento a riposo per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del SSN, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, il 65° anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato al maturare del 40° anno di servizio effettivo, e in considerazione altresì delle intervenute disposizioni in materia di accesso al pensionamento che potrebbero portare ad una minore fuoriuscita per gli anni 2011 e successivi. Inoltre si considera anche che negli anni 2011 e 2012 il numero di fuoriuscite sia calante rispetto agli anni 2009 e 2010 si stima pertanto, in via prudenziale, che il valore netto delle cessazioni sia pari a circa 1360 unità nel 2011 e 1300 unità nel 2012.

È quindi possibile stimare cautelativamente il costo cessante relativo al personale in uscita come prodotto del numero di cessanti al netto del turnover, come sopra determinato, per il costo medio ponderato osservato nella Regione nel 2009. Tale costo, calcolato come media ponderata del costo del personale tra le figure professionali sul totale delle unità di personale a tempo indeterminato impiegate, è pari a circa 45 mila Euro comprensivo degli oneri a carico dell'ente e al netto dell'IRAP.

Si stima quindi un valore economico complessivo delle cessazioni per l'esercizio 2011 e 2012 è sintetizzato nelle seguenti tabelle:

unità	a	b	c	d=b+c
2010	840	600		600
2011		793	567	1.360
2012			758	758
Totale Effetto Cessati	**840**	**1393**	**1325**	**2.718**

000/euro	a	b	c	d=b+c
2010	37.800.000	27.000.000	-	27.000.000
2011	-	35.700.000	25.500.000	61.200.000
2012	-	-	34.125.000	34.125.000
Totale Effetto Cessati	**37.800.000**	**62.700.000**	**59.625.000**	**122.325.000**

Tabella 48 –Valore economico delle cessazioni biennio 2011 - 2012

La manovra complessiva rispetto al tendenziale per il 2012 ammonterà quindi a circa **122,3 milioni di Euro**, i risparmi conseguibili nel corso dell'anno 2011 sono pari a **62,7 milioni di Euro**.

FORMAZIONE

Come esposto nel programma il risparmio sulla formazione sarà calcolato pari al 50% dei costi sostenuti nell'anno 2009 pari a circa 7,578 cioè pari a 3,79 mln/euro per l'anno 2011. Non si stima nessun ulteriore risparmio per l'annualità 2012.

Costo 2009	7.578.428	50%	3.789.214

Tabella 49 –Valore economico della formazione

CONSULENZE

Come già esposto nel programma, a decorrere dall'anno 2011 la spesa annua per incarichi di consulenza non sanitaria dovrà essere ridotta del 70% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, mentre la spesa per consulenze sanitarie dovrà essere ridotta del 25% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009. Pertanto, dato che la spesa per le consulenze non sanitarie è stata nel 2009 pari a circa **10,9 milioni di Euro** e quella per consulenze sanitarie pari a **67,4 milioni di Euro**. Tenuto conto che dovrà essere comunque rispettato il termine dei contratti in essere la manovra stimata per l'anno 2011 sarà pari a **24,5 milioni di Euro**.

Costo cons. non sanitarie 2009	10.879.862,47	70%	7.615.904
Costo cons. sanitarie 2009	67.434.026,89	25%	16.858.507
Totale	**78.313.889,36**		**24.474.410,45**

Tabella 50 –Valore economico delle consulenze

Programma 6 – Interventi di sistema

	2011	2012
Interventi di sistema	**9,8**	**-**
Processo di accreditamento	-	-
Attivazione procedure per accreditamento definitivo	-	-
Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati	9,8	-
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	*9,8*	-
Attività residenziale extraospedaliera	-	-
Assistenza ospedaliera per acuti	-	-
Riabilitazione e Lungodegenza	-	-
Attuazione della riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	-	-
Attuazione del nucleo di HTA; conferma e rafforzamento dei vincoli per investimenti e tecnologie	-	-
Potenziamento del sistema dei controlli e del monitoraggio della spesa sanitaria	-	-
Azioni propedeutiche ad un efficace monitoraggio dell'attività prescrittiva	-	-
Azioni finalizzate al rispetto della normativa in materia di certificazione di malattia	-	-

Tabella 51 – Sintesi manovre Programma 6

Intervento 13 – Processo di accreditamento

Azione 13.1 – Attivazione procedure per accreditamento definitivo

La Regione ha avviato con il Decreto 90/2010 le procedure per l'autorizzazione e dell'accreditamento, in coerenza con quanto previsto dalla Legge n. 4/2003.

In merito all'attuazione del percorso di qualificazione dell'offerta sanitaria attraverso l'istituto dell'accreditamento istituzionale, si prevedono le seguenti azioni:

- definizione delle modalità di autovalutazione per la conferma dell'autorizzazione e il conferimento dell'accreditamento da parte delle strutture non coinvolte nella fase prevista dal Decreto 90/2010;
- realizzazione, a partire dai dati raccolti attraverso l'autovalutazione, di una base dati incentrata sulle strutture, finalizzata alla gestione delle attività per l'accreditamento;
- gestione del Registro dei Facilitatori per la qualità e collegamento alla base dati strutture;
- realizzazione di percorsi formativi per la qualificazione dei valutatori per l'accreditamento;
- regolamentazione per l'avvio delle visite per l'accreditamento relative alla fase prevista dal Decreto 90/2010;
- istituzione, presso Laziosanità-Asp, del previsto Board per l'accreditamento al fine di garantire, attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti interessati, il grado di terzietà necessario;
- analisi dei dati di ritorno relativi alle attività di autovalutazione ed eventuali azioni formative per specifici ambiti critici.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Provvedimento regionale relativo all'autovalutazione per la conferma dell'autorizzazione e il conferimento dell'accreditamento da parte delle strutture non coinvolte nella fase prevista dal Decreto 90/2010;
- Base dati incentrata sulle strutture e finalizzata alla gestione delle attività per l'accreditamento;
- Registro informatizzato dei soggetti preposti alle visite per l'accreditamento;
- Formazione di valutatori per l'accreditamento;
- Provvedimento per l'avvio delle visite per l'accreditamento relative alla fase prevista dal Decreto 90/2010;
- Istituzione del Board per l'accreditamento.

INDICATORI DI RISULTATO

- Specifico provvedimento regionale relativo all'autovalutazione per la conferma dell'autorizzazione e il conferimento dell'accreditamento da parte delle strutture non coinvolte nella fase prevista dal Decreto 90/2010 (entro gennaio 2011);
- Specifico provvedimento regionale per l'avvio delle visite per l'accreditamento relative alla fase prevista dal Decreto 90/2010 (giugno 2011);
- Popolamento della base dati incentrata sulle strutture con i dati rilevati nella fase dell'autovalutazione relativa all'offerta privata provvisoriamente accreditata (entro settembre 2011);
- Disponibilità di un registro per la costituzione dei team di verifica per l'accreditamento (luglio 2011);
- Effettuazione di corsi per la qualificazione dei valutatori per l'accreditamento (entro dicembre 2011);
- Decisione del Direttore di Laziosanità-Asp in merito all'istituzione del Board (entro luglio 2011).

Intervento 14 – Stipula accordi e contratti con gli erogatori accreditati

Tavolo e Comitato di verifica nel verbale della seduta del 26 ottobre 2010 hanno fissato, tra gli altri, l'obiettivo della stipula dei contratti con gli erogatori privati per l'anno 2011 entro il 31.12.2010. Tale obiettivo è materialmente non realizzabile entra la data prevista non solo per il ridotto lasso di tempo a disposizione ma anche per il particolare periodo amministrativo.

Nella Regione è in atto il procedimento di accreditamento definitivo delle strutture private eroganti prestazioni sanitarie all'interno del quale si stanno ridefinendo requisiti e tariffe.

Contestualmente sono in corso tutte le attività finalizzate all'avvio del processo di attuazione del riordino della rete ospedaliera.

Entrambi i procedimenti condizionano criteri e tempi per le intese regionali con le organizzazioni rappresentative e i conseguenti contratti con le singole strutture erogatrici.

Solo dopo il 31.12.2010 sarà disponibile l'elenco delle strutture che hanno prodotto istanza di conferma dell'autorizzazione e accreditamento definitivo e ciò consentirà di effettuare le necessarie valutazioni ai fini della disciplina e conseguente stipula dei contratti. Nelle more sono stati avviati gli incontri con le organizzazioni rappresentative per definire i criteri generali. In particolare per i singoli settori di intervento vengono di seguito riportati attività e risultati programmati.

Azione 14.1– Prestazioni specialistiche ambulatoriali

A decorrere dal 2011 la Regione provvederà ad individuare separatamente i volumi di prestazione per settori specialistici distinguendo tra:

- Diagnostica per immagini ivi comprese prestazioni TAC, RMN e Medicina Nucleare in vivo;
- Chimico clinica;
- Fisiokinesiterapia;
- Branche a visita.

Per ciascun settore sarà considerato limite di spesa invalicabile quello corrispondente al volume di prestazioni effettivamente riconosciuto e liquidato per il 2010. In tal modo dovrà costituire economia il differenziale tra i tetti di spesa complessiva per l'intero settore specialistico ed i volumi effettivamente erogati e riconosciuti. Tale economia si quantifica in via prospettica in misura pari al 3% dei tetti di spesa complessivi (pari a circa 330 milioni di Euro per il 2010).

Gli accordi consequenziali dovranno tenere conto oltre che dell'andamento storico dei volumi remunerati anche della possibilità di assegnare una quota di budget sulla base di altri parametri.

Nella Regione Lazio, infatti, permane il criterio di individuare limiti di prestazioni remunerabili sulla base dei tetti di spesa storici. Tale criterio da una parte può determinare rendite di posizione ingiustificate e dall'altra non è più coerente con il processo di accreditamento definitivo. Pertanto a partire dal 2011 può risultare opportuna l'introduzione, anche se in via parziale e sperimentale, di nuovi criteri prestando attenzione affinchè detti criteri non determinino eccessivi stravolgimenti nelle

condizioni di equilibrio economico-finanziario delle strutture, dovendosi garantire remunerativitá, sopravvivenza e livelli occupazionali, insieme all'appropriatezza e qualità delle prestazioni.

Proceduralmente, poiché il maggiore ostacolo all'evoluzione del processo verso l'applicazione a regime delle nuove modalità è costituito dall'individuazione delle modalità operative, in sede di contrattazione regionale verrà sottoposta all'approvazione delle parti una griglia di valutazione del peso delle strutture individuando indicatori particolarmente rappresentativi quali spazi, tecnologie, personale, indice di complessità.

La griglia dovrà tenere conto delle singole branche specialistiche o tipologie di strutture.

I requisiti potranno essere rilevati dal processo di accreditamento, da altri dati disponibili e, in mancanza, autocertificati dai legali rappresentanti.

Una volta quantificati i punteggi totali per struttura erogatrice (sostanzialmente il peso di ciascuna) se ne determina la sommatoria (peso complessivo).

Con la semplice formula del riparto diretto proporzionale si attribuisce il tetto di spesa a ciascuna struttura (es. struttura: A = peso 10; B = peso 15; C = peso 5 – peso complessivo 30). Ipotizzando un budget totale di 90 si procede al calcolo che segue:

Budget	90
Peso complessivo	30
Valore del punto	3
Tetto di spesa struttura A:	3x10=30
Tetto di spesa struttura B:	3x15=45
Tetto di spesa struttura C:	3x5=15

Nelle more della definizione della procedura per il I° trimestre 2011 verrà proposto l'affidamento di un budget provvisorio per dodicesimi del 2010 da conguagliare. In sede di intesa regionale verrà stabilità la percentuale di applicabilità del nuovo sistema rispetto al totale dei volumi. Nel contesto descritto potrà essere valutata anche l'ipotesi di introdurre la formula delle regressioni tariffarie.

Da tali iniziative si attendono economie che andranno ad incidere sul tetto di spesa complessiva per il 2011, cautelativamente inclusa nel 3% di cui sopra, fermo restando che il trasferimento di attività dal settore ospedaliero sarà coperto con budget aggiuntivo con utilizzo delle economie realizzate per effetto della deospedalizzazione.

Per il 2012 si prevede l'entrara a regime del nuovo tariffario, per cui si rimanda all' Azione 6.2.

In ogni caso nel corso del 2011 dovranno essere riaffrontate questioni rilevanti quali la rideterminazione delle tariffe e i cicli di fisioterapia in ordine alle quali dovranno essere espresse riserve di salvaguardia circa i possibili effetti sui tetti di spesa.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Elaborazione di proposta dei criteri;
- Convocazione incontri con le organizzazioni rappresentative per la realizzazione delle intese regionali;
- Stipula intese regionali;

- Stipula contratti con gli erogatori.

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimento regionale di approvazione dell'intesa e dello schema di contratto entro il 28.2.2011;
- Stipula almeno 90% dei contratti entro il 31.3.2011.

Azione 14.2 – Attività residenziale extraospedaliera

A) HOSPICE

La disciplina delle prestazioni di assistenza in Hospice residenziale a cui sono abbinate prestazioni domiciliari, anche a seguito delle riconversioni in atto dell'offerta ospedaliera, consentirà di assicurare idonea risposta alla relativa domanda. Quanto all'offerta privata dei soggetti accreditati non sussistono particolari criticità stante il ridotto numero dei soggetti ed essendo definito il percorso di accreditamento ed i criteri di remunerazione.

Per i soggetti provvisoriamente accreditati nel 2010 verrà confermato il tetto di spesa pari al volume di prestazioni effettivamente assicurato e riconosciuto entro il massimo del tetto di spesa contrattualmente previsto.

Parte delle economie derivanti dalle iniziative di riconversione dei posti letto ospedalieri saranno utilizzate per la copertura degli oneri per le unità di hospice di nuova attivazione.

Nel settore non sussistono problemi di definizione delle tariffe in quanto le stesse sono state definite nel 2009 in accordo con le organizzazioni rappresentative tenendo conto il confronto con i costi.

B) RSA

Il settore della residenzialità extra ospedaliera per anziani e disabili non autosufficienti è oggetto di interventi di rilevante riorganizzazione.

A partire dal 2011 l'offerta è riarticolata, secondo le risultanze del Progetto Mattoni, nelle seguenti tipologie di strutture:

- R1 dedicate all'assistenza a persone in stato vegetativo o di minima coscienza;
- R2 dedicate all'assistenza a persone con malattie cronico-degenerative;
- R2D dedicate all'assistenza a persone con malattie cronico-degenerative con disturbi cognitivi;
- R3 dedicate all'assistenza a persone con malattie cronico-degenerative in fase di stabilizzazione.

Per le stesse sono stati individuati i requisiti autorizzativi e per l'accreditamento e le relative tariffe che, in linea di massima sono sovrapponibili, nella loro media ponderata, a quelle preesistenti (vedasi Programma 2 – Intervento 3).

I volumi di spesa da porre a carico del SSR sono quantificati in misura pari al 2010 per l'insieme dei soggetti provvisoriamente accreditati a cui verrà aggiunto il valore corrispondente alle nuove attivazioni (vedasi Programma 2 – Intervento 3).

C) RIABILITAZIONE TERRITORIALE ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO RESIDENZIALE E NON

Anche tale settore assistenziale è stato oggetto di riorganizzazione e consequenziali interventi. Per tale setting assistenziale si è proceduto alla valutazione dei soggetti assistiti con conseguente riclassificazione nella tipologia assistenziale appropriata.

È stato anche individuato il fabbisogno di servizi. Il trasferimento di pazienti in unità o moduli organizzativi di minore complessità assistenziale (da riabilitazione estensiva a mantenimento, a residenze protette, in ambulatorio e domicilio) determinerà economie che in parte potranno essere utilizzate per garantire una maggiore copertura assistenziale ivi compresa quella destinata a pazienti che non verranno più assistiti in regime ospedaliero.

D) STRUTTURE NEUROPSICHIATRICHE

L'offerta assistenziale nel settore neuropsichiatrico è assicurata dai dipartimenti di salute mentale all'interno dei quali operano i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e da strutture private già case di cura per acuti che, ai sensi del decreto n. 101/2010, garantiranno la riabilitazione intensiva territoriale ed altre attività terapeutiche residenziali nonché dalle comunità terapeutiche private.

Nel 2010 è stato quantificato un tetto distinto tra le due tipologie di strutture pari complessivamente a circa 82 milioni di Euro. Le strutture private ex case di cura sono interessate da un processo di riconversione e riqualificazione degli oltre 1000 p.letto per acuti attivati in passato.

Il percorso di accreditamento definitivo farà chiarezza entro i primi mesi del 2011 su realizzazione e rispetto dei requisiti per i vari ambiti assistenziali.

Anche per l'assistenza neuropsichiatrica non è possibile definire i contratti di fornitura entro il 31.12.2010 come richiesto dal Tavolo e Comitato di verifica attesa la necessità di assicurare preventivamente l'assetto definitivo del settore all'esito del percorso di accreditamento.

In ogni caso si programma la realizzazione di intese e contratti riguardanti il biennio 2011/2012 entro il I° trimestre 2011.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Convocazione organizzazioni rappresentative;
- Stipula intese regionali;
- Adozione provvedimenti di recepimento delle intese e definizione schemi di contratto;
- Stipula contratti con gli erogatori;
- Indicatori di risultato.

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimento regionale di approvazione delle intese e degli schemi di contratto entro il 20.2.2011;
- Stipula 100% contratti RSA e Hospice soggetti già accreditati al 31.12.2010 entro il 10 marzo 2011;
- Stipula almeno 80% contratti strutture di riabilitazione entro il 20 marzo 2011;
- Stipula almeno 90% contratti strutture neuropsichiatriche entro il 31 marzo 2011;
- Stipula contratti per strutture derivanti da riconversione entro il 30.6.2011.

Azione 14.3 – Assistenza ospedaliera per acuti

A) CASE DI CURA

Le case di cura per acuti sono state oggetto di interventi modificativi non particolarmente rilevanti all'interno del riordino della rete ospedaliera. Ciò anche perché già nel 2009

erano intervenute iniziative di razionalizzazione e riduzione di parte dell'eccesso di posti letto rispetto allo standard.

Di fatto, poi, le riduzioni introdotte col DCA 80/2010, riguardante il riordino della rete ospedaliera, con adeguamento allo standard di cui al Patto per la Salute del 3.12.2009, hanno interessato prevalentemente posti letto parzialmente utilizzati ovvero utilizzati in difformità a criteri di appropriatezza organizzativa.

In ogni caso anche per questo settore è necessario introdurre nuovi criteri per l'affidamento ai soggetti accreditati di volumi di prestazioni che tengano conto oltre che del tetto di spesa storico, anche della necessità di intervenire sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni ipotizzando una riduzione dei tetti di spesa correlati ai volumi inappropriati.

B) ISTITUTI RELIGIOSI CLASSIFICATI E IRCCS

Con gli istituti religiosi classificati nel 2010 sono stati stipulati accordi, per la prima volta, dopo diversi anni.

Con gli stessi istituti è necessario definire un considerevole contenzioso insorto negli anni dal 2004 al 2009. Le criticità intervenute da anni in ordine al rapporto con gli ospedali cosidetti classificati, che rivendicano totale equiparazione al settore pubblico con riconoscimento del finanziamento di fattori produttivi, pur nella sostanziale differenza di modelli organizzativi istituzionali e mancanza di vincoli analoghi, sono state ripetutamente evidenziate.

È auspicabile che all'interno di un percorso finalizzato alla stipula degli accordi per il prossimo biennio si riesca a trovare una soluzione transattiva che definisca i rapporti pregressi.

Gli istituti sono stati interessati, all'interno del riordino della rete ospedaliera, da interventi modificativi della struttura di offerta con riduzioni di posti letto e/o nuove attivazioni.

In sede di intese regionali è necessario condividere i criteri di remunerazione che tengano conto del nuovo assetto e della necessità di ridurre i livelli di in appropriatezza organizzativa dianzi evidenziati.

Resta ferma, comunque, per questa particolare tipologia di erogatori, l'esigenza di interventi normativi nazionali che ne definiscano con precisione la qualificazione giuridica facendo cessare una conflittualità annosa.

C) POLICLINICI GESTITI DA UNIVERSITÀ NON STATALI

Nella Regione Lazio insistono gli unici policlinici gestiti da università non statali: Campus Biomedico e Policlinico Gemelli.

Con entrambi sussistono criticità nella gestione dei rapporti sebbene meno rilevanti in termini di aspetti economici per quanto riguarda il Campus Biomedico.

I relativi aspetti sono stati già dettagliati nei programmi operativi relativi all'anno 2010 e reiterati in periodiche relazioni.

Per tali istituzioni resta fermo il principio del finanziamento secondo l'ammontare globale predefinito per prestazioni rese valorizzate a tariffa e funzioni quantificate a costo standard.

Dopo anni di conflittualità nel 2009 e nel 2010 sono stati sottoscritti i contratti di fornitura di prestazioni.

La stipula anche per il biennio 2011/2012 è obiettivo del presente programma operativo nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 8 quinquies e 8 sexies del D.Lgs 502/92 e s.m. nonché art. 79 l. 133/2008.

Considerata l'implementazione in progress delle strutture del policlinico Campus, come da protocollo d'intesa, pur con la necessaria rivisitazione conseguente ai nuovi standard di cui al Patto per la Salute del 3.12.2009 è verosimile un modesto incremento dei volumi di prestazioni remunerabili.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Convocazione organizzazioni rappresentative case di cura e istituti religiosi;
- Stipula intese regionali;
- Stipula contratti e accordi;
- Definizione pregresso istituti religiosi.

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimento regionale di approvazione delle intese e degli schemi di contratto e accordi entro il 15 marzo 2011 per le Case di Cura, IRCCS e istituti religiosi;
- Stipula almeno 80% dei contratti entro il 10 aprile 2011 con case di cura e accordi con istituti religiosi;
- Stipula contratti con i due Policlinici Universitari.

Azione 14.4 – Riabilitazione e Lungodegenza

Il settore della riabilitazione e lungodegenza è stato interessato, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, da incisivo intervento di riduzione dell'offerta finalizzato sia alla riconduzione dei PL all'interno dello standard di 0,7 PL per mille abitanti sia a contrastare l'eccessivo numero di prestazioni derivanti da una domanda verosimilmente indotta dall'offerta e notevolmente superiore a quella delle altre regioni e dell'intera nazione come evidenziato nel monitoraggio effettuato dal Ministro della Salute (vedasi Azione 2.2)

Gli effetti traumatici che avrebbero potuto comportare le dismissioni immediate di PL nei confronti dei pazienti nonché nei confronti delle stesse strutture e la constatazione di carenze di strutture alternative hanno indotto ad avviare un percorso di riconversione di parte dei PL soppressi in RSA, hospice, riabilitazione estensiva, attività ambulatoriale e domiciliare (vedasi Azione 3.1). I relativi costi emergenti sono quantificati nell'ambito dell'intervento 3. Nello specifico della riabilitazione e lungodegenza i tetti di spesa saranno definiti previo contraddittorio con le organizzazioni rappresentative e, comunque rapportati al fabbisogno collegato ai nuovi standard.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Elaborazione proposta di intesa regionale;
- Convocazione organizzazioni rappresentative;
- Stipula intese;
- Stipula contratti per il biennio 2011/2012.

INDICATORI DI RISULTATO

- Provvedimento regionale di recepimento dell' intesa e approvazione schemi di contratto entro il 10 febbraio 2011;
- Stipula almeno 90% dei contratti entro il 28 febbraio 2011.

Intervento 15 – Attuazione della riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 15.1 – Attuazione del nucleo di HTA; conferma e rafforzamento dei vincoli per investimenti e tecnologie

Gli investimenti sulle tecnologie da parte delle strutture sanitarie vanno regolamentate e rigorosamente impostate rispetto a valutazioni obiettive legate a molteplici dimensioni. Il processo fondamentale cui occorre ispirarsi per raggiungere questo risultato è quello favorito dall'attuazione dei principi dell'Health Technology Assessment (HTA).

Il Piano Sanitario Regionale (DCA 87/09) adotta questa tecnica per "favorire decisioni razionali basate su criteri trasparenti ed espliciti per l'adozione di nuove tecnologie a livello aziendale e regionale".

Il DCA 49/2010 prevedeva fra gli interventi sulla spesa per beni e servizi quelli relativi all'acquisizione delle tecnologie e ha definito la necessità dell'istituzione di un gruppo di lavoro per la determinazione del fabbisogno e dell'impatto dell'innovazione tecnologica.

Il DCA 66/2010 definiva l'istituzione della Consulta regionale per l'HTA e un Nucleo regionale di valutazione per l'HTA.

In considerazione di quanto disposto da tale normativa questa Azione prevede:

- nomina della Consulta regionale per l'HTA;
- nomina del Nucleo regionale di valutazione per l'HTA;
- diffusione delle metodologie di HTA fra i professionisti coinvolti in Assessorato, Laziosanità e a livello delle direzioni sanitarie e amministrative aziendali;
- definizione delle priorità per le tecnologie da valutare a livello regionale, in coordinamento con le altre Regioni e con l'AgeNaS;
- definizione di un processo di valutazione a livello regionale e aziendale per le diverse tipologie di tecnologie;
- messa a punto e diffusione di schede standardizzate per la richiesta di introduzione/acquisizione di una nuova tecnologia a livello aziendale.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Decreto di Nomina della Consulta regionale per l'HTA;
- Decreto di Nomina del Nucleo regionale di valutazione per l'HTA;
- Piano di formazione/aggiornamento per i professionisti coinvolti;
- Lista di priorità;
- Stesura del processo di valutazione e rispettivi ruoli.

INDICATORI DI RISULTATO

- Approvazione dei due decreti (entro gennaio 2011);
- Definizione dei piani di formazione a livello regionale (entro marzo 2011);
- Definizione dei piani di formazione a livello locale (ASL, AO, IRCCS) (entro aprile 2011);
- Stesura da parte del Nucleo di valutazione della lista di priorità delle tecnologie da valutare (entro marzo 2011);
- Approvazione del processo di valutazione da parte della Direzione Regionale competente per la Programmazione sanitaria (entro aprile 2011).

Azione 15.2 – Potenziamento del sistema dei controlli e del monitoraggio della spesa sanitaria

Il DCA 41/2010 ha istituito, senza ulteriori oneri per la Regione, l'organismo collegiale di supporto al Commissario ad acta, denominato Nucleo Regionale di Controllo Sanitario, per il coordinamento e il miglioramento del sistema dei controlli del SSR ai fini dell'attuazione delle linee di intervento previste dal Piano di Rientro.

Ai sensi di quanto previsto dal Regolamento, il Nucleo esercita un ruolo di indirizzo delle strutture preposte ai controlli dalla normativa vigente, eventualmente effettua direttamente tali controlli e monitora le attività di vigilanza e controllo regionale su tutti i soggetti, pubblici e privati, autorizzati, provvisoriamente accreditati e non del SSR.

In considerazione di quanto disposto dalla normativa sopra citata, questa Azione prevede:

- identificazione dei dati necessari per il controllo;
- attivazione della procedura per ottenimento dei finanziamenti ex art. 20 Legge 67/88 finalizzati alla produzione sistematica e continuativa dei dati necessari per il governo del sistema (programma ex art. 79 comma 1 *sexies* della legge 133/08);
- definizione e diffusione del Piano dei Controlli;
- definizione e diffusione delle procedure e degli strumenti di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria;
- definizione di un processo di valutazione a livello regionale e aziendale per le diverse tipologie di controlli;
- messa a punto e diffusione di schede standardizzate per la rilevazione degli esiti dei controlli.

RISULTATI PROGRAMMATI

- definizione dei dati necessari per il governo della spesa e il monitoraggio dei LEA;
- attivazione delle procedure per ex art. 20;
- implementazione dei controlli in merito ai requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie;
- implementazione dei controlli in merito alle prestazioni sanitarie (specialistica, ricovero, psichiatria, geriatrica, protesica maggiore o minore, ecc), in termini di coerenza formale del flusso informativo che rendiconta le prestazioni, coerenza contabile delle distinte, controllo degli indicatori di performance delle strutture erogatrici private e monitoraggio budget negoziato, controllo di veridicità delle autodichiarazioni presentate dagli utenti al fine di usufruire delle prestazioni in regime di esenzione;
- implementazione dei controlli sui ricoveri ospedalieri (come da Allegato 2);
- implementazione dei controlli in merito ai tempi di attesa;
- implementazione dei controlli in merito ai Flussi Informativi;
- Implementazione dei controlli Farmaceutici;
- implementazione dei controlli di appropriatezza delle prescrizioni dei MMG/PLS;
- implementazione dei controlli di congruenza e appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie;
- implementazione dei controlli di coerenza e rispetto delle procedure amministrativo-contabili;
- Implementazione dei controlli previsti dalla normativa vigente per il Dipartimento Cure primarie e Prevenzione.

INDICATORI DI RISULTATO

- Predisposizione del Piano dei controlli (entro marzo 2011);
- Adozione formale con decreto delle procedure e degli strumenti di controllo (entro marzo 2011);
- Disponibilità e invio alle ASL dei documenti tecnici relativi alle procedure e degli strumenti di controllo (entro aprile 2011).

Azione 15.3 – Azioni propedeutiche ad un efficace monitoraggio della attività prescrittiva

La Regione Lazio intende incrementare l'efficacia del monitoraggio dell'attività prescrittiva, sia essa di pertinenza dei MMG/PLS che degli specialisti ospedalieri.

Per quanto riguarda i MMG, si rimanda all'Azione 11.1 – Attribuzione del budget annuale ai Medici di Medicina Generale.

A completamento di tale azione, per quanto riguarda i professionisti dipendenti di presidi ospedalieri, IRCCS, ASL, Policlinici Universitari e specialisti ambulatoriali, i Direttori Generali porranno in essere una serie di azioni volte a far sì che i sopraccitati prescrittori, laddove già non lo facciano, utilizzino con regolarità per le prescrizioni di farmaci, visite specialistiche e/o esami diagnostici, il previsto ricettario secondo le modalità stabilite dalla vigente normativa favorendo in questo modo anche l'accesso alle cure dei cittadini.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Incremento efficacia dell'attività di monitoraggio delle prescrizioni effettuate da dipendenti di presidi ospedalieri, IRCCS, ASL,Policlinici Universitari e specialisti ambulatoriali ai fini del controllo dell'approriatezza prescrittiva.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero prescrizioni effettuate da dipendenti dipendenti di presidi ospedalieri, IRCCS, ASL,Policlinici Universitari e specialisti ambulatoriali su ricettario previsto.

Azione 15.4 – Azioni finalizzate al rispetto della normativa in materia di certificazione di malattia

I Direttori Generali altresì adotteranno una serie di azioni volte a far sì che i professionisti dipendenti di strutture ospedaliere e classificate, IRCSS, ASL, Policlinici Universitari, e specialisti ambulatoriali, laddove già non lo facciano, provvedano ad inviare al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) i certificati di malattia on line come previsto dalla legislazione vigente;

RISULTATI PROGRAMMATI

- Rispetto della normativa in materia di certificazione e malattia.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero certificati di malattia on line inviati al SIAC.

Valorizzazione programma operativo – Interventi di sistema

Valorizzazione Azione 14.1 – Prestazioni specialistiche ambulatoriali

La riduzione spesa del 3% rispetto al tetto di spesa per il 2010 (pari a circa **327 milioni di Euro**) porta ad economie pari a **9,8 milioni di Euro** nel 2011.

Per il 2012 si rimanda alla valorizzazione dell'Azione 6.2.

Valorizzazione Azione 14.2 – Attività residenziale extraospedaliera

Per quanto concerne Hospice ed RSA si rimanda all'Intervento 3 Con Riferimento alla riabilitazione estensiva e di mantenimento si rimanda all'Azione 4.1.

Valorizzazione Azione 14.3 – Assistenza ospedaliera per acuti

Le ecomomie risultanti dall'azione sono valorizzate nell'Azione 2.2. (28,4 milioni di Euro nel 2011 e 85,3 milioni di Euro nel 2012).

Valorizzazione Azione 14.4 – Riabilitazione e Lungodegenza

L'effetto economico dell'azione è valorizzato nell'ambito dell'Azione 2.2 (con riferimento ai tetti agli erogatori privati) e dell'Azione 3.1 (con riferimento alla riattribuzione di attività territoriali alle strutture cui è ridotto e parzialmente riconvertito il budget).

Programma 7 – Centrale Acquisti

	2011	2012
Centrale Acquisti	**72,0**	**142,0**
Razionalizzazione Acquisti Beni e Servizi	72,0	142,0
Gare centralizzate	*57,0*	*97,0*
Collaborazione con Consip	*5,0*	*5,0*
Razionalizzazione dei consumi e analisi della spesa	*10,0*	*40,0*
Ottimizzazione del modello logistico	-	-
Orientamento delle richieste delle Aziende Sanitarie per effetto del decreto 42/2010	-	-

Tabella 52 – Sintesi manovre Programma 7

Intervento 16 – Razionalizzazione Acquisti Beni e Servizi

La Regione Lazio, nell'ottica di razionalizzare la spesa per beni e servizi, ha istituito nel 2008 la Centrale Acquisti Regionale, sotto forma di Area all'interno della Direzione Ragioneria, Bilancio, Finanza e Tributi.

Il progetto di razionalizzazione della spesa per beni e servizi è stato concepito per rispondere ad una serie di criticità: elevata sperequazione dei prezzi fra un'Azienda Sanitaria e l'altra, elevati costi di gestione delle gare, eccessivo ricorso a proroghe e rinnovi dei contratti, mancato controllo dei consumi.

La Centrale Acquisti, è entrata nell'ultimo anno in una fase di piena operatività, portando la Regione Lazio al pari delle Regioni più virtuose nell'adozione di processi e strumenti innovativi per l'ottimizzazione dei processi di acquisto e il contenimento della relativa spesa.

L'operatività della Centrale Acquisti si basa su un modello a rete che prevede un processo di interazione continua tra gli attori del Sistema Sanitario Regionale, in particolare sulla rilevazione e condivisione dei loro fabbisogni, sulla diffusione delle buone pratiche di acquisto e sulla regolarità e trasparenza nei pagamenti. La Centrale Acquisti si è posta in questo modo al centro di un sistema di comunicazione e trasmissione di flussi informativi costanti - anche attraverso l'accordo con Consip S.p.A - tra Regione-Aziende Sanitarie e tra Azienda-Azienda, innescando un valido processo di implementazione bottom up delle pratiche di acquisto nel campo sanitario.

Azione 16.1 – Gare centralizzate

I primi mesi di attività della Centrale Acquisti hanno confermato l'efficacia delle gare centralizzate. Fino a dicembre 2010 sono stati ottenuti i seguenti risultati:

- sono state bandite 12 gare centralizzate (Vaccini, Farmaci 1, Emoderivati, Antisettici e disinfettanti, Tesoreria, Ossigeno domiciliare, Medicazioni, Vigilanza, Farmaci 2, Aghi e siringhe, Fili di sutura, Pulizie);
- la spesa affrontata per le gare bandite è stata di circa 450 M€ (circa il 19% della spesa aggredibile 2009 pari a 2.368 M€);

- il valore del risparmio relativo al 2011 per le gare bandite fino al 2010 è pari a 50 M€;
- sono stati firmati i contratti relativi a 7 gare (Vaccini, Farmaci 1, Emoderivati, Tesoreria, Antisettici e disinfettanti, Ossigeno domiciliare 1, Farmaci 2);
- il valore complessivo del risparmio generato nel 2010 dai contratti firmati è stato pari a 15M€.

Nel 2011 la Centrale Acquisti ha come obiettivo quello di incrementare il numero delle gare centralizzate:

- saranno aggredite 18 categorie nuove;
- la spesa affrontata arriverà a circa 800M€;
- il risparmio 2011 vs. 2010 per tutte le iniziative avviate è stimabile in circa 57M€.

Nel 2012 la Centrale Acquisti implementerà ulteriori iniziative di centralizzazione:

- saranno aggredite 21 categorie nuove;
- la spesa affrontata arriverà a circa 870M€;
- il risparmio 2012 vs. 2010 per tutte le iniziative avviate è stimabile in circa 97M€.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Generazione risparmi attraverso l'aggregazione della domanda e l'espletamento di gare centralizzate
- Ampliamento delle categorie merceologiche oggetto di intervento e diversificazione della modalità di acquisto
- Maggiore coinvolgimento delle AA.SS. nel progetto: i professionisti che operano nelle aziende sanitarie costituiscono una famiglia professionale ed un importante centro di competenza per le attività della Centrale
- Definizione di standard di qualità elevati, mettendo a fattor comune le best practice delle AA.SS. per ogni categoria merceologica

INDICATORI DI RISULTATO

- Delta prezzi di aggiudicazione vs. prezzi storici per calcolo dei risparmi
- Numero gare centralizzate aggiudicate

Azione 16.2 – Collaborazione con Consip

La collaborazione con Consip si sviluppa lungo le seguenti direttrici:

- Valorizzazione del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA): La collaborazione tra Consip e Regione Lazio ha per obiettivo l'espansione dell'utilizzo dello strumento MEPA presso le aziende sanitarie mediante attività di formazione ed estensione dell'obbligo di utilizzo.
- Benchmarking: Consip metterà a disposizione le risultanze di esperienze analoghe in altre regioni nonché l'esperienza nei processi di acquisto della PA. Inoltre supporterà la Regione nell'identificazione di adeguati KPI per monitorare il processo di acquisto e l'esecuzione dei contratti
- Utilizzo della piattaforma tecnologica e di nuovi strumenti di acquisto: Consip fornirà alla Regione Lazio l'utilizzo della piattaforma tecnologica come supporto allo svolgimento delle procedure di gara sia in modalità di service provider sia mediante formazione di tecnici regionali. Sarà inoltre valutata congiuntamente la possibilità di utilizzo dei nuovi strumenti di acquisto applicati da Consip in altri contesti (es. accordi quadro, strumenti dinamici di acquisto, etc.)

- Collaborazione nella gestione di tematiche normative e legali connesse al progetto
- Aumento del livello di accreditamento dei fornitori della regione: Consip e la Regione Lazio collaboreranno al fine di consentire ad un numero crescente di aziende fornitrici del sistema sanitario regionale di essere accreditate presso il MEPA Consip

RISULTATI PROGRAMMATI

- Generazione risparmi attraverso la valorizzazione del MEPA
- Utilizzo piattaforma tecnologica e strumenti d'acquisto innovativi

INDICATORI DI RISULTATO

- Valore transazioni effettuate su MEPA e convenzioni Consip
- Numero gare effettuate con strumenti innovativi

Azione 16.3 – Razionalizzazione dei consumi e analisi della spesa

La Centrale Acquisti sta alimentando un DB contenente tutti i fabbisogni delle AA.SS. con la valutazione economica delle esigenze suddiviso per classe merceologica.

Questo DB, se da un lato permette di individuare le categorie merceologiche più opportune da affrontare con un iniziativa centralizzata, dall'altro può mettere in evidenza anomalie nei consumi che devono essere approfondite con una rilevazione dei fabbisogni più puntuale.

Questo approfondimento sarà condotto nelle diverse Aziende Sanitarie con il coinvolgimento degli esperti presenti nelle stesse Aziende sulle diverse categorie merceologiche: clinici (es. cardiologi per defibrillatori e pacemaker o dirigenti di laboratorio per materiali di consumo di laboratorio), UO ingegneria clinica (per le tecnologie sanitarie), UO sistemi informativi (per le tecnologie informatiche), Direzione di Presidio Ospedaliero (per servizi sanitari, quali lavanolo, rifiuti ospedalieri, etc).

La valutazione della congruità dei consumi rilevati nelle diverse Aziende sarà condotta prendendo come riferimento sia driver generali relativi all'Azienda nel suo complesso sia driver specifici legati alle diverse categorie merceologiche:

- driver generali di struttura: posti letto, numero di dimessi, bacino d'utenza per AA. SS., etc;
- driver specifici per categoria merceologica: ad esempio i metri quadri per le pulizie, i metri cubi per il consumo di gas, il numero di dipendenti amministrativi per la spesa di cancelleria, ecc.

Mettendo in relazione i consumi di ogni Azienda Sanitaria con i driver individuati, sarà possibile identificare eventuali anomalie. Possiamo distinguere due livelli di anomalie:

- Anomalie sulla spesa – anomalie evidenziate confrontando la spesa per merceologia/prodotto delle singole aziende sanitarie con altre aziende sanitarie del Lazio o altre strutture nazionali e pesandole opportunamente in base ai driver selezionati.
- Anomalie sui consumi in quantità – anomalie evidenziate approfondendo i consumi in termini di quantità per prodotto e svolgendo analisi di benchmarking.

Questo secondo tipo di analisi ha un grado di complessità superiore dovuto a problemi di identificazione univoca dei beni e servizi e raccolta delle informazioni di dettaglio.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Razionalizzazione dei fabbisogni delle aziende sanitarie
- Riduzione degli sprechi

INDICATORI DI RISULTATO

- Riduzione dei consumi rispetto all'anno precedente a parità di volumi di produzione

Azione 16.4 – Ottimizzazione del modello logistico

La definizione di un modello logistico centralizzato si inserisce in un percorso di razionalizzazione della spesa sanitaria in quanto permette di:

- ridurre i costi sostenuti per la gestione dei farmaci, dei dispositivi medici e dei materiali di consumo utilizzati attraverso l'ottimizzazione dei beni mobili e immobili necessari;
- garantire la visibilità ed il controllo a livello centrale dei processi di acquisizione, stoccaggio e distribuzione di beni sanitari, economali e farmaceutici, impedendo furti e distrazioni di materiale;
- rendere possibile un processo di pianificazione degli acquisti basato sulla rilevazione dei fabbisogni;
- garantire la possibilità di mettere in atto, in tempo pressoché reale, tutte le azioni che possono correggere dinamiche di spesa non congruenti con gli obiettivi predeterminati;
- ottimizzare la gestione degli acquisti e della logistica, accentrando ove possibile tutte le funzioni legate all'acquisizione, controllo e distribuzione..

La definizione del modello regionale logistico prevederà:

- L'individuazione delle linee guida anche attraverso un'analisi di benchmarking sui processi di approvvigionamento e logistica tra le realtà italiane più avanzate, al fine di identificare best practices organizzative e tecnologiche, per supportare la scelta del modello da adottare.
- L'analisi costi-benefici della soluzione individuata con l'obiettivo di quantificare e valutare, in modo adeguato, tutti gli effetti monetari delle innovazioni tecnico-funzionali connesse all'implementazione del modello di centralizzazione
- La definizione delle specifiche per il modello futuro in termini di modello organizzativo, specifiche del sistema informativo, dimensionamento dei flussi logistici, etc.
- Il piano di implementazione del nuovo modello: con il dettaglio in termini di attività e tempi per l'attuazione del modello anche in riferimento alla eventuale necessità di effettuare procedure di gara per la selezione di operatori logistici.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Razionalizzazione dei costi logistici

INDICATORI DI RISULTATO

- % di diminuzione costi logistici da CE vs. anno precedente

Azione 16.5 – Orientamento delle richieste delle Aziende Sanitarie per effetto del decreto 42/2010

Il decreto del commissario ad acta n.U0042 del 2010 stabilisce che entro due mesi dalla data presunta di pubblicazione di un bando di gara per l'acquisto di beni o servizi, le Aziende Sanitarie debbano richiedere espressa autorizzazione alla Centrale Acquisti per

consentire le necessarie verifiche di congruità con la Pianificazione degli acquisti centralizzati.

Il decreto ha permesso alla Centrale Acquisti di:

- definire il nuovo piano delle iniziative centralizzate
- indirizzare le richieste in modo da garantire dei risparmi anche sulle categorie merceologiche che non saranno affrontate centralmente o che saranno affrontate in un secondo momento

RISULTATI PROGRAMMATI

- Monitoraggio delle richieste di acquisto
- Generazione risparmi anche sulle categorie merceologiche non centralizzate

INDICATORI DI RISULTATO

- Tempo medio di risposta (gg)
- Delta prezzi di aggiudicazione vs. prezzi storici per calcolo dei risparmi

Valorizzazione programma operativo – Centrale acquisti

I risparmi presentati in tabella e dettagliati nei paragrafi successivi, rappresentano un contributo alla manovra su beni e servizi e potranno essere integrati con ulteriori azioni di razionalizzazione che non sono di competenza della Centrale Acquisti.

Linea di intervento		Risparmio 2011 (M€)	Risparmio 2012 (M€)
	Gare centralizzate:		
	Contratti firmati fino al 2010	50	52
1	Contratti firmati nel 2011	7	42
	Contratti firmati nel 2012	-	3
	Sub-Totale Gare centralizzate	*57*	*97*
2	Collaborazione con Consip	5	5
3/4	Razionalizzazione fabbisogni, analisi della spesa, logistica	10	40
5	Indirizzamento delle richieste delle AA.SS. per effetto del decreto 42/2010	0	0
Totale		**72**	**142**

Tabella 53 – Risparmi annuali della Centrale Acquisti per azione programmata

Si evidenzia che la Centrale Acquisti opera su delega delle AA.SS. pertanto i risparmi relativi alle merceologie affrontate nelle gare centralizzate sono calcolati sulla base delle quantità dichiarate dalle aziende sanitarie. Di conseguenza i valori presentati in tabella prescindono da:

- Variazioni di mix di prodotti/servizi
- Variazioni dei consumi
- Piano di riordino della rete ospedaliera

Valorizzazione Azione 16.1 – Gare centralizzate

Nell'ottica di fornire un maggiore dettaglio dell'attività svolta dalla CAR, si riporta di seguito l'elenco delle gare centralizzate con i risparmi 2011 e 2012.

Gare 2011	Gare 2012
1) Brokeraggio	1) Galenici / Infusionali / Nutriz. Artificiale
2) Ristorazione	2) Telefonia Fissa e Trasporto Dati
3) Lavanolo	3) Gas Medicali
4) Materiale di laboratorio (dispositivi di raccolta, vetrerie e materiale plastico)	4) Protesi Oculistiche
5) Sistema macchina reagente per laboratorio e altre tecnologie	5) Gas - Utenza
6) Assicurazioni	6) Ausili Cardiologia
7) Ausili incontinenti e neonati	7) Medicazioni avanzate e speciali e bendaggi
8) Rifiuti	8) TNT sterile e non Sterile
9) Pace maker e defibrillatori	9) Strumentario Chirurgico
10) Materiali emodinamica	10) Sacche e filtri sangue e urina
11) Radiofarmaci	11) Sacche e contenitori nutrizione
12) Ausili Disabili	12) Ortesi ospedaliere
13) Dispositivi Radiologia Interventistica	13) Riviste
14) Protesi Vascolari	14) Pubblicazioni
15) Dispositivi Chirurgia e Suturatrici	15) Materiale Tagliente Monouso
16) Facchinaggio	16) Materiale Sterilizzazione
17) Mezzi Di Contrasto	17) Sonde, Cateteri e Tubi
18) Strisce Reattive e sistemi di infusione	18) Telefonia Mobile
	19) Azoto Liquido
	20) Dispositivi Stomia ospedalieri
	21) Materiale per Indagini Istologiche

Tabella 54 – Gare centralizzate per gli anni 2011 – 2012

I risparmi sono calcolati per ogni gara moltiplicando il consumo prospettico dichiarato dalle aziende sanitarie per la differenza tra i prezzi di aggiudicazione e i prezzi storici.

Valorizzazione Azione 16.2 – Collaborazione con Consip

In attesa che venga firmato il nuovo protocollo di intesa con la definizione più puntuale delle aree di collaborazione relativamente agli strumenti Consip (MEP e Convenzioni), la Regione continuerà a promuovere l'utilizzo di tali strumenti presso le aziende sanitarie.

Per il 2011 è possibile ipotizzare:

- 1 M€ di risparmio per il transato MEPA. Questa stima è stata ottenuta moltiplicando il risparmio medio sul MEPA (5%) con il volume del transato medio annuale (pari a 20M€)
- 4 M€ di risparmio per l'utilizzo delle convenzioni. Questa stima è stata ottenuta moltiplicando il risparmio medio rilevato dalla Corte dei Conti sulle convezioni Consip (22%) per il volume del transato previsto a fine anno (circa 18 M€)

Nel 2012 è possibile prevedere un ulteriore incremento del risparmio dovuto sia ad un effetto "trascinamento" delle convenzioni Consip dal 2011 sia per effetto di adesioni a

nuove convenzioni. Prudenzialmente è stato lasciato il risparmio previsto per il 2012 in linea con quello presentato l'anno precedente (5M€).

Valorizzazione Azione 16.3 – Orientamento delle richieste delle Aziende Sanitarie per effetto del decreto 42/2010

Per quanto riguarda le richieste di beni non tecnologici e servizi la Centrale Acquisti ha indirizzato le AA.SS. sulle modalità di acquisizione più opportuna in modo da massimizzare i risparmi e garantire al contempo la continuità del servizio:

- Autorizzazione a procedere: Per le categorie merceologiche che non saranno affrontate entro i prossimi 12-18 mesi con gara centralizzate, le Aziende Sanitarie possono procedere autonomamente, purché conseguano un risparmio di almeno il 10% rispetto alla spesa precedentemente sostenuta
- Nessuna Autorizzazione: nessuna autorizzazione è stata fornita alle AA.SS. per merceologie che saranno oggetto di centralizzazione nei prossimi mesi. I risparmi attesi dalle gare centralizzate sono quelli definiti all'interno del piano gare 2010-2012.
- Richiesta di ricorso a Convenzione Consip: quando per la categoria merceologica in esame esiste una Convenzione Consip attiva, è stato chiesto all'azienda sanitaria di far ricorso a tale strumento. Il risparmio atteso medio per il ricorso alla convenzione è del 22%
- Richiesta di ricorso a MEPA Consip: quando l'importo della spesa e la categoria merceologica permettono di rivolgersi al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione in Consip, è stata ribadita l'obbligatorietà di questo strumento. Il risparmio atteso medio per il ricorso al MEPA è del 5%

Dal mese di Giugno 2010 ad oggi sono pervenute circa 1.600 richieste di acquisto, per un valore superiore a 500 M€. Calcolando un risparmio medio del 5% rispetto all'importo dichiarato nella richiesta è possibile stimare un valore complessivo di 26 M€ nel 2011 e di 10M€ nel 2012.

Questi risparmi pur essendo effettivi, sono laboriosi da verificare (necessitano di una verifica puntuale ex-post sui singoli procedimenti gestiti in autonomia dalle AA.SS.) Pertanto è stato deciso di non includerli all'interno del contributo alla manovra su beni e servizi della Centrale acquisti.

Valorizzazione Azione 16.4 – Razionalizzazione dei consumi e analisi della spesa

Per queste linee di intervento il piano di dettaglio sarà redatto con il supporto della società di servizi di consulenza che sarà selezionata ad inizio del 2011. Al momento è stato stimato un risparmio di 10M€ nel 2011 e 40M€ nel 2012.

Il risparmio a regime (2012) è stato ipotizzato a partire dall'analisi della spesa aggredibile, considerando:

- i benefici che potranno derivare dall'implementazione di un tool per la spending analysis
- il livello di tracciabilità attuale dei fabbisogni per le macro-categorie merceologiche

Le opportunità di miglioramento si hanno in corrispondenza di categorie che presentano

- alti benefici potenziali derivanti da analisi dei fabbisogni tramite uno strumento di spending analysis
- livello di tracciabilità attuale medio o basso

Acquisti AA.SS.Regione Lazio	Consolidato 2009	Beneficio derivante dall'analisi dei fabbisogni tramite uno strumento di analisi della spesa	Livello di tracciabilità attuale
Acquisti di beni sanitari	**(1.283.447.982)**		
Prodotti Farmaceutici e Galenici	(574.362.524)	Alto	Alto
Emoderivati e Prodotti Dietetici	(62.814.683)	Alto	Alto
Materiali per la Profilassi	(32.223.992)	Alto	Alto
Materiali Diagnostici e Prodotti Chimici	(131.511.925)	Alto	Basso
Materiale Radiografico, Lastre Rx, Mezzi Di Contrasto Rx, Carta Ecg,Eeg	(21.877.210)	Alto	Medio
Presidi Chirurgici e Materiale Sanitario	(204.229.135)	Alto	Basso
Materiali Protesici	(129.390.257)	Alto	Basso
Materiali per Emodialisi	(21.388.050)	Alto	Basso
Prodotti Farmaceutici ad uso Veterinario	(313.357)	Alto	Medio
Materiali Chirurgici, Sanitari e Diagnostici ad uso Veterinario	(226.432)	Alto	Basso
Altri Beni e Prodotti Sanitari	(807.351)	Alto	Medio
Beni e Prodotti Sanitari da Asl/Ao, Irccs e Policlinici della Regione	(104.303.066)	Alto	Medio
Acquisti di beni non sanitari	**(24.484.794)**	Alto	Alto
Acquisti di servizi non sanitari	**(893.351.568)**		
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	(131.686.863)	Basso	Basso
Servizi non sanitari	(761.664.705)	Basso	Basso
Manutenzione e riparazione (ordinaria e esternalizzata)	**(108.885.365)**	Basso	Basso
Godimento di beni di terzi (noleggio e leasing)	**(57.405.850)**	Basso	Basso
Totale	**(2.367.575.558)**		

Tabella 55 –Opportunità di miglioramento spending analysis per categoria merceologica

Dei 2,4 mld € di spesa complessiva, il 25% circa (600 M€) è costituito da categorie merceologiche con opportunità di miglioramento significative che derivano dall'implementazione dello strumento.

Su questi 600M€, è stato ipotizzato nel 2012 un risparmio del circa 7% dovuto alla razionalizzazione dei fabbisogni (ca 40 M€).

Il 2011 sarà invece l'anno di partenza dell'iniziativa e si è quindi ipotizzato un risparmio di 10 M€.

Programma 8 – Definizione rapporti con le Università

	2011	2012
Definizione rapporti con le università	-	-
Rinnovo protocolli d'intesa con le Università	-	-
Rinnovo protocolli d'intesa con le Università	-	-

Tabella 56 – Sintesi manovre Programma 8

Intervento 17 – Rinnovo Protocolli d'intesa con le Università

Azione 17.1 – Rinnovo Protocolli d'intesa con le Università

Al rinnovo dei protocolli sono interessate le Università La Sapienza, relativamente alle attività dei Policlinici Umberto I e S. Andrea, Cattolica del S. Cuore relativamente alle attività del Policlinico Gemelli e Tor Vergata, relativamente alle attività dell'omonimo Policlinico.

Il Campus Biomedico, invece, ha un protocollo in corso di validità non ancora scaduto per il quale, nel corso del 2011 sarà opportuno avviare il confronto per il rinnovo.

Tanto premesso, si riporta una breve analisi della situazione e dell'obiettivo programmato.

A) PROTOCOLLO UNIVERSITÀ LA SAPIENZA.

Nel corso del 2009 era stato elaborato un protocollo parzialmente condiviso che era stato rimesso al Ministero della Salute per le iniziative di competenza ai fini della definizione delle clausole conflittuali .

Nel mese di settembre è stato ripreso il confronto ed è stata condivisa una ipotesi di protocollo, sostitutivo di quello precedente, che è stato rimesso alla preventiva valutazione degli organismi di verifica.

Nel corso della seduta del 26 ottobre, come da verbale, Tavolo e Comitato hanno espresso avviso che il suddetto protocollo necessita di modifiche ed integrazioni. Il Commissario ad acta ha assunto impegno in tal senso.

Al fine di procedere alla rivisitazione del protocollo è necessario, però, che pervengano puntuali osservazioni alla bozza già trasmessa.

B) PROTOCOLLO UNIVERSITÀ TOR VERGATA.

Analoga situazione sussiste per ciò che riguarda il Policlinico Tor Vergata per il quale è stato richiesto l'adeguamento alla disciplina di cui al DLgs 517/99.

A tal fine si è già proceduto al confronto con i rappresentanti dell'Università con i quali è stato condiviso un percorso con stesura di ipotesi di protocollo trasmesso al comitato di verifica. Una volta espresso il relativo parere si procederà alla definizione

c) PROTOCOLLO UNIVERSITÀ CATTOLICA.

Analogamente alle altre due Università sono state anticipate osservazioni in ordine ai contenuti dello schema di protocollo siglato tra Regione ed Università nel senso di espungere contenuti non riguardanti specificamente l'attività di assistenza sanitaria e didattica.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Condivisione, predisposizione ed invio delle ipotesi di protocollo modificative di quelli trasmessi in precedenza:
    - entro 30 giorni dalla ricezione delle osservazioni ministeriali per quanto riguarda il protocollo con l'Università La Sapienza;
    - entro il 31 gennaio 2010 per quanto riguarda il protocollo con l'Università Cattolica.
- Formalizzazione del protocollo ed avvio delle procedure attuative per quanto riguarda il protocollo con l'Università Tor Vergata entro 20 giorni dal ricevimento all'assenso da parte dei Ministeri affiancanti in ordine al nuovo schema già trasmesso.

INDICATORI DI RISULTATO

- Formalizzazione dei tre protocolli di intesa.

Programma 9 – Manovre da bilancio regionale

	2011	2012
Manovre da bilancio regionale	**24,7**	**24,7**
Manovre da Bilancio Regionale	24,7	24,7
Stanziamento contributo per trasporti riabilitazione extraospedaliera (cap H41584)	22,7	22,7
Riduzione contributi agenzie regionali	*2,0*	*2,0*

Tabella 57 – Sintesi manovre Programma 9

Intervento 18 – Manovre da bilancio regionale

Azione 18.1 – Stanziamento contributo per trasporti riabilitazione extraospedaliera (cap H41584)

La Regione si impegna, come già avvenuto nel 2009 e nel 2010 con DCA 68/2010, e DCA 70/2010 allo stanziamento per Soggiorni Estivi e trasporti relativi alla assistenza Riabilitativa ex art 26 a carico del Dipartimento Sociale capitolo H41584 per 22,7 mln/euro. Tale importo sarà incorporato negli ulteriori trasferimenti pubblici.

Azione 18.2 – Riduzione contributi agenzie regionali

Nella legge finanziaria regionale 2011, la Regione ha già previsto una riduzione di 2 milioni di euro per il contributo alla Agenzie Regionali di Sanità pubblica per gli anni 2011 e 2012.

ALLEGATI

Allegato 1 – Riconversione delle strutture ospedaliere

IPOTESI

La valorizzazione del modello è stata effettuata sulla base di alcune ipotesi, in particolare si segnalano le seguenti:

- I costi cessanti al netto del personale sono stati valorizzati tenendo conto del mese in cui è prevista la riconversione;
- Per le RSA e le residenze protette per disabili è stata considerata la dovuta compartecipazione al costo da parte dell'assistito nella misura pari al 50%;
- La distribuzione di PL di RSA ed Hospice è stata effettuata dalla struttura commissariale considerando le indicazioni di massima contenute nel documento di Ridefinizione dei posti letto per acuti e per la post acuzie (All. C al DCA 80 del 30/09/2010), tenendo conto del fabbisogno regionale di strutture territoriali, degli obiettivi economici e delle previsioni di cui all'All. E del DCA 80 del 30/09/2010 circa le riconversioni di posti ospedalieri;
- I risultati delle stime effettuate sono strettamente dipendenti dalla configurazione della rete di offerta e delle sue caratteristiche, prevista dal DCA 80 del 30/09/2010;
- I requisiti di accreditamento delle RSA.

PERSONALE: LE CARATTERISTICHE ECONOMICO - ORGANIZZATIVE DEI MODELLI ASSISTENZIALI

Si riportano le caratteristiche economico-organizzative dei Modelli assistenziali previste nell'allegato A "Modello assistenziale per le strutture pubbliche per acuti da riconvertire: l'Ospedale Distrettuale" del DCA 80 del 30/09/2010. Tale valorizzazione è basata su un approccio modulare in termini di personale necessario per singola funzione, affinché si possa evidenziare il costo legato all'aggiunta di ogni singola funzione. Tali modelli permettono di stimare il personale necessario sulla base delle funzioni previste in termini di teste equivalenti.

	Costo medio	Punto Unico di Accesso	Specialistica Ambulatoriale	Infermieristica di Comunità	Diagnostica di base	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE	Valore
SANITARIO			3,50	3,50	3,00	4,50	14,5	856.224
FARMACISTA	87.936						-	-
MEDICO	109.587		2,50		1,00		3,5	383.555
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827		1,00			1,00	2,0	77.654
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381			3,50		3,50	7,0	303.668
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674				2,00		2,0	91.347
PSICOLOGO	88.225						-	-
PROFESSIONALE		-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695						-	-
TECNICO		-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE SOCIALE	40.793						-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698						-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107						-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865						-	-
AMMINISTRATIVO		7,00	-	-	-	-	7,0	266.719
AMMINISTRATIVO	38.103	7,00					7,0	266.719
Totale complessivo		7,00	3,50	3,50	3,00	4,50	21,50	**1.122.943**

Tabella 58 - Funzioni core dell'ospedale distrettuale

	Costo medio	TOTALE CORE	Distribuzione Farmaci e presidi	Arricchimento offerta AMB	TOTALE I LIVELLO	Valore
SANITARIO		14,50	0,50	2,00	17,00	1.119.366
FARMACISTA	87.936	-	0,50		0,50	43.968
MEDICO	109.587	3,50		2,00	5,50	602.729
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	2,00			2,00	77.654
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	7,00			7,00	303.668
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	2,00			2,00	91.347
PSICOLOGO	88.225	-			-	-
PROFESSIONALE		-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-			-	-
TECNICO		-	-	-	-	-
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	-			-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-			-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-			-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	-			-	-
AMMINISTRATIVO		7,00	-	-	7,00	266.719
AMMINISTRATIVO	38.103	7,00			7,00	266.719
Totale complessivo		21,50	0,50	2,00	24,00	**1.386.085**

Tabella 59 - Funzioni dell'ospedale distrettuale di I livello

	Costo medio	TOTALE CORE	TOTALE I LIVELLO	PPI Continuità Assistenziale	TOTALE II LIVELLO (A)	Valore
SANITARIO		14,50	17,00	-	17,00	1.119.366
FARMACISTA	87.936	-	0,50		0,50	43.968
MEDICO	109.587	3,50	5,50		5,50	602.729
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	2,00	2,00		2,00	77.654
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	7,00	7,00		7,00	303.668
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	2,00	2,00		2,00	91.347
PSICOLOGO	88.225	-	-		-	-
PROFESSIONALE		-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-		-	-
TECNICO		-	-	-	-	-
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	-	-		-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-		-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-		-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	-	-		-	-
AMMINISTRATIVO		7,00	7,00	-	7,00	266.719
AMMINISTRATIVO	38.103	7,00	7,00		7,00	266.719
Totale complessivo		21,50	24,00	-	24,00	**1.386.085**

Tabella 60 - Funzioni dell'ospedale distrettuale di II livello tipo A

	Costo medio	TOTALE CORE	TOTALE I LIVELLO	PPI gestito da Medici Osp	TOTALE II LIVELLO B	Valore
SANITARIO		14,50	17,00	10,00	27,00	1.884.207
FARMACISTA	87.936	-	0,50		0,50	43.968
MEDICO	109.587	3,50	5,50	5,0	10,50	1.150.664
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	2,00	2,00		2,00	77.654
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	7,00	7,00	5,0	12,00	520.573
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	2,00	2,00		2,00	91.347
PSICOLOGO	88.225	-	-		-	-
PROFESSIONALE		-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-		-	-
TECNICO		-	-	-	-	-
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	-	-		-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-		-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-		-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	-	-		-	-
AMMINISTRATIVO		7,00	7,00	-	7,00	266.719
AMMINISTRATIVO	38.103	7,00	7,00		7,00	266.719
Totale complessivo		21,50	24,00	10,00	34,00	**2.150.926**

Tabella 61 - Funzioni dell'ospedale distrettuale di II livello tipo B

	Costo medio	TOTALE CORE	TOTALE I LIVELLO	PPI presso da Medici Osp	Posti CBI	10 PL Medicina Generale	TOTALE II LIVELLO C	Valore
SANITARIO		14,50	17,00	10,00	7,00	11,00	45,00	2.929.891
FARMACISTA	87.936	-	0,50	-			0,50	43.968
MEDICO	109.587	3,50	5,50	5,00		4,00	14,50	1.589.012
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	2,00	2,00	-			2,00	77.654
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	7,00	7,00	5,00	7,00	7,00	26,00	1.127.909
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	2,00	2,00	-			2,00	91.347
PSICOLOGO	88.225	-	-	-			-	-
PROFESSIONALE		-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-	-			-	-
TECNICO		-	-	-	-	-	-	-
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	-	-	-	-		-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-	-	-		-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-	-	-		-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	-	-	-	-		-	-
AMMINISTRATIVO		7,00	7,00	-	1,00	1,00	9,00	342.924
AMMINISTRATIVO	38.103	7,00	7,00		1,00	1,00	9,00	342.924
Totale complessivo		21,50	24,00	10,00	8,00	12,00	54,00	**3.272.815**

Tabella 62 - Funzioni dell'ospedale distrettuale di II livello tipo C

	Costo medio	UDI 15 pl	TOTALE	Valore
SANITARIO		6,00	6,0	260.287
FARMACISTA	87.936	-	-	-
MEDICO	109.587	-	-	-
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	-	-	-
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	6,00	6,0	260.287
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	-	-	-
PSICOLOGO	88.225	-	-	-
PROFESSIONALE		-	-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-	-
TECNICO		7,00	7,0	251.057
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	-	-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	7,00	7,0	251.057
AMMINISTRATIVO		-	-	-
AMMINISTRATIVO	38.103	-	-	-
Totale complessivo		13,00	13,00	**511.343**

Tabella 63 - Funzioni dell'Unità di Degenza Infermieristica - 15 pl

	Costo medio	TOTALE	Valore
SANITARIO		8,5	452.814
FARMACISTA	87.936	-	-
MEDICO	109.587	1,0	109.587
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	1,0	38.827
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	6,0	260.287
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	-	-
PSICOLOGO	88.225	0,5	44.113
PROFESSIONALE		-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-
TECNICO		13,0	471.176
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	1,0	40.793
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	12,0	430.383
AMMINISTRATIVO		7,0	266.719
AMMINISTRATIVO	38.103	7,0	266.719
Totale complessivo		28,50	**1.190.708**

Tabella 64 - Residenza protetta - 40 PL

	Costo medio	TOTALE	Valore
SANITARIO		18,5	888.410
FARMACISTA	87.936	0,5	43.968
MEDICO	109.587	1,0	109.587
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	5,5	213.550
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	11,0	477.192
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	-	-
PSICOLOGO	88.225	0,5	44.113
PROFESSIONALE		-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-
TECNICO		19,5	706.763
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	1,5	61.189
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	18,0	645.574
AMMINISTRATIVO		5,0	190.514
AMMINISTRATIVO	38.103	5,0	190.514
Totale complessivo		43,00	**1.785.687**

Nota: gli standard di accreditamento delle RSA sono da verificare in funzione dell'esito del processo, attualmente in corso, di ridefinizione degli stessi

Tabella 65 - RSA - 60 PL

	Costo medio	TOTALE	Valore
SANITARIO		27,0	1.695.167
FARMACISTA	87.936	-	-
MEDICO	109.587	7,0	767.109
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	1,5	58.241
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	17,0	737.479
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	-	-
PSICOLOGO	88.225	1,5	132.338
PROFESSIONALE		1,5	49.042
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	1,5	49.042
TECNICO		7,5	276.381
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	1,5	61.189
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	6,0	215.191
AMMINISTRATIVO		2,0	76.205
AMMINISTRATIVO	38.103	2,0	76.205
Totale complessivo		38,00	**2.096.795**

Tabella 66 - Hospice - 18 PL

	Costo medio	TOTALE	Valore
SANITARIO		24,5	1.398.498
FARMACISTA	87.936	1,0	87.936
MEDICO	109.587	4,0	438.348
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	38.827	9,0	349.445
PERSONALE INFERMIERISTICO	43.381	9,0	390.430
PERSONALE TECNICO SANITARIO	45.674	-	-
PSICOLOGO	88.225	1,5	132.338
PROFESSIONALE		-	-
ASSISTENTE RELIGIOSO	32.695	-	-
TECNICO		8,0	286.922
ASSISTENTE SOCIALE	40.793	-	-
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	29.698	-	-
COLLABORATORE TECNICO-PROFESSIONALE	45.107	-	-
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	35.865	8,0	286.922
AMMINISTRATIVO		7,0	266.719
AMMINISTRATIVO	38.103	7,0	266.719
Totale complessivo		39,50	**1.952.139**

Tabella 67 - Riabilitazione 40 PL

I COSTI CESSANTI PER SINGOLA STRUTTURA RICONVERTITA

La stima dei costi variabili futuri (al netto del personale) delle strutture oggetto di riconversione è stata calcolata definendo un set di costi standard da associare ad opportuni driver: giornate di degenza, metri quadri, numero di accessi, giornate lavorate, personale e personale per giornate lavorate.

I costi fissi, non subiscono variazioni a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata, si ipotizza di mantenere i costi di manutenzione abbattuti del 70% del valore storico e degli ammortamenti abbattuti del 100%.

Di seguito si riportano, per ciascuna struttura, i conti economici ante riconversione (Valori OLD) come da modello CP dell'ultimo anno disponibile e la stima del conto economico post riconversione (Valori NEW). È da precisare che il potenziale risparmio e gli eventuali maggiori ricavi da quota sociale sono da intendersi su base annua.

Si segnala che per gli stabilimenti ospedalieri(Ospedale di Sezze, Ospedale di Gaeta, Ospedale di Minturno) per i quali non è previsto l'invio dei Conti di Presidio e l'Ospedale San Giovanni Battista di Zagarolo, il cui CP risulta incompleto, non sono stati predisposti i prospetti sintetici.

Nature		Valori OLD			Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	-	**10.060**	**100%**	-	**3.706**	**100%**	**6.354**	**-63%**
11-personale	-	7.212	72%	-	3.273	88%	3.939	-55%
13-altri beni e servizi	-	2.599	26%	-	393	11%	2.206	-85%
B.1) ACQUISTI DI BENI	-	**909**	**9%**	-	**61**	**2%**	**848**	**-93%**
13-01-altri beni sanitari	-	868	9%	-	56	2%	812	-94%
13-02-beni non sanitari	-	41	0%	-	5	0%	36	-88%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	-	**1.233**	**12%**	-	**228**	**6%**	**1.005**	**-82%**
13-03-01-servizi appalti	-	873	9%	-	189	5%	684	-78%
13-03-02-servizi utenze	-	69	1%	-	38	1%	31	-45%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	291	3%		-	0%	291	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari		-	0%		-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari		-	0%		-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	-	**149**	**1%**	-	**104**	**3%**	**45**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	-	**272**	**3%**		**-**	**0%**	**272**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-	**36**	**0%**		**-**	**0%**	**36**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	-	202	2%	-	40	1%	162	-80%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*		-	0%		-	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	47	0%		-	0%	47	-100%
Ricavi da quota sociale		-	0%		-		-	

Tabella 68 – Ospedale di Acquapendente

Nature		Valori OLD			Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	-	**7.003**	**100%**	-	**4.010**	**100%**	**2.993**	**-43%**
11-personale	-	5.093	73%	-	3.149	79%	1.944	-38%
13-altri beni e servizi	-	1.728	25%	-	818	20%	910	-53%
B.1) ACQUISTI DI BENI	-	**590**	**8%**	-	**111**	**3%**	**479**	**-81%**
13-01-altri beni sanitari	-	562	8%	-	84	2%	478	-85%
13-02-beni non sanitari	-	28	0%	-	28	1%	0	-2%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	-	**859**	**12%**	-	**703**	**18%**	**156**	**-18%**
13-03-01-servizi appalti	-	610	9%	-	624	16%	- 14	2%
13-03-02-servizi utenze	-	65	1%	-	79	2%	- 14	21%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	184	3%		-	0%	184	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari		-	0%		-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari		-	0%		-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	-	**6**	**0%**	-	**4**	**0%**	**2**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	-	**265**	**4%**		**-**	**0%**	**265**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-	**8**	**0%**		**-**	**0%**	**8**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	-	147	2%	-	43	1%	104	-71%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*		-	0%		-	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	35	0%		-	0%	35	-100%
Ricavi da quota sociale		-	0%		840		-	

Tabella 69 – Ospedale di Montefiascone

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**10.080**	**100%**	**3.398**	**100%**	**6.682**	**-66%**
11-personale	3.854	38%	2.638	78%	1.216	-32%
13-altri beni e servizi	3.696	37%	724	21%	2.972	-80%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**1.050**	**10%**	**98**	**3%**	**952**	**-91%**
13-01-altri beni sanitari	1.032	10%	78	2%	954	-92%
13-02-beni non sanitari	18	0%	20	1%	2	11%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**2.493**	**25%**	**556**	**16%**	**1.937**	**-78%**
13-03-01-servizi appalti	1.738	17%	485	14%	1.253	-72%
13-03-02-servizi utenze	93	1%	71	2%	22	-24%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	660	7%	-	0%	660	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	2	0%	-	0%	2	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**100**	**1%**	**70**	**2%**	**30**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**50**	**0%**	**-**	**0%**	**50**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**3**	**0%**	**-**	**0%**	**3**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	2.421	24%	37	1%	2.385	-98%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	0%	-	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	109	1%	-	0%	109	-100%
Ricavi da quota sociale	-	0%	840		-	

Tabella 70 – Ospedale di Ronciglione

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**13.654**	**100%**	**4.533**	**100%**	**9.121**	**-67%**
11-personale	8.553	63%	3.149	69%	5.404	-63%
13-altri beni e servizi	4.429	32%	937	21%	3.492	-79%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**1.269**	**9%**	**111**	**2%**	**1.158**	**-91%**
13-01-altri beni sanitari	1.269	9%	84	2%	1.185	-93%
13-02-beni non sanitari	-	0%	28	1%	28	
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**2.560**	**19%**	**703**	**16%**	**1.857**	**-73%**
13-03-01-servizi appalti	1.262	9%	624	14%	638	-51%
13-03-02-servizi utenze	878	6%	79	2%	799	-91%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	60	0%	-	0%	60	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	315	2%	-	0%	315	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	45	0%	-	0%	45	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**176**	**1%**	**123**	**3%**	**53**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**177**	**1%**	**-**	**0%**	**177**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**247**	**2%**	**-**	**0%**	**247**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	404	3%	43	1%	361	-89%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	404	3%	404	9%	-	
99-02-variazione rimanenze*	136	-1%	-	0%	136	-100%
Ricavi da quota sociale	-	0%	840		-	

Tabella 71 – Ospedale Marzio Marini di Magliano Sabina

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 6.108**	**100%**	**- 5.704**	**100%**	**404**	**-7%**
11-personale	- 3.036	50%	- 4.524	79%	- 1.488	49%
13-altri beni e servizi	- 2.588	42%	- 898	16%	1.690	-65%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**- 472**	**8%**	**- 110**	**2%**	**362**	**-77%**
13-01-altri beni sanitari	- 472	8%	- 85	1%	387	-82%
13-02-beni non sanitari	-	0%	- 25	0%	- 25	
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**- 1.766**	**29%**	**- 695**	**12%**	**1.071**	**-61%**
13-03-01-servizi appalti	- 401	7%	- 610	11%	- 209	52%
13-03-02-servizi utenze	- 303	5%	- 85	1%	218	-72%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	- 1.051	17%	-	0%	1.051	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	- 11	0%	-	0%	11	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**- 132**	**2%**	**- 92**	**2%**	**40**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**- 53**	**1%**	**-**	**0%**	**53**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**- 165**	**3%**	**-**	**0%**	**165**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 298	5%	- 47	1%	251	-84%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 235	4%	- 235	4%	-	
99-02-variazione rimanenze*	49	-1%	-	0%	- 49	-100%
Ricavi da quota sociale	-	0%	840		-	

Tabella 72 – Ospedale Francesco Grifoni di Amatrice

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 7.141**	**100%**	**- 3.476**	**100%**	**3.665**	**-51%**
11-personale	- 4.549	64%	- 2.515	72%	2.034	-45%
13-altri beni e servizi	- 2.312	32%	- 842	24%	1.470	-64%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**- 85**	**1%**	**- 127**	**4%**	**- 42**	**49%**
13-01-altri beni sanitari	- 71	1%	- 83	2%	- 12	17%
13-02-beni non sanitari	- 14	0%	- 44	1%	- 30	213%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**- 2.209**	**31%**	**- 702**	**20%**	**1.507**	**-68%**
13-03-01-servizi appalti	- 2.010	28%	- 631	18%	1.379	-69%
13-03-02-servizi utenze	- 199	3%	- 71	2%	128	-64%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**- 18**	**0%**	**- 13**	**0%**	**5**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 267	4%	- 106	3%	161	-60%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 13	0%	- 13	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	292		-	

Tabella 73 – Ospedale Villa Albani Anzio

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 17.513**	**100%**	**- 4.786**	**100%**	**12.727**	**-73%**
11-personale	- 16.093	92%	- 3.914	82%	12.179	-76%
13-altri beni e servizi	-	0%	- 829	17%	- 829	
B.1) ACQUISTI DI BENI	**-**	**0%**	**- 111**	**2%**	**- 111**	
13-01-altri beni sanitari	-	0%	- 84	2%	- 84	
13-02-beni non sanitari	-	0%	- 28	1%	- 28	
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**-**	**0%**	**- 718**	**15%**	**- 718**	
13-03-01-servizi appalti	-	0%	- 637	13%	- 637	
13-03-02-servizi utenze	-	0%	- 82	2%	- 82	
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 1.420	8%	- 43	1%	1.377	-97%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	0%	-	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	840		-	

Tabella 74 – Ospedale SS. Gonfalone di Monterotondo

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 15.045**	**100%**	**- 3.602**	**100%**	**11.443**	**-76%**
11-personale	- 14.102	94%	- 3.273	91%	10.829	-77%
13-altri beni e servizi	-	0%	- 289	8%	- 289	
B.1) ACQUISTI DI BENI	**-**	**0%**	**- 61**	**2%**	**- 61**	
13-01-altri beni sanitari	-	0%	- 56	2%	- 56	
13-02-beni non sanitari	-	0%	- 5	0%	- 5	
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**-**	**0%**	**- 228**	**6%**	**- 228**	
13-03-01-servizi appalti	-	0%	- 189	5%	- 189	
13-03-02-servizi utenze	-	0%	- 38	1%	- 38	
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 943	6%	- 40	1%	903	-96%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	0%	-	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 75 – Ospedale SS. Angelucci di Subiaco

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 8.737**	**100%**	**- 3.126**	**100%**	**5.611**	**-64%**
11-personale	- 6.132	70%	- 2.489	80%	3.643	-59%
13-altri beni e servizi	- 2.487	28%	- 508	16%	1.979	-80%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**- 382**	**4%**	**- 122**	**4%**	**260**	**-68%**
13-01-altri beni sanitari	- 360	4%	- 98	3%	262	-73%
13-02-beni non sanitari	- 22	0%	- 24	1%	- 2	11%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**- 2.105**	**24%**	**- 386**	**12%**	**1.719**	**-82%**
13-03-01-servizi appalti	- 1.915	22%	- 331	11%	1.584	-83%
13-03-02-servizi utenze	- 190	2%	- 55	2%	135	-71%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 92	1%	- 103	3%	- 11	12%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 26	0%	- 26	1%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 76 – Ospedale di Ariccia

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 30.032**	**100%**	**- 5.288**	**100%**	**24.744**	**-82%**
11-personale	- 21.948	73%	- 3.631	69%	18.317	-83%
13-altri beni e servizi	- 6.958	23%	- 1.422	27%	5.536	-80%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**- 1.486**	**5%**	**- 85**	**2%**	**1.401**	**-94%**
13-01-altri beni sanitari	- 1.410	5%	- 73	1%	1.337	-95%
13-02-beni non sanitari	- 76	0%	- 13	0%	63	-84%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**- 3.784**	**13%**	**- 383**	**7%**	**3.401**	**-90%**
13-03-01-servizi appalti	- 3.034	10%	- 335	6%	2.699	-89%
13-03-02-servizi utenze	- 324	1%	- 48	1%	276	-85%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	- 277	1%	-	0%	277	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	- 149	0%	-	0%	149	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**- 1.363**	**5%**	**- 954**	**18%**	**409**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**- 149**	**0%**	**-**	**0%**	**149**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**- 176**	**1%**	**-**	**0%**	**176**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 969	3%	- 78	1%	891	-92%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 157	1%	- 157	3%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 77 – Ospedale Padre Pio di Bracciano

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 9.300**	**100%**	**- 3.011**	**100%**	**6.289**	**-68%**
11-personale	- 6.790	73%	- 2.662	88%	4.128	-61%
13-altri beni e servizi	-	0%	- 313	10%	- 313	
B.1) ACQUISTI DI BENI	**-**	**0%**	**- 62**	**2%**	**- 62**	
13-01-altri beni sanitari	-	0%	- 54	2%	- 54	
13-02-beni non sanitari	-	0%	- 8	0%	- 8	
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**-**	**0%**	**- 251**	**8%**	**- 251**	
13-03-01-servizi appalti	-	0%	- 216	7%	- 216	
13-03-02-servizi utenze	-	0%	- 35	1%	- 35	
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 2.510	27%	- 36	1%	2.474	-99%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	0%	-	0%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 78 – Ospedale SS. Salvatore di Palombara Sabina

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**- 4.919**	**100%**	**- 1.495**	**100%**	**3.424**	**-70%**
11-personale	- 3.249	66%	- 1.123	75%	2.126	-65%
13-altri beni e servizi	- 1.463	30%	- 295	20%	1.168	-80%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**- 109**	**2%**	**- 49**	**3%**	**60**	**-55%**
13-01-altri beni sanitari	- 100	2%	- 49	3%	51	-51%
13-02-beni non sanitari	- 9	0%	-	0%	9	-100%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**- 697**	**14%**	**- 64**	**4%**	**633**	**-91%**
13-03-01-servizi appalti	- 634	13%	- 47	3%	587	-93%
13-03-02-servizi utenze	- 63	1%	- 16	1%	47	-74%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**- 261**	**5%**	**- 183**	**12%**	**78**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**- 396**	**8%**	**-**	**0%**	**396**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 159	3%	- 29	2%	130	-82%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 48	1%	- 48	3%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 79 – Ospedale Cartoni Rocca Priora

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	- **19.500**	**100%**	- **4.604**	**100%**	**14.896**	**-76%**
11-personale	- 10.897	56%	- 3.631	79%	7.266	-67%
13-altri beni e servizi	- 6.273	32%	- 519	11%	5.754	-92%
B.1) ACQUISTI DI BENI	- **977**	**5%**	- **85**	**2%**	**892**	**-91%**
13-01-altri beni sanitari	- 885	5%	- 73	2%	812	-92%
13-02-beni non sanitari	- 92	0%	- 13	0%	79	-86%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	- **2.717**	**14%**	- **383**	**8%**	**2.334**	**-86%**
13-03-01-servizi appalti	- 2.078	11%	- 335	7%	1.743	-84%
13-03-02-servizi utenze	- 67	0%	- 48	1%	19	-29%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	- 520	3%	-	0%	520	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	- 35	0%	-	0%	35	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	- 17	0%	-	0%	17	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	- **72**	**0%**	- **50**	**1%**	**22**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	- **137**	**1%**	-	**0%**	**137**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	- **2.370**	**12%**	-	**0%**	**2.370**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 1.954	10%	- 78	2%	1.876	-96%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 376	2%	- 376	8%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 80 – Ospedale Civile di Anagni

Nature	Valori OLD		Valori NEW	Delta	Delta %
B.1) Costi interni	- **1.264**	**100%**	-	**1.264**	**-100%**
11-personale	- 836	66%	-	836	-100%
13-altri beni e servizi	- 338	27%	-	338	-100%
B.1) ACQUISTI DI BENI	- **12**	**1%**	-	**12**	**-100%**
13-01-altri beni sanitari	- 4	0%	-	4	-100%
13-02-beni non sanitari	- 8	1%	-	8	-100%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	- **160**	**13%**	-	**160**	**-100%**
13-03-01-servizi appalti	- 143	11%	-	143	-100%
13-03-02-servizi utenze	- 5	0%	-	5	-100%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	- 12	1%	-	12	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	- **5**	**0%**	-	**5**	**-100%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	-	**0%**	-	-	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	- **161**	**13%**	-	**161**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	- 66	5%	-	66	-100%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	- 24	2%	-	24	-100%
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-	-	

Tabella 81 – Ospedale Civile Santa Croce di Arpino

Nature		Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	-	**1.493**	**100%**	-		**1.493**	**-100%**
11-personale	-	1.017	68%	-		1.017	-100%
13-altri beni e servizi	-	376	25%	-		376	-100%
B.1) ACQUISTI DI BENI	-	**14**	**1%**	-		**14**	**-100%**
13-01-altri beni sanitari	-	4	0%	-		4	-100%
13-02-beni non sanitari	-	10	1%	-		10	-100%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	-	**176**	**12%**	-		**176**	**-100%**
13-03-01-servizi appalti	-	160	11%	-		160	-100%
13-03-02-servizi utenze	-	6	0%	-		6	-100%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	10	1%	-		10	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari		-	0%	-		-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari		-	0%	-		-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	-	**5**	**0%**	-		**5**	**-100%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI		**-**	**0%**	-		**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-	**181**	**12%**	-		**181**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	-	73	5%	-		73	-100%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	27	2%	-		27	-100%
99-02-variazione rimanenze*		-	0%	-		-	
Ricavi da quota sociale		-	0%	-		-	

Tabella 82 – Ospedale Civile della Croce di Atina

Nature		Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	-	**9.077**	**100%**	- **1.452**	**100%**	**7.625**	**-84%**
11-personale	-	4.183	46%	- 1.123	77%	3.060	-73%
13-altri beni e servizi	-	2.977	33%	- 135	9%	2.842	-95%
B.1) ACQUISTI DI BENI	-	**631**	**7%**	- **49**	**3%**	**582**	**-92%**
13-01-altri beni sanitari	-	587	6%	- 49	3%	538	-92%
13-02-beni non sanitari	-	44	0%	-	0%	44	-100%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	-	**1.210**	**13%**	- **64**	**4%**	**1.146**	**-95%**
13-03-01-servizi appalti	-	914	10%	- 47	3%	867	-95%
13-03-02-servizi utenze	-	30	0%	- 16	1%	14	-45%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	235	3%	-	0%	235	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	24	0%	-	0%	24	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	7	0%	-	0%	7	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	-	**32**	**0%**	- **22**	**2%**	**10**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	-	**64**	**1%**	-	**0%**	**64**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-	**1.040**	**11%**	-	**0%**	**1.040**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	-	1.752	19%	- 29	2%	1.723	-98%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	165	2%	- 165	11%	-	
99-02-variazione rimanenze*		-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale		-	0%	-		-	

Tabella 83 – Ospedale Civile di Ceccano

Nature		Valori OLD			Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	-	**2.902**	**100%**	-	**1.370**	**100%**	**1.532**	**-53%**
11-personale	-	1.386	48%	-	1.123	82%	263	-19%
13-altri beni e servizi	-	1.238	43%	-	125	9%	1.113	-90%
B.1) ACQUISTI DI BENI	-	**47**	**2%**	-	**49**	**4%**	- **2**	**4%**
13-01-altri beni sanitari	-	38	1%	-	49	4%	- 11	29%
13-02-beni non sanitari	-	9	0%		-	0%	9	-100%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	-	**580**	**20%**	-	**64**	**5%**	**516**	**-89%**
13-03-01-servizi appalti	-	522	18%	-	47	3%	475	-91%
13-03-02-servizi utenze	-	17	1%	-	16	1%	1	-3%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	37	1%		-	0%	37	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	4	0%		-	0%	4	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari		-	0%		-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	-	**18**	**1%**	-	**13**	**1%**	**5**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI		**-**	**0%**		**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-	**593**	**20%**		**-**	**0%**	**593**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	-	185	6%	-	29	2%	156	-84%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	93	3%	-	93	7%	-	
99-02-variazione rimanenze*		-	0%		-	0%	-	
Ricavi da quota sociale		-	0%		-		-	

Tabella 84 – Hosp. Riabilitativo "Ferrari" di Ceprano

Nature		Valori OLD			Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	-	**2.419**	**100%**	-	**1.351**	**100%**	**1.068**	**-44%**
11-personale	-	847	35%	-	1.123	83%	- 276	33%
13-altri beni e servizi	-	1.163	48%	-	122	9%	1.041	-89%
B.1) ACQUISTI DI BENI	-	**186**	**8%**	-	**49**	**4%**	**137**	**-74%**
13-01-altri beni sanitari	-	140	6%	-	49	4%	91	-65%
13-02-beni non sanitari	-	46	2%		-	0%	46	-100%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	-	**475**	**20%**	-	**64**	**5%**	**411**	**-87%**
13-03-01-servizi appalti	-	429	18%	-	47	3%	382	-89%
13-03-02-servizi utenze	-	14	1%	-	16	1%	- 2	18%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	30	1%		-	0%	30	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	2	0%		-	0%	2	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari		-	0%		-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	-	**14**	**1%**	-	**10**	**1%**	**4**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI		**-**	**0%**		**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	-	**488**	**20%**		**-**	**0%**	**488**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	-	332	14%	-	29	2%	303	-91%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	-	77	3%	-	77	6%	-	
99-02-variazione rimanenze*		-	0%		-	0%	-	
Ricavi da quota sociale		-	0%		-		-	

Tabella 85 – Hosp. Riabilitativo Civico di Ferentino

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**3.035**	**100%**	**2.566**	**100%**	**469**	**-15%**
11-personale	1.329	44%	2.097	82%	-768	58%
13-altri beni e servizi	1.386	46%	286	11%	1.100	-79%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**49**	**2%**	**42**	**2%**	**7**	**-15%**
13-01-altri beni sanitari	38	1%	33	1%	5	-14%
13-02-beni non sanitari	11	0%	9	0%	2	-18%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**647**	**21%**	**230**	**9%**	**417**	**-64%**
13-03-01-servizi appalti	590	19%	210	8%	380	-64%
13-03-02-servizi utenze	19	1%	20	1%	-1	8%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	38	1%	-	0%	38	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	-	0%	-	0%	-	
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**20**	**1%**	**14**	**1%**	**6**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**-**	**0%**	**-**	**0%**	**-**	
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**670**	**22%**	**-**	**0%**	**670**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	214	7%	77	3%	137	-64%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	106	3%	106	4%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 86 – Ospedale Civile in memoria dei caduti di Isola del Liri

Nature	Valori OLD		Valori NEW		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	**18.216**	**100%**	**4.578**	**100%**	**13.638**	**-75%**
11-personale	9.386	52%	3.631	79%	5.755	-61%
13-altri beni e servizi	6.405	35%	516	11%	5.889	-92%
B.1) ACQUISTI DI BENI	**1.078**	**6%**	**85**	**2%**	**993**	**-92%**
13-01-altri beni sanitari	1.014	6%	73	2%	941	-93%
13-02-beni non sanitari	64	0%	13	0%	51	-80%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	**2.917**	**16%**	**383**	**8%**	**2.534**	**-87%**
13-03-01-servizi appalti	1.944	11%	335	7%	1.609	-83%
13-03-02-servizi utenze	63	0%	48	1%	15	-24%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	863	5%	-	0%	863	-100%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	32	0%	-	0%	32	-100%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	15	0%	-	0%	15	-100%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	**69**	**0%**	**48**	**1%**	**21**	**-30%**
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	**125**	**1%**	**-**	**0%**	**125**	**-100%**
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	**2.216**	**12%**	**-**	**0%**	**2.216**	**-100%**
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	2.073	11%	78	2%	1.995	-96%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	352	2%	352	8%	-	
99-02-variazione rimanenze*	-	0%	-	0%	-	
Ricavi da quota sociale	-	0%	-		-	

Tabella 87 – Ospedale Civile Pasquale del Prete di Pontecorvo

Allegato 2 – "Regole" di sistema per gli erogatori pubblici e privati

La Regione Lazio, al fine di rafforzare il proprio sforzo di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, intende introdurre dei meccanismi di verifica dell'attività di tutte le strutture di ricovero e cura, pubbliche e private, insistenti nel suo territorio, al fine di garantire ai propri cittadini un'offerta di prestazioni appropriate, in linea con la programmazione sanitaria regionale.

Ritiene quindi opportuno introdurre una serie di regole il cui rispetto:

- nelle strutture pubbliche sia inserito tra i criteri di valutazione dell'operato dei Direttori Generali e Sanitari, concorrendo a determinare sin dal 2011 la componente variabile della loro retribuzione e li dove specificamente previsto, dovrà essere inserito tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabile di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare sin dal 2011 la componente variabile della loro retribuzione;
- nelle strutture private sia invece aspetto rilevante per la determinazione dell'entità economica del rinnovo dei contratti/accordi con le case di cura private accreditate, con gli IRCCS privati, con i policlinici universitari privati e con gli ospedali classificati per l'anno successivo e, lì dove specificamente previsto, condizione necessaria per la liquidazione dell'erogato.

La Regione Lazio nei termini di legge rivedrà in coerenza a quanto previsto nel presente Programma Operativo gli obiettivi regionali annuali dei propri Direttori Generali e Sanitari, specificano i relativi criteri di valutazione. Allo stesso modo i direttori generali sono chiamati ad adeguare al presente atto gli obiettivi dei responsabili di struttura semplice e/o complessa.

Le regole che la Regione Lazio intende vincolanti per il 2011, in attesa di introdurne progressivamente altre guidando il sistema verso un rispetto sempre maggiore delle indicazioni programmatorie fornite dalla stessa, in funzione di un percorso di crescita in cui la Regione intende investire, sono le seguenti:

- le strutture pubbliche e private dovranno adottare i budget di produzione per MDC:
  - le strutture pubbliche dovranno adeguare il proprio "controllo di gestione" entro l'anno 2011 all'esigenza di monitoraggio della coerenza tra i ricoveri erogati e gli obiettivi aziendali di produzione definiti dalla Regione coerentemente con l'analisi del fabbisogno. Il rispetto dei budget per MDC dovrà essere declinato per Unità Operativa e dovrà essere inserito tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione. Seguirà alla presente una circolare tecnica regionale relativa ai requisiti del sistema di monitoraggio;
  - le strutture private dovranno per gli anni 2011 e 2012 allineare la propria produzione alle indicazioni regionali. La capacità di tali strutture di allineare la propria produzione rispetto alle indicazioni regionali sarà considerata indicatore della capacità delle singole strutture di alineare la propria produzione rispetto al fabbisogno della popolazione. Tali strutture sono chiamate a propria tutela a predisporre strumenti di controllo e indirizzo necessari al rispetto del budget per MDC. Nel 2012 per il 2013 la Regione

valuterà la necessità di assegnare anche alle strutture private un budget per MDC;

- ciascuna struttura, pubblica e privata, è chiamata ad allestire i sistemi e gli strumenti di monitoraggio mensile di supporto per il **ritorno informativo alle unità operative/organizzative**, necessario per la definizione e la verifica degli obiettivi aziendali (in termini di rispetto del budget di produzione per MDC, ma anche di rispetto rispetto alle indicazioni di appropriatezza ed efficienza fornite dal livello regionale e coerenti con le stesse indicazioni pervenute dal Ministero della Salute). Seguirà alla presente una circolare tecnica regionale relativa ai requisiti del sistema di monitoraggio mensile, che sarà oggetto di verifica da parte del NCRS;
- le strutture pubbliche e private dovranno **garantire la qualità del dato**, in virtù del suo impiego nel processo di controllo del funzionamento e dell'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale, ma anche nella programmazione sanitaria regionale. Seguirà alla presente una circolare tecnica regionale per specificare i requisiti minimi di compilazione delle cartelle cliniche e delle Schede di Dimissione Ospedaliera, che sarà oggetto di monitoraggio e controllo da parte del NCRS. Il rispetto dei requisiti minimi di compilazione:
    - per le strutture pubbliche oltre a rientrare tra i criteri di valutazione dell'operato dei Direttori Generali e Sanitari, dovrà anche essere inserito tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione;
    - per le strutture private condizione vincolante per la liquidazione della relativa prestazione. I ricoveri per i quali la relativa SDO non sarà pervenuta nelle modalità previste ed entro i termini stabiliti non potranno essere liquidati in un momento successivo;
- **la valorizzazione delle prestazioni sanitarie fatturate dovrà essere coerente con la valorizzazione dei ricoveri delle Schede di Dimissione Ospedaliera** trasmesse alla Regione nei termini e nelle modalità definite. L'eventuale scostamento non sarà oggetto di liquidazione da parte della Regione;
- sempre con l'obiettivo di garantire la capacita del SSR laziale di allineare la propria produzione al fabbisogno della popolazione si specifica che **i ricoveri erogati in regime ordinario e/o diurno a carattere diagnostico dovranno essere trasferiti a livello ambulatoriale**. Nello specifico, il ricovero di day hospital deve ritenersi appropriato solo nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente e/o la complessità delle procedure richiedano prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche che non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata. La sola integrazione nella stessa giornata di più procedure diagnostiche non è sufficiente ad indicare l'appropriatezza del day hospital ad indirizzo prevalentemente diagnostico. La valutazione di appropriatezza delle prestazioni a carattere diagnostico erogate in regime di ricovero sarà oggetto di controllo da parte del NCRS e nel caso di esito negativo:
    - per le strutture pubbliche, tale valutazione, oltre a rientrare tra i criteri di valutazione dell'operato dei Direttori Generali e Sanitari, dovrà anche essere inserita tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione;

- per le strutture private i ricoveri valutati inappropriati non potranno essere liquidati;

LA DEFINIZIONE DEI BUDGET PER EROGATORE PUBBLICO E PRIVATO

Come evidenziato nel paragrafo precedente, i budget devono essere calcolati ridefinendo le prestazioni attese per singola struttura, pubblica e privata accreditata, attraverso un intervento correttivo mirato, volto a ridurre i ricoveri ospedalieri per acuti potenzialmente inappropriati.

Tali budget per l'attività per acuti devono essere definiti in coerenza con la produzione obiettivo 2011, nel rispetto della domanda soddisfatta per ASL e alle esigenze regionali (applicazione dell'approccio metodologico identificato dal SiVeAS). In particolare, spetterà alla Regione assegnare ai singoli erogatori la produzione attesa e sempre alla Regione con il supporto tecnico scientifico di ASP spetterà comunicare trimestralmente gli scostamenti rispetto all'obiettivo assegnato.

Pertanto, definita per ogni ASL e per ogni prestazione la produzione potenzialmente inappropriata dell'anno precedente rispetto al fabbisogno definito sulla base del benchmarking, tali prestazioni potenzialmente inappropriate dovranno essere attribuite alle singole strutture in funzione del loro contributo alla loro produzione.

Si dovrà, inoltre, effettuare un ri-bilanciamento dei casi tra regime di ricovero ordinario e diurno per garantire l'appropriatezza organizzativa della produzione appropriata dal punto di vista clinico assegnata alla singola struttura coerentemente con gli strumenti di programmazione attualmente utilizzati da ASP.

I budget delle strutture devono essere calcolati, quindi, partendo dalla produzione dell'anno 2010 relativa all'attività oggetto di intervento correttivo (le acuzie esclusi i casi riconducibili all'evento gravidanza e ai trapianti e la mobilità attiva) e procedendo

- sottraendo la quota di potenziale inappropriatezza clinica di competenza sulla base del principio di proporzionalità;
- correggendo la produzione risultante secondo il criterio dell'appropriatezza organizzativa (APPRO).

Nell'ottica di guidare le strutture verso una produzione il più possibile appropriata rispetto al fabbisogno della popolazione, i budget saranno articolati per ogni struttura secondo una matrice che definisce, per Major Diagnostic Category (MDC) e tipologia di prestazione (medico vs chirurgica), la produzione attesa, secondo l'esempio in figura.

MDC V19	Ricoveri medici	Ricoveri chirurgici	Totale
15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	29.994.498	-	**29.994.498**
05 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	3.706.008	1.278.735	**4.984.743**
14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	2.282.414	2.266.569	**4.548.983**
08 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO C	535.193	3.252.966	**3.788.160**
06 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	1.100.092	1.466.233	**2.566.325**
04 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	2.026.465	28.074	**2.054.539**
01 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	1.532.399	146.262	**1.678.661**
07 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	735.328	738.656	**1.473.984**
ALTRI MDC	2.420.124	3.261.024	**5.681.148**
Totale	**44.332.522**	**12.438.518**	**56.771.040**

Tabella 88 – Schema del budget per Major Diagnostic Category per struttura

La Regione Lazio intende incentivare l'adozione del budget per Major Diagnostic Category e tipologia di prestazione come strumento operativo di indirizzo della produzione da parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private. A questo fine prevede un'applicazione progressivamente più vincolante dello strumento.

Al fine di anticipare l'applicazione vincolante dello strumento che sarà introdotto a partire dai prossimi documenti programmatori, nonché di offrire, ai cittadini e alla ASL nel cui territorio insistono, delle prestazioni il più possibile coerenti rispetto al fabbisogno individuato, le strutture pubbliche e private accreditate sono richiamati a predisporre già dal 2011 tutti gli strumenti di controllo e indirizzo necessari al rispetto del budget per MDC.

Si ricorda in merito che il mancato rispetto delle indicazioni fornite alle strutture per MDC sottopone le stesse al rischio di una maggiore penalizzazione nella definizione dei *budget* dei prossimi anni rispetto alle strutture che li rispetteranno; questo in ragione del meccanismo di attribuzione della produzione potenzialmente inappropriata alle strutture in proporzione al contributo da esse fornite alla sua produzione.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

La Regione Lazio ha istituito con DCA 41/2010, il "Nucleo Regionale Controlli Sanitari" (NRCS), del quale, con Decreto commissariale 55/2010, ha successivamente approvato il regolamento e codice etico. Il NCRS è la struttura organizzativa regionale responsabile del controllo del funzionamento del sistema e del rispetto delle regole necessarie per il perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale, come da Azione 15.2.

Appare, quindi, opportuno, in sede di definizione degli obiettivi di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera regionale, presentare alcuni dei principi che dovranno guidare le attività del NRCS per il livello ospedaliero. L'attività di coordinamento del NRCS, infatti, dovrà essere finalizzata:

- alla verifica formale degli impegni contrattuali degli erogatori pubblici e privati verso la Regione Lazio;
- all'individuazione di situazioni che potenzialmente possono alterare:
  - la garanzia di un processo di diagnosi e cura appropriato del paziente, minimizzandone i possibili rischi;
  - la misura della domanda soddisfatta e quindi la corretta programmazione sanitaria che su questa si basa.

Diviene così centrale l'attività di controllo e di verifica del percorso di erogazione dell'atto sanitario, documentato dalla cartella clinica e sintetizzato nella SDO.

Ciò al fine di:

- valutare la potenziale inappropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie erogate all'assistito all'interno della singola struttura, a fronte delle sue peculiari condizioni cliniche al momento del ricovero. La Regione Lazio, mediante la pubblicazione di "black list" di prestazioni potenzialmente inappropriate, fornirà delle indicazioni, a livello aggregato, su *cluster* di prestazioni, prioritariamente soggette a controllo;
- individuare i comportamenti "opportunistici" degli erogatori relativi alla sintesi che nelle SDO si fa rispetto alle diagnosi e le relative procedure erogate al paziente, nel caso in cui queste siano differenti rispetto alle attività realmente erogate. A titolo esemplificativo si riportano i seguenti esempi:
  - segnalazione di diagnosi che non hanno influenzato l'episodio di cura;

  - mancata segnalazione di diagnosi concomitanti che hanno influenzato l'episodio di cura;
  - la scorretta codifica dell'evento sanitario tramite codice ICD-IX-CM non adeguati;
  - la segnalazione di procedure che non sono state effettivamente erogate;
  - mancata segnalazione di procedure che sono state effettivamente erogate;
  - l'inversione di diagnosi riportate nella SDO rispetto all'effettivo percorso diagnostico/terapeutico del paziente;
- individuare i comportamenti "opportunistici" degli erogatori relativi all'appropriatezza del setting assistenziale in cui si decide di erogare la prestazione stessa. A tal proposito si segnala la necessaria attenzione da porre rispetto a:
  - ricoveri diagnostici che avrebbero potuto essere evitati in quanto non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata;
  - ricoveri erogati in degenza ordinaria che avrebbero potuto essere erogati in regime di day hospital;
  - ricoveri di riabilitazione post acuzie successivi a ricoveri per acuti che non rispondono ad una logica di soluzione di continuità delle prestazioni rese.

Le tipologie di valutazioni di monitoraggio sopra riportate sono da considerarsi parziali e per l'integrazione delle stesse si demanda ad un successivo provvedimento regionale. In tale provvedimento verranno specificate ed integrate le misure sanzionatorie per i comportamenti anomali, fermo restando che l'esito dei controlli effettuati dai NCRS costituirà per la Regione un elemento determinante:

- nelle strutture pubbliche per la valutazione dell'operato dei Direttori Generali, dei Direttori Sanitari, e dei responsabili di unità operativa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno, costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Lazio il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il dirigente, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabile di struttura semplice e/o complessa e può comportare, nei modi e nelle forme di legge e, salve le responsabilità penali, la decadenza dalla nomina;
- nelle strutture private per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture medesime e per la determinazione dell'entità economica del rinnovo del "Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'azienda sanitaria locale e le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero" per l'anno successivo rispetto a quello dei controlli. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno, costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Lazio e la struttura privata accreditata e può comportare l'azzeramento dell'entità economica nel rinnovo del contratto.

Allegato A

Quadro di sintesi tendenziale-programmatico

	€/000	A	B	C	D	E				
A1	Contributi F.S.R.	8.947.563	9.309.785	9.632.737	9.793.211	10.009.327	9.793.211	10.009.327	-	-
A2	Saldo Mobilità	- 90.010	- 106.576	- 99.200	- 59.429	- 99.200	- 59.429	- 99.200	-	-
A3	Entrate Proprie	377.763	533.831	389.553	386.853	389.114	422.221	427.903	35.368	38.790
A4	Saldo Intramoenia	13.327	18.231	18.231	18.231	18.231	18.231	18.231	-	-
A	**Totale Ricavi Netti**	**9.248.643**	**9.755.271**	**9.941.320**	**10.138.866**	**10.317.472**	**10.174.233**	**10.356.261**	**35.368**	**38.790**
									-	-
B1	Personale	3.053.112	3.091.400	3.098.015	3.112.675	3.127.405	3.049.975	3.005.080	- 62.700	- 122.325
B2	Prodotti Farmaceutici Ed Emoderivati	573.193	636.825	700.209	743.621	789.726	696.061	730.820	- 47.561	- 58.906
B3	Altri Beni E Servizi	1.953.878	2.102.559	2.101.917	2.148.127	2.196.954	2.067.735	2.046.344	- 80.392	- 150.611
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	52.841	60.197	50.012	50.269	51.023	50.269	51.023	-	-
B5	Accantonamenti	130.137	205.117	97.140	166.282	169.524	166.282	169.524	-	-
B6	Variazione Rimanenze	5.680	792	7.773	-	-	- 54	- 100	- 54	- 100
B	**Totale Costi Interni**	**5.768.841**	**6.096.890**	**6.055.066**	**6.220.975**	**6.334.633**	**6.030.268**	**6.002.691**	**- 190.708**	**- 331.941**
									-	-
C1	Medicina Di Base	539.354	568.209	589.532	606.933	609.837	606.933	609.837	-	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	1.275.966	1.199.970	1.196.727	1.179.727	1.197.423	1.112.024	1.083.719	- 67.703	- 113.704
C3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	1.462.693	1.400.225	1.428.554	1.428.554	1.428.554	1.347.254	1.304.554	- 81.300	- 124.000
	Didattica e università Pol Univ Priv	*132.000*							-	-
C3.2a	*Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale*		*419.222*	*419.222*	*428.636*	*438.670*	*421.636*	*405.650*	*- 7.000*	*- 33.020*
C3.2b	*Prestazioni Da Sumaisti*			*115.275*	*115.826*	*116.380*	*115.826*	*116.380*	-	-
C3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	496.839	523.750	534.497	544.662	555.051	537.662	522.031	- 7.000	- 33.020
C3.3	Prestazioni Da Privato-Riabitazione Extra Ospedaliera	263.593	246.366	239.660	225.366	225.366	214.679	209.136	- 10.687	- 16.230
C3.4	Altre Prestazioni Da Privato	655.359	680.584	705.819	716.477	737.935	731.093	774.634	14.616	36.699
C3	Prestazioni Da Privato	2.978.484	2.850.925	2.906.326	2.915.060	2.946.906	2.830.689	2.810.355	- 84.371	- 136.551
C	**Totale Costi Esterni**	**4.825.804**	**4.639.104**	**4.692.585**	**4.701.719**	**4.754.168**	**4.549.645**	**4.503.911**	**- 152.074**	**- 250.255**
									-	-
D	**Totale Costi Operativi (B+C)**	**10.594.645**	**10.735.994**	**10.747.650**	**10.922.694**	**11.088.799**	**10.579.914**	**10.506.602**	**(342.780)**	**(582.196)**
									-	-
E	**Margine Operativo (A-D)**	**(1.346.002)**	**(980.723)**	**(806.330)**	**(783.828)**	**(771.327)**	**(405.680)**	**(150.341)**	**378.148**	**620.986**
									-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	388.551	509.055	377.709	405.165	406.414	405.165	406.414	-	-
									-	-
G	Risultato Economico (E-F)	- 1.734.553	- 1.489.778	- 1.184.039	- 1.188.993	- 1.177.741	- 810.846	- 556.756	378.148	620.986
H	Risultato Economico per il calcolo delle coperture. (*)	- 1.693.342	- 1.419.449	- 1.134.027	- 1.138.724	- 1.128.718	- 760.577	- 506.043	378.148	620.986

(*) Valore calcolato dal Tavolo di Verifica per anni 2008 e 2009; per 2010, 2011 e 2012 stimato come risultato al netto di amm.ti e costi capitalizzati

Allegato B

CE Tendenziali e Programmatici

A99999		10.696.441	10.575.228	10.748.244	10.952.285	35.436	38.879	10.783.544	10.990.985	- 35.300	- 38.700
A01000	A.1) Contributi in c/esercizio	9.822.637	9.769.358	9.910.903	10.127.122	22.821	22.903	9.933.724	10.150.025	- 22.821	- 22.903
A01005	A.1.A) Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.573.785	9.632.737	9.793.211	10.009.327	-	-	9.793.211	10.009.327	-	-
A01010	A.1.A.1) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	9.389.444	9.447.261	9.604.645	9.816.600	-	-	9.604.645	9.816.600	-	-
A01015	A.1.A.2) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	184.341	185.476	188.566	192.727	-	-	188.566	192.727	-	-
A01020	A.1.B) Contributi c/esercizio da enti pubblici (EXTRA FONDO)	241.942	130.561	110.861	110.861	22.700	22.700	133.561	133.561	- 22.700	- 22.700
A01025	A.1.B.1) da enti pubblici (extra fondo) vincolato	204.770	110.809	94.097	94.097	19.256	19.256	113.354	113.354	- 19.256	- 19.256
A01030	A.1.B.1.1) Contributi da Regione (extra fondo) vincolati	174.727	94.367	80.089	80.089	16.453	16.453	96.542	96.542	- 16.452	- 16.453
A01035	A.1.B.1.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) vincolati	12.452	6.823	5.799	5.799	1.191	1.191	6.991	6.991	- 1.191	- 1.191
A01040	A.1.B.1.3) Contributi da Asl/Ao/Irccs/Policlinici (extra fondo) vincolati	227	361	361	361	-	-	361	361	-	-
A01045	A.1.B.1.4) Contributi in conto esercizio per ricerca corrente	9.345	5.047	4.284	4.284	880	880	5.164	5.164	- 880	- 880
A01050	A.1.B.1.5) Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata	7.775	4.199	3.564	3.564	732	732	4.296	4.296	- 732	- 732
A01055	A.1.B.2) da enti pubblici (extra fondo) - Altro	36.572	19.753	16.764	16.764	3.444	3.444	20.208	20.208	- 3.444	- 3.444
A01060	A.1.B.2.1) Contributi da Regione (extra fondo) - Altro	35.574	19.214	16.307	16.307	3.350	3.350	19.656	19.656	- 3.350	- 3.350
A01065	A.1.B.2.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) - Altro	998	539	457	457	94	94	551	551	- 94	- 94
A01070	A.1.B.2.3) Contributi da Asl/Ao/Irccs/Policlinici (extra fondo) - Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A01075	A.1.C) Contributi c/esercizio da enti privati	7.510	6.060	6.831	6.933	121	203	6.952	7.137	- 121	- 203
A02000	A.2) Proventi e ricavi diversi	519.145	484.243	506.467	492.665	1.167	1.963	507.633	494.629	- 1.167	- 1.963
A02005	A.2.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	508.737	475.844	497.000	483.657	999	1.681	497.999	484.738	- 999	- 1.681
A02010	A.2.A.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici	172.178	157.936	167.274	160.251	334	563	167.608	160.814	- 334	- 563
A02015	A.2.A.1.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate ed ASL, A.O, IRCCS e Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02020	A.2.A.1.1.A) Prestazioni di ricovero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02025	A.2.A.1.1.B) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02030	A.2.A.1.1.C) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02035	A.2.A.1.1.D) Prestazioni di File F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02040	A.2.A.1.1.E) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02045	A.2.A.1.1.E.1) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. Assistenziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02050	A.2.A.1.1.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02055	A.2.A.1.1.E.3) Prestazioni termali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02060	A.2.A.1.1.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02065	A.2.A.1.1.E.5) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02070	A.2.A.1.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici	20.773	16.763	18.894	19.177	334	563	19.228	19.740	- 334	- 563
A02075	A.2.A.1.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione	151.405	141.074	148.380	141.074	-	-	148.380	141.074	-	-
A02080	A.2.A.1.3.A) Prestazioni di ricovero	92.523	86.210	90.674	86.210	-	-	90.674	86.210	-	-
A02085	A.2.A.1.3.B) Prestazioni ambulatoriali	23.195	21.612	22.732	21.612	-	-	22.732	21.612	-	-
A02090	A.2.A.1.3.C) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02095	A.2.A.1.3.D) Prestazioni di File F	12.409	11.562	12.161	11.562	-	-	12.161	11.562	-	-
A02100	A.2.A.1.3.E) Altre prestazioni sanitarie soggette a compensazione Extraregione	17.641	16.437	17.289	16.437	-	-	17.289	16.437	-	-
A02105	A.2.A.1.3.E.1) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	3.426	3.192	3.358	3.192	-	-	3.358	3.192	-	-
A02110	A.2.A.1.3.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica conv enziona le Extraregione	9.432	8.788	9.244	8.788	-	-	9.244	8.788	-	-
A02115	A.2.A.1.3.E.3) Prestazioni termali Extraregione	2.124	1.979	2.082	1.979	-	-	2.082	1.979	-	-
A02120	A.2.A.1.3.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	2.553	2.379	2.502	2.379	-	-	2.502	2.379	-	-
A02125	A.2.A.1.3.E.5) Altre prestazioni sanitarie Extraregione	106	99	104	99	-	-	104	99	-	-
A02130	A.2.A.1.3.F) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie non soggette a compensazione Extraregione	100	93	98	93	-	-	98	93	-	-
A02135	A.2.A.1.3.F.1) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggetta a compensazione Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02140	A.2.A.1.3.F.2) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggetta a compenzazione Extraregione	100	93	98	93	-	-	98	93	-	-
A02145	A.2.A.1.3.G) Altre prestazioni sanitarie - Mobilità attiva Internazionale	5.537	5.159	5.426	5.159	-	-	5.426	5.159	-	-
A02150	A.2.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità	155.080	144.498	151.982	144.498	-	-	151.982	144.498	-	-
A02155	A.2.A.2.1) Prestazioni di ricovero da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	135.055	125.839	132.357	125.839	-	-	132.357	125.839	-	-
A02160	A.2.A.2.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	13.757	12.818	13.482	12.818	-	-	13.482	12.818	-	-
A02165	A.2.A.2.3) Prestazioni di File F da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	6.268	5.840	6.143	5.840	-	-	6.143	5.840	-	-
A02170	A.2.A.2.4) Altre prestazioni sanitarie erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità at	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02175	A.2.A.3) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	41.280	33.311	37.546	38.109	665	1.118	38.210	39.227	- 665	- 1.118
A02180	A.2.A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	140.199	140.199	140.199	140.199	-	-	140.199	140.199	-	-
A02185	A.2.A.4.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	19.702	19.702	19.702	19.702	-	-	19.702	19.702	-	-
A02190	A.2.A.4.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	76.562	76.562	76.562	76.562	-	-	76.562	76.562	-	-
A02195	A.2.A.4.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	221	221	221	221	-	-	221	221	-	-
A02200	A.2.A.4.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), dl ed ex Art. 57-5	32.094	32.094	32.094	32.094	-	-	32.094	32.094	-	-

A02205	A.2.A.4.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02210	A.2.A.4.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	11.620	11.620	11.620	11.620	-	-	11.620	11.620	-	-	-
A02215	A.2.A.4.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Asl - Ao, Irccs e Policlinici della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02220	A.2.B) Ricavi per prestazioni non sanitarie	1.623	1.310	1.476	1.498	26	44	1.502	1.542	-	26	44
A02225	A.2.C)Altri proventi	8.785	7.089	7.990	8.110	141	238	8.132	8.348	-	141	238
A02230	A.2.C.1) Proventi non sanitari	4.367	3.524	3.972	4.032	70	118	4.042	4.150	-	70	118
A02235	A.2.C.1.1) Affitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	4.367	3.524	3.972	4.032	70	118	4.042	4.150	-	70	118
A02239	A.2.C.1.2) Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A02240	A.2.C.2) Altri proventi diversi	4.418	3.565	4.018	4.079	71	120	4.089	4.198	-	71	120
A03000	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	85.729	69.179	77.974	79.144	1.380	2.323	79.354	81.466	-	1.380	2.323
A03005	A.3.A) Rimborsi assicurativi	295	238	268	272	5	8	273	280	-	5	8
A03010	A.3.B) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	85.434	68.941	77.706	78.871	1.375	2.315	79.081	81.186	-	1.375	2.315
A03015	A.3.B.1) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A03020	A.3.B.1.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell' azienda in posizione di comando in A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A03025	A.3.B.1.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A03030	A.3.B.1.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche da parte di Asl-AO, IRCCS, Policlinici della R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A03035	A.3.B.2) Concorsi, recuperi e rimborsi v/altri Enti Pubblici	43.012	34.708	39.121	39.798	692	1.165	39.814	40.479	-	692	1.165
A03040	A.3.B.2.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando v/a	8.640	6.972	7.858	7.976	139	234	7.998	8.210	-	139	234
A03045	A.3.B.2.2) Rimborsi per acquisto beni v/altri Enti Pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A03050	A.3.B.2.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Altri Enti Pubblici	34.372	27.736	31.263	31.732	553	931	31.816	32.663	-	553	931
A03055	A.3.B.3) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Regione	501	404	456	463	8	14	464	476	-	8	14
A03060	A.3.B.3.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando v/Regione	336	271	306	310	5	9	311	319	-	5	9
A03065	A.3.B.3.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Regione	165	133	150	152	3	4	153	157	-	3	4
A03070	A.3.B.4) Concorsi, recuperi e rimborsi v/privati	41.921	33.828	38.129	38.701	675	1.136	38.804	39.837	-	675	1.136
A03075	A.3.B.4.1) Rimborso da Aziende Farmaceutiche per Pay Back	28.625	23.107	26.045	26.435	461	776	26.506	27.211	-	461	776
A03080	A.3.B.4.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi verso privati	13.286	10.721	12.084	12.265	214	360	12.298	12.625	-	214	360
A04000	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	127.066	125.642	125.642	125.642	10.000	11.600	135.642	137.242	-	10.000	11.600
A04005	A.4.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambula	91.797	90.768	90.768	90.768	7.224	8.380	97.993	99.149	-	7.224	8.380
A04010	A.4.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	226	223	223	223	18	21	241	244	-	18	21
A04015	A.4.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)- Altro	35.043	34.650	34.650	34.650	2.758	3.199	37.408	37.849	-	2.758	3.199
A05000	A.5) Costi capitalizzati	141.864	126.807	127.258	127.712	68	90	127.190	127.622	-	68	90
A05005	A.5.A) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti //Costi Stenkizzati	128.731	112.649	113.101	113.554	68	90	113.033	113.465	-	68	90
A05010	A.5.A.1) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti da Regione	112.726	98.633	99.048	99.445	60	78	98.988	99.367	-	60	78
A05015	A.5.A.2) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti dallo Stato	12.943	11.326	11.372	11.417	7	9	11.365	11.408	-	7	9
A05020	A.5.A.3) Costi capitalizzati da utilizzo altre poste del patrimonio netto	3.062	2.671	2.681	2.692	2	3	2.680	2.690	-	2	3
A05025	A.5.B) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia	13.133	14.157	14.157	14.157	-	-	14.157	14.157	-	-	-
A99999	**Totale valore della produzione (A)**	**10.696.441**	**10.575.228**	**10.748.244**	**10.853.285**	**35.436**	**38.879**	**10.783.544**	**10.890.985**	-	**35.300**	**38.700**
		11.423.960	**11.392.756**	**11.541.213**	**11.733.408**	**342.906**	**582.360**	**11.198.307**	**11.150.048**	-	**342.906**	**582.360**
B01000	B.1) Acquisti di beni	1.204.798	1.308.606	1.361.158	1.416.540	62.843	97.478	1.398.315	1.319.062	-	62.843	97.478
B01005	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	1.180.315	1.284.730	1.336.924	1.391.962	62.401	96.457	1.274.523	1.295.485	-	62.401	96.457
B01010	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	624.185	686.289	726.838	774.026	46.615	57.735	682.225	716.292	-	46.615	57.735
B01015	B.1.A.2) Ossigeno	12.660	14.202	15.083	16.018	965	1.195	14.118	14.823	-	965	1.195
B01020	B.1.A.3) Prodotti dietetici	1.070	1.150	1.167	1.185	29	74	1.138	1.111	-	29	74
B01025	B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	32.224	34.640	35.160	35.687	879	2.225	34.281	33.462	-	879	2.225
B01030	B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	131.846	141.731	143.657	146.015	3.595	9.104	140.262	136.911	-	3.595	9.104
B01035	B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	21.917	23.560	23.914	24.272	598	1.513	23.316	22.759	-	598	1.513
B01040	B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	204.309	219.626	222.921	226.265	5.572	14.107	217.349	212.157	-	5.572	14.107
B01045	B.1.A.8) Materiali protesici	129.390	139.091	141.178	143.295	3.529	8.934	137.649	134.361	-	3.529	8.934
B01050	B.1.A.9) Materiali per emodialisi	21.388	22.992	23.335	23.687	583	1.477	22.753	22.210	-	583	1.477
B01055	B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	540	580	589	598	15	37	574	561	-	15	37
B01060	B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	607	868	881	894	22	56	859	838	-	22	56
B01065	B.1.A.12) Beni e prodotti sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B01070	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	24.483	23.876	24.234	24.598	442	1.021	23.792	23.577	-	442	1.021
B01075	B.1.B.1) Prodotti alimentari	3.758	3.665	3.720	3.776	68	157	3.652	3.619	-	68	157
B01080	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	3.268	3.187	3.235	3.283	59	136	3.176	3.147	-	59	136
B01085	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	2.566	2.483	2.520	2.558	46	106	2.474	2.452	-	46	106
B01090	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	10.935	10.644	10.804	10.966	197	456	10.627	10.530	-	197	456
B01095	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	1.854	1.808	1.835	1.863	33	77	1.802	1.785	-	33	77

B01100	B.1.B.6) Altri beni non sanitari	2.122	2.069	2.100	2.132	38	88	2.082	2.043	38	88
B01105	B.1.B.7) Beni non sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02000	B.2) Acquisti di servizi	6.420.863	6.454.348	6.464.296	6.571.733	207.622	335.280	6.256.673	6.236.453	207.622	335.280
B02005	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	5.563.499	5.616.622	5.602.610	5.684.359	177.743	279.434	5.424.867	5.404.926	177.743	279.434
B02010	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	589.230	590.483	607.821	610.788	-	-	607.821	610.788	-	-
B02015	B.2.A.1.1)-da convenzione	588.209	589.532	606.933	609.837	-	-	606.933	609.837	-	-
B02020	B.2.A.1.1.A) Spese per assistenza MMG	417.377	418.316	430.663	432.724	-	-	430.663	432.724	-	-
B02025	B.2.A.1.1.B) Spese per assistenza PLS	101.968	102.197	105.214	105.717	-	-	105.214	105.717	-	-
B02030	B.2.A.1.1.C) Spese per assistenza Continuità assistenziale	46.088	46.192	47.555	47.783	-	-	47.555	47.783	-	-
B02035	B.2.A.1.1.D) Altre prestazioni (Medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	22.776	22.827	23.501	23.613	-	-	23.501	23.613	-	-
B02040	B.2.A.1.2) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02045	B.2.A.1.3) - da pubblico Mobilità (Extra Regione)	1.021	951	888	951	-	-	888	951	-	-
B02050	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	1.205.712	1.202.077	1.184.730	1.202.773	67.703	113.704	1.117.027	1.089.069	67.703	113.704
B02055	B.2.A.2.1) - da convenzione	1.199.970	1.196.727	1.179.727	1.197.425	67.703	113.704	1.111.024	1.083.719	67.703	113.704
B02060	B.2.A.2.2) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02065	B.2.A.2.3) - da pubblico (extra Regione)	5.742	5.350	4.993	5.350	-	-	4.993	5.350	-	-
B02070	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	553.939	572.875	580.482	593.429	7.000	33.020	573.482	560.409	7.000	33.020
B02075	B.2.A.3.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02080	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	299	314	322	329	5	25	316	304	5	25
B02085	B.2.A.3.3) - da pubblico (extra Regione)	41.189	38.378	35.420	38.376	-	-	35.420	38.376	-	-
B02090	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	113.926	115.275	115.826	116.380	-	-	115.826	116.380	-	-
B02095	B.2.A.3.5) - da privato	386.694	406.472	415.793	425.328	6.787	32.016	409.008	393.313	6.787	32.016
B02100	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS Privati e Policl.privati	66.782	70.198	71.807	73.454	1.172	5.529	70.635	67.925	1.172	5.529
B02105	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	78.114	82.109	83.992	85.918	1.371	6.467	82.621	79.451	1.371	6.467
B02110	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura Private	149.174	156.804	160.490	164.076	2.618	12.351	157.781	151.727	2.618	12.351
B02115	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri soggetti privati	92.624	97.361	99.594	101.878	1.626	7.669	97.968	94.209	1.626	7.669
B02120	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	11.831	12.436	12.721	13.013	208	980	12.514	12.033	208	980
B02125	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	246.366	239.660	225.366	225.366	10.687	16.230	214.679	209.136	10.687	16.230
B02130	B.2.A.4.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02135	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02140	B.2.A.4.3) - da pubblico (extra Regione) non soggetto a compensazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02145	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	246.366	239.660	225.366	225.366	10.687	16.230	214.679	209.136	10.687	16.230
B02150	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	240.655	243.595	250.964	261.715	-	-	250.964	261.715	-	-
B02155	B.2.A.5.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02160	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	3	3	3	3	-	-	3	3	-	-
B02165	B.2.A.5.3) - da pubblico (extra Regione)	5	5	4	5	-	-	4	5	-	-
B02170	B.2.A.5.4) - da privato	240.647	243.589	250.956	261.708	-	-	250.956	261.708	-	-
B02175	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	1.721.727	1.750.481	1.729.016	1.750.481	81.300	124.000	1.647.716	1.626.481	81.300	124.000
B02180	B.2.A.6.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02185	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02190	B.2.A.6.3) - da pubblico (extra Regione)	345.502	321.926	300.462	321.926	-	-	300.462	321.926	-	-
B02195	B.2.A.6.4) - da privato	1.254.011	1.301.693	1.301.693	1.301.693	74.080	112.988	1.227.613	1.186.705	74.080	112.988
B02200	B.2.A.6.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS Privati e Policlinici privati	429.079	445.394	445.394	445.394	25.348	38.661	420.047	406.734	25.348	38.661
B02205	B.2.A.6.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	264.417	274.679	274.679	274.679	15.632	23.842	259.047	250.836	15.632	23.842
B02210	B.2.A.6.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura Private	560.315	581.620	581.620	581.620	33.100	50.485	548.520	531.135	33.100	50.485
B02215	B.2.A.6.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri soggetti privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02220	B.2.A.6.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	122.214	126.861	126.861	126.861	7.220	11.012	119.641	115.849	7.220	11.012
B02225	B.2.A.7) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	75.815	76.252	76.692	77.134	-	-	76.692	77.134	-	-
B02230	B.2.A.7.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02235	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02240	B.2.A.7.3) - da pubblico (extra Regione) - non soggette a compensazione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02245	B.2.A.7.4) - da privato(intraregionale ed extraregionale)	75.815	76.252	76.692	77.134	-	-	76.692	77.134	-	-
B02250	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	67.157	82.869	85.791	89.986	-	-	85.791	89.986	-	-
B02255	B.2.A.8.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02260	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	2.322	2.972	3.114	3.257	-	-	3.114	3.257	-	-
B02265	B.2.A.8.3) - da pubblico (extra Regione)	8.326	8.326	7.771	8.326	-	-	7.771	8.326	-	-
B02270	B.2.A.8.4) - da privato	49.598	63.580	66.545	69.649	-	-	66.545	69.649	-	-
B02275	B.2.A.8.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	6.241	7.991	8.363	8.753	-	-	8.363	8.753	-	-

B02280	B.2.A.9) Acquisto prestazioni termali in convenzione	12.612	12.870	12.884	13.463	-	-	12.884	13.463	-	-
B02285	B.2.A.9.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02290	B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02295	B.2.A.9.3) - da pubblico (extra Regione)	4.623	4.306	4.020	4.308	-	-	4.020	4.308	-	-
B02300	B.2.A.9.4) - da privato	8.989	8.563	8.864	9.175	-	-	8.864	9.175	-	-
B02305	B.2.A.9.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02310	B.2.A.10) Acquisto prestazioni trasporto sanitari	44.318	48.711	53.690	59.074	-	-	53.690	59.074	-	-
B02315	B.2.A.10.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02320	B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	12.575	13.874	15.306	16.887	-	-	15.306	16.887	-	-
B02325	B.2.A.10.3) - da pubblico (extra Regione)	1.072	999	1.051	999	-	-	1.051	999	-	-
B02330	B.2.A.10.4) - da privato	30.671	33.838	37.333	41.188	-	-	37.333	41.188	-	-
B02335	B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	238.873	251.965	244.802	245.608	14.616	36.699	259.418	282.307	14.616	36.699
B02340	B.2.A.11.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02345	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri enti pubblici)	1.199	1.265	1.229	1.233	73	184	1.302	1.417	73	184
B02350	B.2.A.11.3) - da pubblico (extra Regione) non soggetto a compensazione	87	81	85	81	-	-	85	81	-	-
B02355	B.2.A.11.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	237.587	250.619	243.488	244.294	14.543	36.515	258.031	280.808	14.543	36.515
B02360	B.2.A.12) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	121.968	121.968	121.968	121.968	-	-	121.968	121.968	-	-
B02365	B.2.A.13) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	91.076	91.594	92.599	93.257	3.590	4.472	89.009	88.786	3.590	4.472
B02370	B.2.A.13.1) Contributi ad associazioni di volontariato	615	568	576	585	9	13	567	572	9	13
B02375	B.2.A.13.2) Rimborsi per cure all'estero	2.720	2.514	2.549	2.587	39	59	2.509	2.528	39	59
B02380	B.2.A.13.3) Contributi per ARPA	25.000	27.329	27.529	27.529	1.647	1.958	25.882	25.571	1.647	1.958
B02385	B.2.A.13.4) Contributi per Agenzie Regionali	19.224	21.169	21.169	21.169	1.266	1.505	19.903	19.663	1.266	1.505
B02390	B.2.A.13.5) Contributo Legge 210/92	18.932	17.495	17.740	18.006	274	408	17.466	17.598	274	408
B02395	B.2.A.13.6) Altri rimborsi, assegni e contributi	24.585	22.719	23.037	23.382	355	529	22.681	22.853	355	529
B02400	B.2.A.13.7) Rimborsi, assegni e contributi v/Asl-Ao-Irccs-Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02405	B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	158.377	148.343	150.353	151.378	19.367	20.668	130.986	130.710	19.367	20.668
B02410	B.2.A.14.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02415	B.2.A.14.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da Terzi - Altri enti pubblici	625	571	580	589	164	175	415	413	164	175
B02420	B.2.A.14.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	157.409	148.458	149.455	150.466	19.112	20.396	130.342	130.070	19.112	20.396
B02425	B.2.A.14.3.A) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	45.941	41.989	42.619	43.256	12.078	12.889	30.541	30.369	12.078	12.889
B02430	B.2.A.14.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	21.493	20.808	20.808	20.808	-	-	20.808	20.808	-	-
B02435	B.2.A.14.3.C) Indennità a personale universitario -area sanitaria	63.220	61.206	61.206	61.206	-	-	61.206	61.206	-	-
B02440	B.2.A.14.3.D) Lavoro interinale -area sanitaria	9.417	8.607	8.736	8.867	7.476	7.642	6.260	6.225	2.476	2.642
B02445	B.2.A.14.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area sanitaria	17.339	15.847	16.084	16.326	4.558	4.864	11.526	11.461	4.558	4.864
B02450	B.2.A.14.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	343	313	318	323	90	96	228	227	90	96
B02455	B.2.A.14.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02460	B.2.A.14.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Univers	33	30	31	31	9	9	22	22	9	9
B02465	B.2.A.14.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extrareg	310	283	288	292	81	87	206	205	82	87
B02470	B.2.A.15) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	194.674	181.479	185.463	187.920	2.712	4.040	182.751	183.881	2.712	4.040
B02475	B.2.A.15.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici d/Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02480	B.2.A.15.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico - Altri enti	1.877	3.275	4.586	4.654	-	-	4.586	4.654	-	-
B02485	B.2.A.15.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico (extra Regione)	5.161	4.809	5.058	4.809	-	-	5.058	4.809	-	-
B02490	B.2.A.15.4) Altri servizi sanitari da privato	187.636	173.395	175.820	178.457	2.712	4.040	173.108	174.417	2.712	4.040
B02495	B.2.A.15.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02500	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	857.364	837.726	861.685	887.373	29.880	55.846	831.806	831.527	29.880	55.846
B02505	B.2.B.1) Servizi non sanitari	808.628	781.368	815.132	840.256	22.154	48.067	792.978	792.188	22.154	48.067
B02510	B.2.B.1.1) Lavanderia	59.750	62.300	65.497	68.669	2.560	6.281	62.847	62.388	2.560	6.281
B02515	B.2.B.1.2) Pulizia	118.882	123.955	130.136	136.628	5.094	12.497	125.044	124.131	5.094	12.497
B02520	B.2.B.1.3) Mensa	81.070	84.530	88.746	93.172	3.474	8.522	85.272	84.649	3.474	8.522
B02525	B.2.B.1.4) Riscaldamento	23.038	24.021	25.219	26.477	987	2.422	24.232	24.055	987	2.422
B02530	B.2.B.1.5) Elaborazione dati	19.455	20.285	21.297	22.359	834	2.045	20.463	20.314	834	2.045
B02535	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	11.227	12.227	12.837	13.476	502	1.233	12.335	12.245	502	1.233
B02540	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	23.916	24.937	26.180	27.486	1.025	2.514	25.156	24.972	1.025	2.514
B02545	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	23.893	23.831	24.188	24.551	723	1.559	23.466	22.992	723	1.559
B02550	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	21.406	21.350	21.671	21.996	648	1.397	21.023	20.599	648	1.397
B02555	B.2.B.1.10) Altre utenze	9.965	9.959	10.108	10.260	302	651	9.806	9.609	302	651
B02560	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	58.375	53.945	54.699	55.519	844	1.257	53.855	54.263	844	1.257
B02565	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	32.741	30.256	30.679	31.139	473	705	30.206	30.434	473	705

B02570	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	25.834	23.689	24.020	24.360	321	552	23.649	23.828	321	552
B02575	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	357.131	330.027	334.641	339.661	5.163	7.689	329.479	331.972	5.163	7.689
B02580	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02585	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	1.426	1.318	1.336	1.356	21	31	1.316	1.326	21	31
B02590	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	355.705	328.709	333.305	338.305	5.142	7.658	328.163	330.646	5.142	7.658
B02595	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	41.158	39.356	39.453	39.910	7.616	7.616	31.837	32.294	7.616	7.616
B02600	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02605	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	247	250	251	254	63	63	188	192	63	63
B02610	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	40.618	38.809	38.905	39.354	7.479	7.479	31.426	31.875	7.479	7.479
B02615	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	10.633	10.758	10.792	10.954	2.695	2.695	8.097	8.259	2.695	2.695
B02620	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	11.110	8.954	8.954	8.954	-	-	8.954	8.954	-	-
B02625	B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria	15.912	16.099	16.151	16.393	4.033	4.033	12.118	12.360	4.033	4.033
B02630	B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area non sanitaria	2.963	2.998	3.007	3.053	751	751	2.256	2.302	751	751
B02635	B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	293	296	297	302	74	74	223	228	74	74
B02640	B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici dell	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B02645	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Uni	235	238	239	242	60	60	179	183	60	60
B02650	B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extra	58	59	59	60	15	15	44	45	15	15
B02655	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	7.578	7.003	7.104	7.307	110	163	6.991	7.044	110	163
B02660	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	2.562	2.368	2.401	2.437	37	55	2.364	2.382	37	55
B02665	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	5.016	4.635	4.700	4.771	73	108	4.628	4.663	73	108
B03000	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	109.124	113.781	119.456	125.413	4.676	11.471	114.780	113.942	4.676	11.471
B03005	B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	37.099	38.682	40.611	42.637	1.590	3.900	39.022	38.737	1.590	3.900
B03010	B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	19.535	20.369	21.385	22.451	837	2.054	20.548	20.397	837	2.054
B03015	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	41.800	43.584	45.758	48.040	1.791	4.394	43.967	43.646	1.791	4.394
B03020	B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	1.941	2.024	2.125	2.231	83	204	2.042	2.027	83	204
B03025	B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	8.749	9.122	9.577	10.055	375	920	9.202	9.135	375	920
B03030	B.3.F) Manutenzioni e riparazioni da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B04000	B.4) Godimento di beni di terzi	86.848	89.172	90.778	92.413	2.881	12.552	87.897	79.861	2.881	12.552
B04005	B.4.A) Affitti passivi	29.431	30.219	30.763	31.317	976	4.254	29.786	27.063	976	4.254
B04010	B.4.B) Canoni di noleggio	35.656	36.610	37.269	37.941	1.183	5.153	36.087	32.787	1.183	5.153
B04015	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	28.268	29.024	29.547	30.079	938	4.085	28.609	25.994	938	4.085
B04020	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	7.388	7.585	7.722	7.861	245	1.068	7.477	6.794	245	1.068
B04025	B.4.C) Canoni di leasing	21.761	22.343	22.746	23.155	722	3.145	22.024	20.010	722	3.145
B04030	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	16.410	16.849	17.153	17.461	544	2.372	16.608	15.090	544	2.372
B04035	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	5.351	5.494	5.593	5.694	177	773	5.416	4.920	177	773
B04040	B.4.D) Locazioni e noleggi da Asl-Ao della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B05000	B.5) Personale del ruolo sanitario	2.469.338	2.490.020	2.502.159	2.514.357	47.035	91.744	2.455.134	2.422.613	47.035	91.744
B05005	B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	1.264.135	1.274.723	1.280.937	1.287.182	24.074	46.967	1.256.863	1.240.215	24.074	46.967
B05010	B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	1.127.847	1.137.293	1.142.838	1.148.409	21.478	41.903	1.121.359	1.106.506	21.478	41.903
B05015	B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	136.288	137.429	138.099	138.773	2.595	5.064	135.504	133.709	2.595	5.064
B05020	B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	1.205.203	1.215.297	1.221.222	1.227.175	22.961	44.777	1.198.270	1.182.398	22.961	44.777
B05089	Totale Costo del personale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B06000	B.6) Personale del ruolo professionale	11.783	11.577	11.633	11.690	391	685	11.282	11.005	351	685
B06005	B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	10.398	10.216	10.266	10.316	310	604	9.956	9.712	310	604
B06010	B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	1.385	1.361	1.367	1.374	41	80	1.326	1.294	41	80
B07000	B.7) Personale del ruolo tecnico	264.796	260.160	261.429	262.703	7.887	15.388	253.541	247.315	7.887	15.388
B07005	B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	9.652	9.483	9.529	9.576	288	561	9.242	9.015	288	561
B07010	B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	255.144	250.677	251.899	253.127	7.600	14.827	244.299	238.300	7.600	14.827
B08000	B.8) Personale del ruolo amministrativo	249.660	245.289	246.485	247.687	7.437	14.508	239.048	233.179	7.437	14.508
B08005	B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	28.710	28.207	28.345	28.483	855	1.668	27.490	26.815	855	1.668
B08010	B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	220.950	217.082	218.140	219.204	6.581	12.840	211.559	206.364	6.581	12.840
B09000	B.9) Oneri diversi di gestione	148.913	138.071	140.010	142.110	2.024	3.014	137.985	139.096	2.024	3.014
B09005	B.9.A) Imposte e tasse (escluso Irap e Ires)	8.929	8.711	8.841	8.974	-	-	8.841	8.974	-	-
B09010	B.9.B) Perdite su crediti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B09015	B.9.C) Altri oneri diversi di gestione	139.984	129.360	131.169	133.136	2.024	3.014	129.145	130.122	2.024	3.014
B09020	B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	14.160	13.085	13.268	13.467	205	305	13.064	13.162	205	305
B09025	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	125.824	116.275	117.900	119.669	1.819	2.709	116.082	116.960	1.819	2.709
B10000	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	13.593	11.895	11.943	11.990	7	9	11.935	11.981	7	9

B11000	B.11) Ammortamento dei fabbricati	81.325	71.166	71.451	71.737	43	57	71.408	71.681	43	57
B11005	B.11.A) Ammortamento fabbricato non strumentali (disponibili)	397	347	349	350	0	0	349	350	0	0
B11010	B.11.B) Ammortamento fabbricati strumentali (indisponibili)	80.928	70.818	71.102	71.387	43	56	71.059	71.331	42	56
B11129	Totale Ammortamento delle immobilizzazioni materiali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B12000	B.12) Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali	107.143	93.758	94.134	94.511	57	75	94.077	94.437	57	75
B13000	B.13) Svalutazione dei crediti	867	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B14000	B.14) Variazione delle rimanenze	792	7.773	-	-	54	100	54	100	54	100
B14005	B.14.A) Variazione rimanenze sanitarie	737	7.233	-	-	50	93	50	93	50	93
B14010	B.14.B) Variazione rimanenze non sanitarie	55	540	-	-	4	7	4	7	4	7
B15000	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	259.117	97.140	166.282	169.524	-	-	166.282	169.524	-	-
B15005	B.15.A) Accantonamenti per rischi	147.172	51.306	139.382	142.808	-	-	139.382	142.808	-	-
B15010	B.15.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	20.836	7.264	19.733	20.218	-	-	19.733	20.218	-	-
B15015	B.15.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	4.208	1.467	3.985	4.083	-	-	3.985	4.083	-	-
B15020	B.15.A.3) Altri accantonamenti per rischi	122.128	42.575	115.664	118.506	-	-	115.664	118.506	-	-
B15025	B.15.B) Accantonamenti per premio di operosità	4.694	4.694	554	557	-	-	554	557	-	-
B15030	B.15.C) Altri accantonamenti	101.251	41.140	26.346	26.159	-	-	26.346	26.159	-	-
B15035	B.15.C.1) Accantonamenti per interessi di mora	11.301	1.425	3.442	3.442	-	-	3.442	3.442	-	-
B15040	B.15.C.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA ed altri	24.198	12.562	5.864	5.801	-	-	5.864	5.801	-	-
B15045	B.15.C.3) Acc. Rinnovi contratt. - dirigenza medica	41.170	21.373	9.977	9.870	-	-	9.977	9.870	-	-
B15050	B.15.C.4) Acc. Rinnovi contratt - dirigenza non medica	5.024	2.608	1.217	1.204	-	-	1.217	1.204	-	-
B15055	B.15.C.5) Acc. Rinnovi contratt. - comparto	1.797	933	435	431	-	-	435	431	-	-
B15060	B.15.C.6) Altri accantonamenti	17.761	2.239	5.410	5.410	-	-	5.410	5.410	-	-
B99999	Totale costi della produzione (B)	11.422.960	11.392.796	11.541.213	11.731.408	542.906	582.360	11.198.307	11.150.048	542.906	582.360
		162.203	115.837	165.837	165.837	-	-	165.837	165.837	-	-
C01000	C.1) Interessi attivi	806	576	824	824	-	-	824	824	-	-
C01005	C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria	679	485	694	694	-	-	694	694	-	-
C01010	C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	112	80	115	115	-	-	115	115	-	-
C01015	C.1.C) Altri interessi attivi	15	11	15	15	-	-	15	15	-	-
C02000	C.2) Altri proventi	33	24	34	34	-	-	34	34	-	-
C02005	C.2.A) Proventi da partecipazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C02010	C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C02015	C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C02020	C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	33	24	34	34	-	-	34	34	-	-
C02025	C.2.E) Utili su cambi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C03000	C.3) Interessi passivi	169.055	114.303	163.641	163.641	-	-	163.641	163.641	-	-
C03005	C.3.A) Interessi passivi su c/c tesoreria	7.525	5.374	7.694	7.694	-	-	7.694	7.694	-	-
C03010	C.3.B) Interessi passivi su mutui	422	301	431	431	-	-	431	431	-	-
C03015	C.3.C) Altri interessi passivi	152.108	108.628	155.516	155.516	-	-	155.516	155.516	-	-
C04000	C.4) Altri oneri	2.987	2.133	3.054	3.054	-	-	3.054	3.054	-	-
C04005	C.4.A) Altri oneri finanziari	2.986	2.132	3.053	3.053	-	-	3.053	3.053	-	-
C04010	C.4.B) Perdite su cambi	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-
C99999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	162.203	115.837	165.837	165.837	-	-	165.837	165.837	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D01000	D.1) Rivalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D02000	D.2) Svalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D99999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		107.784	26.133	-	-	-	-	-	-	-	-
E01000	E.1) Proventi straordinari	86.878	21.063	-	-	-	-	-	-	-	-
E01005	E.1.A) Plusvalenze	36	8	-	-	-	-	-	-	-	-
E01010	E.1.B) Altri proventi straordinari	86.842	21.055	-	-	-	-	-	-	-	-
E01015	E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	592	144	-	-	-	-	-	-	-	-
E01020	E.1.B.2) Sopravvenienze attive	52.278	12.675	-	-	-	-	-	-	-	-
E01025	E.1.B.2.1) Sopravvenienze Attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01030	E.1.B.2.2) Sopravvenienze Attive v/terzi	52.278	12.675	-	-	-	-	-	-	-	-
E01035	E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01040	E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	3.747	909	-	-	-	-	-	-	-	-
E01045	E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	353	86	-	-	-	-	-	-	-	-
E01052	E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	1.231	298	-	-	-	-	-	-	-	-

E01055	E.1.B.2.2.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati	1.949	473	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01060	E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	10.209	2.475	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01065	E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	34.789	8.434	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01070	E.1.B.3) Insussistenze attive	25.504	6.183	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01075	E.1.B.3.1) Insussistenze Attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01080	E.1.B.3.2) Insussistenze Attive v/terzi	25.504	6.183	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01085	E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01090	E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale	252	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01095	E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01100	E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	3.322	805	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01105	E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati	32	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01110	E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	11.931	2.893	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01115	E.1.B.3.2.G) Altre Insussistenze attive v/terzi	9.967	2.416	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E01120	E.1.B.4) Altri proventi straordinari	8.468	2.053	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02000	E.2) Oneri straordinari	194.662	47.195	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02005	E.2.A) Minusvalenze	14	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02010	E.2.B) Altri oneri straordinari	194.648	47.192	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02015	E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	3.026	734	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02020	E.2.B.2) Oneri da cause civili	2.199	531	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02025	E.2.B.3) Sopravvenienze passive	167.410	40.588	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02030	E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02035	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Asl-Ao,Irccs,Pol. relative alla mobilità intraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02040	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Asl-Ao,Irccs,Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02045	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	167.410	40.588	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02050	E.2.B.3.2.A) Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	22	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02055	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	30.336	7.331	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02060	E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	15.517	3.762	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02065	E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	2.262	548	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02070	E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	12.457	3.020	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02075	E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	15.263	3.700	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02080	E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	3.693	895	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02085	E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	22.928	5.559	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02090	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	41.981	10.178	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02095	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	53.287	12.919	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02100	E.2.B.4) Insussistenze passive	22.006	5.335	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02105	E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02110	E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi	22.006	5.335	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02115	E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02120	E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	14	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02125	E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02130	E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02135	E.2.B.4.2.E) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	3.589	870	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02140	E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	417	101	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02145	E.2.B.4.2.G) Altre Insussistenze passive v/terzi	17.986	4.361	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E02150	E.2.B.5) Altri oneri straordinari	17	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E99999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	107.784	26.132	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X01000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	996.806	959.496	956.806	945.960	307.470	-543.481	580.601	324.990	378.206	621.060	
		229.273	227.030	230.487	231.603	-	-	230.487	231.603	-	-	
Y01000	Y.1) IRAP	227.127	225.528	228.926	230.102	-	-	228.986	230.102	-	-	
Y01005	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	208.749	207.280	210.457	211.483	-	-	210.457	211.483	-	-	
Y01010	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	11.832	11.749	11.929	11.987	-	-	11.929	11.987	-	-	
Y01015	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	6.541	6.495	6.595	6.627	-	-	6.595	6.627	-	-	
Y01020	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciali	5	5	5	5	-	-	5	5	-	-	
Y02000	Y.2) IRES	2.145	1.501	1.561	1.501	-	-	1.501	1.501	-	-	
Y02005	Y.2.A) IRES su attività istituzionale	1.174	822	822	822	-	-	822	822	-	-	
Y02010	Y.2.B) IRES su attività commerciale	971	680	680	680	-	-	680	680	-	-	
Y03000	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Y99999	Totale imposte e tasse	229.272	227.030	230.487	231.603	-	-	230.487	231.603	-	-	
Z99999	RISULTATO DI ESERCIZIO	1.225.778	1.186.526	1.187.293	1.177.564	307.470	-543.481	810.846	556.756	378.448	620.868	

Direttore responsabile: LUCA FEGATELLI

(BP-2011-23-2-019) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

Prezzo € 2,06