Decreto del Presidente
In qualità di Commissario ad acta
(Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008)

DECRETO n.

Oggetto: **Individuazione del fabbisogno di posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza nella Regione Lazio per l'anno 2009 e conseguente riorganizzazione e riqualificazione della rete e dell'offerta ospedaliera regionale. Integrazioni e modifiche ai Decreti del Commissario ad acta n. 25/08 e n. 43/08.**

IL PRESIDENTE
In qualità di Commissario ad Acta

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni 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 23 dicembre 1996, n. 662, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";

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 economico 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);

VISTA la legge 27 dicembre 2006, n.296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" e, in particolare l'art.1, comma 796, lett. b) che ha istituito per il triennio 2007 – 2009 il Fondo transitorio per le regioni con disavanzi elevati, subordinando l'accesso allo stesso alla sottoscrizione di un apposto accordo, tra i Ministri della Salute, dell'Economia e Finanze e la Regione interessata, ai sensi dell'art.1, comma 180, della L. n.311/04;

PRECISATO in proposito che, così come previsto dallo stesso art.1, comma 796, lett. b), il predetto accordo deve essere comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA la L.R. 28 dicembre 2006, n.27 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007 (art.11, L.R. 20 novembre 2001, n.25)" e, in particolare, l'art. 8 concernente le misure di attuazione del patto nazionale sulla salute;

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

RILEVATO, in particolare, che:
- il predetto piano di rientro prevede interventi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione;
- tra gli obiettivi individuati nel Piano di Rientro rivestono particolare importanza quelli relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata;

VISTO il DL n. 112/08 convertito nella L. n. 133/08, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria, con particolare riferimento all'art. 79 riguardante la "Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria";

VISTA la Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Pietro Marrazzo, è stato nominato "Commissario ad Acta" per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

CONSIDERATO che ai punti 7) e 9) della succitata Deliberazione è previsto che il Commissario ad acta si attivi al fine di realizzare un riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza ed efficacia e la revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate nonché per il riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali intermedie e dell'assistenza domiciliare;

VISTA la legge regionale 11 agosto 2008 n. 14;

VISTO l'articolo 1, comma 2, della Legge 662/96;

VISTO l'articolo 1, comma 796, lettera b) Legge 296/2006(Finanziaria 2007);

CONSIDERATO che l'idoneo dimensionamento delle strutture sanitarie di ricovero per acuti, riabilitazione e lungodegenza in relazione alla tipologia di prestazioni da erogare, rappresenta uno dei principali requisiti per garantire la migliore qualità dell'assistenza sia in termini di efficienza ed efficacia, sia sul versante dell'appropriatezza e delle sicurezza per il paziente;

VISTI gli standard indicati dalla programmazione nazionale, dalle specifiche determinazioni adottate dalle diverse Regioni italiane e le indicazioni della Organizzazione Mondiale della Sanità;

CONSIDERATA: la specifica struttura del sistema di offerta presente nella Regione Lazio e la correlazione di questa con la stima dei fabbisogni di assistenza per acuti, riabilitazione e lungodegenza della popolazione;.

VISTO il comma 2-ter dell'art.1, della Legge n. 382/96;

CONSIDERATA la necessità di conseguire, come previsto dal Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni. Dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222:

- gli obiettivi finanziari previsti dal piano di rientro dal deficit sanitario nei tempi ivi programmati al fine di non mettere in pericolo la tutela dell'unità economica della Repubblica;
- la tutela dei Livelli Essenziali delle prestazioni, anche nei campi della prevenzione e della assistenza territoriale e non solo di quella ospedaliera;

RITENUTO che le risorse necessarie a garantire i livelli di assistenza extraospedalieri , in particolare quello dell'assistenza territoriale, possano essere reperite solo riconvertendo parte della spesa eccessiva a livello ospedaliero eccedente di gran lunga la media nazionale e lo standard previsto dagli atti di programmazione nazionale;

CONSIDERATO che al fine di procedere alla riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza nel senso sopra indicato è necessario definire gli indirizzi complessivi di programmazione regionale relativamente al fabbisogno di assistenza ospedaliera, riabilitativa e di lungodegenza;

VISTO i Decreti n. 25/08 e 43/08 del Commissario ad acta con i quali sono stati adottati i primi interventi per il riassetto della rete ospedaliera regionale e il riequilibrio dell'offerta a favore delle strutture territoriali in considerazione dell'eccessivo numero di posti letto per acuti ;

CONSIDERATO che sulla base delle indicazioni contenute nei su citati decreti sono stati stipulati accordi con le case di cure private recepiti con Decreti Commissariali con i quali si è proceduto per alcune a condividere le riduzioni di posti letto, le riconversioni ed i volumi di prestazioni remunerabili e con altre a ridurre del 5% i volumi di prestazioni anche in relazione alla riduzione dei posti letto effettuata con precedenti decreti;

RITENUTO necessario, al fine di definire la riorganizzazione a regime dell'intera rete ospedaliera e completare la riqualificazione, la riconversione e la riorganizzazione tanto dei presidi pubblici che di quelli privati provvisoriamente accreditati con i quali non si è ancora provveduto a stipulare i relativi accordi contrattuali, dotarsi di strumenti programmatori generali che individuino il fabbisogno regionale tanto dei posti letto per acuti delle singole discipline, quanto di quelli di lungodegenza e riabilitazione secondo le diverse tipologie relative all'intensità di cura;

RITENUTO necessario individuare ulteriori interventi indispensabili a ricondurre entro i limiti previsti dalla normativa vigente il rapporto posti letto/popolazione;

PRESO ATTO che in data 31/03/2009, il Commissario ad acta ha inviato la proposta di Piano sanitario Regionale 2009-2011 per i previsti pareri al Consiglio Regionale, al Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, al Tavolo di monitoraggio presso il MEF, alle Università in attuazione del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e del DM del 04/05/2001;

CONSIDERATO che i tempi necessari per l'adozione del PSR non permetterebbero l'attuazione del piano della rete ospedaliera in tempi sufficientemente coerenti con gli obiettivi del Piano di Rientro per cui si rende necessario l'adozione del presente atto a

stralcio del PSR;

PRESO ATTO che, nella proposta di cui sopra è previsto, nell'ambito dello standard nazionale pari a 4,5 posti letto per 1000 abitanti :

- un fabbisogno di posti letto per acuti attivi per l'anno 2009 pari a 3,5 per 1000 abitanti ;
- un fabbisogno di posti letto di riabilitazione attivi per l'anno 2009 pari a 0,7 per 1000 abitanti;
- un fabbisogno di posti letto di lungodegenza post-acuzie attivi per l'anno 2009 pari a 0,3 per 1000 abitanti;

CONSIDERATO

- che per il calcolo del rapporto posti letto/abitanti si è tenuto conto della popolazione indicata nel Piano di rientro e non dell'ultimo dato Istat riferito al 1.1.08 nonostante la stessa sia incrementata di oltre 250.000 abitanti;
- che tale calcolo non è stato aggiornato sulla base dei nuovi dati di popolazione in quanto, ai sensi dell'art. 79 della L. 133/08, il rapporto posti letto/abitanti in applicazione del nuovo Patto per la Salute, dovrà essere rivisto in diminuzione;

CONSIDERATO che l'articolo 8-quater, comma 3, lettera b) del D.lgs 502/92, così come integrato e modificato dalla Legge n. 133/08 prevede che "la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie...";

CONSIDERATO che anche la Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008 con cui è stato nominato il Commissario ad Acta prevede, tra gli interventi prioritari necessari al raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, al punto 7 "il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia .."

CONSIDERATO che al fine di ridurre i posti letto per acuti attivi nella Regione Lazio in misura eccedente al fabbisogno, Laziosanità-ASP ha sviluppato un metodo per evidenziare, nell'ambito dell'offerta ospedaliera pubblica e privata per acuti, situazioni di sottoutilizzo delle risorse attualmente in dotazione ai singoli presidi attraverso il calcolo di un Indice Sintetico di Performance (Isp) specifico per istituto di ricovero e specialità, basato sullo scarto tra la dotazione effettiva di posti letto e il numero atteso in base a determinati valori di appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione specificamente indicate e descritte nel capitolo 1.1 del documento allegato al Decreto n. 43/08;

RITENUTO che l'ISP sia un indicatore multidimensionale in grado di evidenziare, nell'ambito dell'offerta ospedaliera per acuti, situazioni di sottoutilizzo delle risorse

attualmente in dotazione su cui poter intervenire, in base agli indirizzi generali di programmazione regionale ed alla distribuzione delle risorse rispetto al fabbisogno delle singole aree territoriali, con azioni di rimodulazione dell'offerta e/o di riqualificazione della stessa;

PRESO ATTO che l' ISP è espresso in termini di numero di posti letto ed è calcolato, per ciascuna struttura erogatrice e specialità di ricovero, come differenza tra :

- il numero calcolato di posti letto attesi (PLattesi) necessari per erogare, in condizioni standard di appropriatezza organizzativa ed efficienza, le dimissioni storiche certificate dai sistemi informativi dell'ASP;
- il numero di posti letto effettivi (PLeffettivi) in dotazione estratto dai dati certificati del flusso NSIS;

CONSIDERATO che un valore negativo dell'ISP indica che l'attività osservata potrebbe essere erogata con un numero di posti letto inferiore alla dotazione ed in valore assoluto rappresenta quindi il numero di posti letto non performanti per singola struttura e specialità di ricovero;

RITENUTO che la riduzione dei posti letto non performanti come risultanti dall'applicazione dell'ISP per ogni singolo presidio, debba essere modulata sulla base di vincoli e criteri protettivi specificamente indicati nel capitolo 2.2.1 del documento allegato al Decreto n. 43/08;

RITENUTO necessario integrare il suddetto criterio anche con la valutazione della necessità di dismissione e/o accorpamento di unità operative che a seguito della riconfigurazione pervengono ad una dotazione di posti letto tale da non garantire soglie operative di efficienza, anche eventualmente derogando a suddetti criteri, ivi compresi quelli protettivi. Di contro, laddove le strutture non hanno evidenziato livelli di non performance e contestualmente, il relativo tasso di utilizzo dei posti letto è elevato si è ritenuto necessario rideterminare in aumento le dotazioni al fine di garantire sufficiente assistenza;

RITENUTO pertanto che per i presidi a gestione diretta, al fine di garantire una effettiva razionalizzazione, l'attuazione degli interventi di dismissione dei posti letto dovrà necessariamente essere applicata mediante l'accorpamento di reparti che non raggiungono soglie minime di dimensionamento e di efficienza nonché mediante la riorganizzazione delle cure per livelli assistenziali, così come previsto dall'allegato documento al presente atto (**all. 1**);

RITENUTO di dover indicare, come già previsto nel Decreto n. 25/08 e 43/08 del Commissario ad Acta, in base agli indirizzi generali di programmazione regionale sopra evidenziati ed alla distribuzione delle risorse rispetto al fabbisogno delle singole aree territoriali, azioni di riconversione, rimodulazione dell'offerta e/o di riqualificazione

della stessa secondo quanto indicato nell'allegato documento al presente atto (all. 2);

RITENUTO opportuno, altresì adottare le linee direttive per la individuazione delle tipologie di strutture al fine della riadozione degli atti aziendali, come da **allegato n. 3**, già sospesi per effetto della LR n. 14 / 08 come da allegato n. 3;

CONSIDERATO che al fine di ridurre i posti letto attivi nella Regione Lazio per l'assistenza in post-acuzie ed in riabilitazione in misura eccedente al fabbisogno, è stato predisposto da Laziosanità-ASP un metodo che tiene conto di soglie di appropiatezza ed efficienza nell'utilizzazione dei posti letto prevedendo una media di utilizzazione pari al 98% per i ricoveri ordinari ed un uso di non più del 10% degli stessi per il regime di day hospital. Tale metodo, al fine di evitare picchi o eccessi di incidenza sulle strutture viene temperato con la individuazione di un range minimo e massimo di riduzione di posti letto e conseguentemente di volumi di prestazioni remunerabili. Il tutto come riportato sul decreto n. 49 del 18/06/2009. conseguentemente per i posti letto di riabilitazione viene determinato un accreditamento del 2% in eccesso rispetto al fabbisogno con oneri a carico del S.S.R. pari al 98% della potenzialità, a norma dell'art. 8 quater, c.8 del D.Lgs. 502/92 e s.m. fermo restando il rispetto dello standard complessivo di 4,5 posti letto per mille abitanti.

Per i motivi di cui in narrativa che costituiscono parte integrante del presente provvedimento :

DECRETA

1. di approvare, quale adempimento previsto dal Piano di Rientro, ed in applicazione degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Regionale e quale atto di programmazione regionale che definisce il fabbisogno di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza, il piano di "Riqualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Lazio" che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale (**All. 1, 2 e 3**);
2. di dare mandato ai DD.GG delle Aziende Sanitarie interessate, fermo restando quanto già previsto dai Decreti del Commissario ad Acta n. 25/08 e 43/08 per la parte non modificata dal presente atto, di adottare tutti gli atti necessari affinché il processo di riconversione, riqualificazione e rimodulazione dell'offerta sanitaria delle ulteriori strutture interessate sia completato entro il 31.12.09;
3. di prevedere, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b) Legge 296/2006, in merito alle determinazioni che possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria, che l'accreditamento potrà essere concesso alle case di cure soggette a riconversione come previsto dal presente decreto, in via provvisoria per l'avvio di nuove

attività in strutture preesistenti ai sensi del comma 7 articolo 8-quater del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, fermo restando il possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio di cui alla Legge regionale n. 4/03;

4. di riservarsi l'adozione di apposito atto di indirizzo, sentite le OO.SS, per la ricollocazione del personale risultante in esubero nelle strutture pubbliche a seguito delle soppressioni, riconversioni o accorpamenti di strutture;
5. le disposizioni di cui al presente decreto costituiscono obiettivi prioritari ai fini della valutazione dei Direttori Generali e la eventuale inosservanza configura i gravi motivi per i quali si può applicare la decadenza dall'incarico ai sensi dell'art. 3-bis, comma 7 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Il presente decreto ha validità dalla data della sua adozione e verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nonché resa disponibile anche sul sito web della Regione Lazio all'indirizzo www.regione.lazio.it nel link dedicato alla sanità tra le "Ultime notizie".

ALLEGATO 1

1) PREMESSA

Il piano di rientro dal disavanzo del sistema sanitario della Regione Lazio ha evidenziato le criticità derivanti dall'eccesso di offerta e dai livelli di inappropriatezza nonché conseguente elevato tasso di ospedalizzazione.
Il progetto di PSR, nel richiamare tali criticità, si è proposto l'obiettivo di ricondurre l'offerta all'interno degli standard di posti letto previsti a livello nazionale.
Il Ministero della Salute ha elaborato un monitoraggio della rete ospedaliera della Regione Lazio nel quale ha messo in evidenza che, "con riferimento alle schede di Dimissione Ospedaliera dell'anno 2006, dal confronto tra i dati della Regione Lazio ed il *Benchmark*", emerge:

- Un evidente eccesso di giornate di degenza in riabilitazione, sia in degenza ordinaria (DO) che in *Day Hospital* (DH);
- Una significativa potenziale inappropriatezza di ricoveri per acuti sia in DO che in DH determinata più dall'eccessivo numero di ricoveri che da differenze relativamente alla degenza media.

In particolare per quanto riguarda:

a) **I ricoveri per riabilitazione:**
"L'eccesso di giornate di degenza in riabilitazione è fortemente riconducibile al valore della degenza media ed, in misura decisamente inferiore, ad un eccessivo tasso di ospedalizzazione. Con riferimento alla degenza ordinaria si registra, infatti, un eccesso di 123,7 giornate, con una degenza media parti a 1,7 volte il *benchmark*. Se la degenza media fosse in linea con il *benchmark*, l'eccesso si ridurrebbe a sole 19 giornate. Con riferimento al *Day Hospital*, invece, il problema sembra riconducibile ad entrambe le componenti, infatti a fronte di un numero di accessi pari a 4,9 volte il *benchmark*, si riscontra un numero di dimessi e di accessi medi rispettivamente 2,7 ed 1,8 volte superiori.
La distribuzione delle giornate di degenza per classe d'età evidenzia un eccesso generalizzato per tutte le classi d'età (+925.095 gg.), con un delta particolarmente evidente sugli ultra 55enni. Tale eccesso appare essere un problema radicato nel tempo";

b) **I ricoveri per acuti:**
I ricoveri per acuti, a differenza della riabilitazione, si caratterizzano per un eccesso di giornate di degenza prevalentemente riconducibile ad un eccessivo tasso di ospedalizzazione (pari a 1,20 volte il *benchmark* in DO e 1,53 volte in DH) più che alla degenza media.

La potenziale inappropriatezza della Regione Lazio appare maggiormente riconducibile alla casistica medica, infatti, si evidenzia una percentuale di inappropriatezza dei ricoveri medici pari al 23% del fabbisogno medico a fronte di una potenziale in appropriatezza della casistica chirurgica pari al 7% del suo fabbisogno. Tal fenomeno sembra essere riconducibile a due tipologie di fattori:

- un non adeguato bilanciamento tra livelli assistenziali (ospedaliero *versus* distrettuale);
- un non adeguato bilanciamento tra regimi di ricovero nell'ambito del LEA ospedaliero (regime di ricovero ordinario *versus Day Hospital*).

c) **La degenza media dei ricoveri per acuti:**
Il valore della degenza media risulta, con riferimento alla degenza ordinaria per ricoveri medici, in linea con le Regioni del *benchmark* (7,4 giornate).

Con riferimento alla casistica chirurgica si registra, invece, un problema nel processo produttivo: infatti, per quanto riguarda la degenza ordinaria, la degenza media è pari a 7,6 giornate a fronte delle 6,3 del *benchmark*. Si suggerisce particolare attenzione alle strutture pubbliche in cui si registra un delta di più di 2 giornate di degenza per dimesso.

Premesso quanto sopra, diventa fondamentale perseguire uno degli obiettivi previsti dal piano di rientro (PdR) quale è quello della "riconduzione del numero di posti letto agli standard nazionali (4,5 p.l. per 1000 ab. Comprensivi di riabilitazione e lungodegenza post acuzie)" da attuarsi mediante:

1) Riconversione degli ospedali per acuti e case di cura di piccole dimensioni con bassi volumi di attività, in poliambulatori, RSA, presidi territoriali di prossimità (o ospedale del territorio), hospice per il raggiungimento dello standard di 3,5 posti letto per acuti per mille abitanti;
2) Riconversione/ridimensionamento di p.l. di riabilitazione per il raggiungimento insieme alla lungodegenza dello standard non superiore a 1 posto letto per mille abitanti;
3) Ridimensionamento di unità con bassa performance organizzativa;
4) Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime ordinario o di DH, attraverso l'estensione degli APA e dei PAC;
5) Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza urgenza e l'elezione con organizzazione a rete secondo il modello Hub e Spoke;
6) Dotazione, negli ospedali pubblici, di unità di lungodegenza, anche con riconversione di posti letto per acuti e riabilitazione al fine di ottimizzare la degenza medica e garantire la continuità assistenziale.

I posti letto anagrafici per acuti rilevati dal Sistema informativo alla data dell'1/01/08 sono per gli acuti 23.246 a fronte di 18.567 richiesti per il rispetto dello standard nazionale. Il piano di rientro ha stabilito pertanto l'obiettivo di chiusura di 4.679 p.l.
Nel dettaglio nel PdR è prevista nel:

- 2007 la riduzione di 2.397 p.l. anagrafici con un residuo di p.l. di 20.849
- 2008 la riduzione di 1.120 p.l. anagrafici con un residuo di p.l. di 19.704
- 2009 la riduzione di 1.162 p.l. anagrafici con un residuo di p.l. di 18.567

Il PdR analizza la distribuzione di p.l./abitanti per territorio geografico delle ASL su cui insistono le strutture ospedaliere ed evidenzia come l'esubero dei p.l. sia concentrato nella ASL RM E e nella ASL RM A. Sopra lo standard risulta, seppure in maniera non eccessiva, anche la RM D.
Per tale aspetto deve osservarsi che appare poco significativa la presenza di standards elevati in particolare in ASL della città di Roma essendo questa legata alla presenza di strutture di notevoli dimensioni a bacino regionale ed interregionale con dotazione di discipline di alta specializzazione con ampio bacino di utenza la cui presenza necessariamente deve concentrarsi nell'area della capitale.

La legge regionale di assestamento di bilancio 14/2008 al comma 66 prevede:

- fino all'adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera ed ambulatoriale (entro 90 gg. dall'entrata in vigore della legge) la sospensione della realizzazione/apertura di strutture pubbliche e dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture private.
- la cessazione al 31/10/2008 dell'attività ospedaliera del San Giacomo e dell'attività ospedaliera del Nuovo Regina Margherita.
- La dismissione dell'ospedale Forlanini, a seguito del trasferimento delle strutture sanitarie presso l'ospedale San Camillo.

Il decreto del Commissario n. 8 del 3 settembre 2008 ha, disposto la cessazione dell'attività del San Giacomo entro il 31 ottobre 2008 e l'attivazione entro la stessa data di un punto di prima assistenza con annessa attività ambulatoriale nei locali ASL di via Canova Roma.
Il decreto del Commissario n. 9 del 3 settembre 2008 stabilisce che entro il 31/12/2008 siano trasferite al "San Camillo" le attività sanitarie dell'Ospedale Forlanini in via completa e definitiva.
Il decreto del Commissario n. 25 dell'11 settembre 2008 ha definito 4 criteri per l'individuazione dei posti letto da riconvertire/disattivare:

- n.° dei p.l. della struttura inferiore o uguale a 90 all'1/01/2008 risultante dal modello HSP22 bis del NSIS
- tasso di occupazione inferiore o uguale all'85% risultante dai dati di attività 2007 del modello HSP22 bis del NSIS
- tasso di occupazione maggiore dell'85%, in presenza di una degenza media superiore al valore medio regionale (7,3) maggiorato del 25% risultante dai dati di attività 2007 del modello HSP22 bis del NSIS
- n.° di prestazioni di PS/anno effettuate inferiori alle 20.000 valutate come media degli anni 2006-2007 (per i presidi forniti di P.S.) secondo i dati risultanti dal modello HSP22 bis del NSIS

In applicazione di detti parametri è stata stabilita:

- la riconversione entro il 31 dicembre 2008 di 386 p.l. pubblici. L'ospedale Nuovo Regina Margherita, di cui la legge 14 prevedeva la chiusura totale, ha mantenuto invece 20 p.l. di day hospital
- la riduzione entro il 15 dicembre 2008 di 1140 p.l. accreditati

Inoltre sono individuati ulteriori interventi indispensabili a ricondurre entro i limiti previsti dalla normativa vigente il rapporto p.l. per acuti/riabilitazione, affidando alla D.G. Laziosanità ASP il mandato a presentare entro il 10 ottobre un Piano complessivo di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera finalizzato all'obiettivo.

Il suddetto piano complessivo è stato approvato col decreto commissariale n. 43 del 17/11/08 col quale si è proceduto a:

1. approvare, quale adempimento previsto dal Piano di Rientro, a stralcio del Piano Sanitario Regionale, e quale atto di programmazione regionale che definisce il fabbisogno di assistenza ospedaliera per acuti, di RSA, di Hospice e di Presidi di assistenza territoriale denominati Presidi Territoriali di Prossimità (PTP), il piano di "Riqualificazione della rete ospedaliera e potenziamento dell'offerta territoriale nella Regione Lazio";
2. approvare conseguentemente il fabbisogno delle tipologie assistenziali strumento di riconversione comprese quelle riferite all'attività specialistica ambulatoriale secondo quanto indicato nei capitoli 2.2 e 3.1.6 del documento allegato al decreto;
3. dare mandato ai DD.GG delle Aziende Sanitarie interessate, fermo restando quanto già previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. 25/08, di adottare tutti gli atti necessari affinchè il processo di riconversione, riqualificazione e rimodulazione dell'offerta sanitaria delle ulteriori strutture interessate sia avviato entro il 31.12.08 e completato entro il 31.3.2009 ;
4. prevedere, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b) Legge 296/2006, in merito alle determinazioni che possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi gia' adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria, che l'accreditamento potrà essere concesso alle case di cure soggette a riconversione, in via provvisoria per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti ai sensi del comma 7 articolo 8-quater del D.Lgs. 502/92 e successive

modifiche ed integrazioni, fermo restando il possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio di cui alla Legge regionale n. 4/03;

5. dare atto che all'ulteriore riduzione di 145 posti letto per acuti si provvederà in sede di sottoscrizione dei protocolli d'intesa Università-Regione.

Il tavolo di verifica degli adempimenti e il comitato di verifica della assicurazione dei LEA congiunti, hanno osservato quanto segue in ordine al decreto n. 43:
"nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 26 novembre 2008, il Tavolo ed il Comitato, pur rilevando che tale provvedimento era già stato valorizzato all'interno dei precedenti decreti quali il n. 25 ed il n. 39 e che, oggi non presenta valorizzazioni aggiuntive, esprimono forti perplessità relativamente al piano di riassetto della rete ospedaliera risultante dal combinato disposto dei decreti 25 e 43 rispetto alle finalità strategiche del piano di rientro e richiedono pertanto la produzione di un nuovo documento programmatico ospedaliero, che integri la previsione dei posti letto per acuti, per lungodegenza e per riabilitazione e, riverifichi i criteri di efficienza alla base della decisione di mantenimento o riconversione delle singole strutture ospedaliere, in particolare quelle con ridotto numero di posti letto".

Per quanto attiene alla riabilitazione e lungodegenza post acuzie la dotazione del Lazio di p.l. all'1/01/2008 è superiore rispetto a quella prevista nel piano di rientro.

L'esubero dei p.l. riguarda sia gli acuti che la riabilitazione, quest'ultima in modo particolare.

Si rileva inoltre una distribuzione fortemente concentrata su Roma, e una offerta quasi assente nella Provincia di Rieti.

Alla luce delle suddette evidenze si riportano i seguenti criteri per la riformulazione della rete ospedaliera e indirizzi per la sua attuazione.

2) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA: CRITERI

La nuova impostazione della rete ospedaliera dovrà, comunque, garantire ai cittadini laziali:

- facilità di accesso all'assistenza ospedaliera e garanzia della erogazione delle prestazioni nell'ambito regionale;
- gestione efficace ed efficiente dell'ospedale attraverso una adeguata riconfigurazione degli ospedali sul territorio sulla base di problematiche specifiche nelle aree disagiate, appropriatezza dei ricoveri e, comunque, dell'uso dell'ospedale;
- collegamento delle strutture ospedaliere ai servizi sul territorio, necessario all'implementazione dei percorsi assistenziali, sia nella fase di accesso che di dimissione dall'ospedale, mettendo in atto una reale integrazione fra ospedale e territorio;
- organizzazione interna degli ospedali orientata a criteri di efficienza, qualità ed economicità.

Ai fini del rispetto dello standard di posti letto, fissato in 4,5 per mille abitanti, i posti letto sono ripartiti come segue:

posti letto per acuti	3,455 per mille abitanti
posti letto riabilitazione	0,7 per mille abitanti
posti letto lungodegenza post-acuzie	0,3 per mille abitanti
posti letto strutture neuropsichiatriche	0,045 per mille abitanti n. (240)

All'esito della allocazione dei posti letto è possibile una minima osmosi tra le tipologie assistenziali fermo restando il limite massimo complessivo ed il limite dei posti letto per acuti.
I posti letto di riabilitazione e lungodegenza risultano solo apparentemente in eccesso rispetto allo standard di 1 posto letto per mille abitanti a causa di un lieve spostamento interno da lungodegenza verso riabilitazione.
Di contro i posti letto di riabilitazione delle case di cura private sono posti a carico del S.S.R. per il 98% della loro potenzialità, quindi meno dei posti letto accreditati.
Comunque il totale complessivo dei posti letto risulta inferiore allo standard di 4,5 per mille abitanti, anche facendo riferimento alla popolazione di cui al piano di rientro che è inferiore di circa 250.000 abitanti rispetto all'attuale.
Parte dei suddetti posti letto risultano già attribuiti con i decreti 25 e 43 del 2008 come integrati con le intese approvate dal commissario per l'attuazione del piano di rientro col sistema delle Case di Cura private, quale fabbisogno per disciplina ai fini dell'accreditamento. Per alcune di tali strutture vanno definite le discipline di afferenza dei posti letto di D.S. polispecialistico ed effettuate poche correzioni.
Complessivamente risultano non assegnati oltre 300 posti letto di cui fino al massimo di 148 da attribuire al Policlinico Campus in fase di attuazione del protocollo d'intesa e il resto da assegnare successivamente all'esito di contenziosi in corso e per la configurazione definitiva del Policlinico Tor Vergata.
Inoltre, data la loro valenza a carattere regionale ed interregionale, la dotazione delle strutture delle aziende ospedaliero universitarie, IRCCS pubblici e privati è determinata dalla Regione sia attraverso le Commissioni paritetiche università-regione per le aziende ospedaliero universitarie, sia in relazione al procedimento di riconoscimento o conferma quale IRCCS sia, per questi ultimi mediante confronti con i legali rappresentanti.
Conseguentemente le dotazioni riportate nelle schede di cui all'allegato 2, comunque individuate in relazione allo stato di avanzamento dei lavori delle commissioni Regione-Università ed a provvedimenti di riconoscimento o conferma quali IRCCS, sono suscettibili di rivisitazione o conferma in sede di stipula definitiva dei protocolli d'intesa o all'interno delle procedure degli IRCCS, fermo restando il rispetto degli standard e la configurazione degli IRCCS stessi.
La rete attualmente esistente comprende una serie di piccoli stabilimenti pubblici che da un lato non garantiscono assistenza adeguata e dall'altro assorbono preziose risorse soprattutto in termini di personale.
Si impongono, pertanto, una serie di interventi radicali finalizzati all'accorpamento dei piccoli ospedali e ad eventuale delocalizzazione di alcuni ospedali, con la realizzazione di nuove strutture ospedaliere collocate in sedi facilmente accessibili a più comunità locali.
Tali iniziative, oltre che realizzare strutture moderne, efficienti e conformi ai requisiti strutturali impiantistici e tecnologici previsti in materia di accreditamento, in sostituzione di più strutture piccole e inadeguate, liberano risorse da utilizzare per le nuove realizzazioni.
Il sistema va pertanto rimodulato con l'obiettivo di realizzare una rete ospedaliera tecnologicamente avanzata, costituita da una serie di ospedali classificati in relazione ai livelli di complessità ed alle funzioni assistenziali.
In tale ottica le dotazioni riportate per struttura ospedaliera nell'allegato 2 hanno come obiettivo la riconfigurazione attuale e immediata della rete, praticabile indipendentemente da interventi edilizi di rilievo e con riferimento al triennio 2009-2011.
Nel corso del triennio, anche alla luce del nuovo patto della salute di cui alla legge 133/07 art. 79, in relazione allo stato d'avanzamento dei rinnovi dei protocolli d'intesa con le università e alla più attuale prospettiva di realizzazione di nuove strutture o ampliamento di quelle esistenti sarà necessario procedere ad adattamenti del piano, in particolare ai fini della concentrazione dei presidi in quelli di nuova edificazione.

Altro intervento essenziale deve consistere nella organizzazione più razionale delle strutture ospedaliere con l'accorpamento di piccole unità operative, prevalentemente qualificate come U.O.C. sia all'interno dello stesso ospedale sia con concentrazione in unico ospedale di più strutture. Esemplificativamente unità di ricovero con 6/10 posti letto della medesima disciplina in più ospedali diventano una sola unità in un unico ospedale.
Inoltre è contrastata la frammentazione di posti letto e quindi di U.O. della medesima disciplina nello stesso ospedale con conseguente accorpamento in un numero inferiore di unità, utilizzo più razionale del personale e contrasto ai fenomeni di relativa carenza.
Parimenti avviene, con conseguente soppressione di strutture, il contrasto alla proliferazione di U.O.C. riguardanti servizi diagnostici o direzionali.
I modelli organizzativi e vincoli saranno definiti negli atti aziendali secondo le direttive indicate nel presente documento e nell'allegato "3".
Per la realizzazione di quanto sopra vengono individuate le seguenti tipologie di ospedali, fatto salvo quanto previsto dalla DGR 424/06:

Ospedali di primo livello (di base) sede di pronto soccorso dotati delle discipline di base secondo la seguente configurazione:

A) *Senza posti letto*
- Direzione medica di presidio
- Direzione amministrativa di presidio
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina e Chirurgia d'accettazione e di urgenza con letti tecnici di osservazione breve
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Farmacia ospedaliera
- Cardiologia

B) *Con posti letto*
- Medicina Interna
- Chirurgia generale
- Ortopedia e traumatologia
- Ginecologia e ostetricia
- DH o servizio pediatria c/o neonatologia per gestione culle

DEA di I° livello
Devono essere presenti le specialità di base con e senza posti letto precedentemente elencate ed in relazione alla domanda e bacini di utenza, alcune unità operative complesse con posti letto delle seguenti discipline intermedie per acuti come riportato nell'allegato "2".

A) *discipline – senza posti letto:*
Oltre alle specialità di base:
Anatomia patologica
Medicina trasfusionale

B) discipline con posti letto, secondo fabbisogno, una o più delle seguenti oltre alle specialità di base e comunque, necessariamente, rianimazione, cardiologia con UTIC e pediatria:
- Rianimazione

- Pediatria
- Psichiatria
- Nefrologia
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Oncologia
- Neonatologia con UTIN
- Malattie infettive
- Ematologia

DEA di II° livello

Delle discipline di seguito elencate possono essere presenti più unità operative ma non necessariamente tutte. Per alcune discipline a larghissimo bacino di utenza si deve programmare una unità operativa di riferimento per macroarea.

A) *Senza posti letto*

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Neuroradiologia
- Allergologia e Immunologia Clinica
- Malattie Metaboliche e Diabetologia
- Neurofisiopatologia
- Medicina Legale
- Microbiologia e virologia
- Radioterapia
- Fisica sanitaria
- Scienze dell'alimentazione e dietetica
- Angiologia
- Genetica medica
- Medicina nucleare
- Psicologia
- Medicina dello sport

B) *Con posti letto*

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Cardiochirurgia
- Chirurgia maxillofacciale
- Odontoiatria-odontostomatologia
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e Centro per grandi ustionati
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare

- Dermatologia
- Endocrinologia
- Neonatologia con UTIN
- Neurochirugia
- Neuropsichiatria infantile
- Reumatologia
- Unità spinale

per quanto non previsto si fa riferimento alla DGR 424/06.

Nella determinazione dell'assetto organizzativo delle discipline, le valutazioni sono effettuate in considerazione dei seguenti criteri:

1) analisi comparata per disciplina dello standard dei posti letto;
2) eventuale valutazione di particolari prevalenze epidemiologiche;
3) dotazione di posti letto per mille abitanti, da considerare standard per l'intera regione e per provincia o macroarea con i dovuti adeguamenti motivati anche dalle realtà esistenti e dalla presenza di Aziende ospedaliere, Policlinici, ecc.;
4) potenziamento nelle discipline dove maggiore è il saldo di mobilità passiva extra regionale, laddove questa fosse legata a sottodotazione di posti letto della disciplina;
5) riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate
6) benchmark con standard nazionali.

Riconversioni: ospedali del territorio, monospecialistici, a ciclo diurno e PTP.

Gli stabilimenti ospedalieri, che in sede di applicazione del Piano hanno una dotazione di posti letto per acuti che non garantisce livelli di qualità ed efficienza, sono riconvertiti in più utili strutture sanitarie territoriali con unità di ricovero a degenza infermieristica gestite dai medici di medicina generale, ambulatorio polispecialistico, punto di primo intervento, postazione 118 e, sussistendone le condizioni, strutture monospecialistiche, attività di ricovero a ciclo diurno nonché riabilitazione e lungodegenza.
Le suddette strutture se mancanti di posti letto per acuti sono comunque dotate di posti letto di degenza territoriale, poliambulatorio e punto di primo soccorso.

E' confermata la presenza di ospedali monospecialistici chirurgici nella città di Roma dedicati alle attività di chirurgia Maxillo facciale e odontoiatria e attività oftalmologica.

Nei punti di primo soccorso devono essere garantite almeno le seguenti attività:

- Visita medica
- Controllo parametri vitali
- Stabilizzazione funzioni vitali
- Prelievo di sangue venoso
- Prelievo di sangue arterioso
- Incannulamento di vena periferica
- Controllo glicemico
- Cateterismo vescicale
- Medicazione di ferita
- Emostasi di ferita sanguinante
- Sutura di ferita
- Medicazione di ustione

- Rimozione di corpo estraneo dai tessuti molli con incisione
- Incisione di ascesso
- Immobilizzazione di segmento osseo mediante bendaggio molle
- Immobilizzazione di segmento osseo mediante bendaggio elastico
- Immobilizzazione di segmento osseo mediante bendaggio con stecca Zimmer
- Tamponamento nasale anteriore.

3) IL DIPARTIMENTO E NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI

a) il dipartimento

L'organizzazione dipartimentale non sembra aver trovato una omogenea e diffusa realizzazione da parte delle Aziende Sanitarie.
L'organizzazione dipartimentale consente di perseguire i seguenti specifici obiettivi:

- Migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- Qualità dell'assistenza e crescita dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- Realizzazione di economie di scala e di gestione;
- Diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

Il Dipartimento, in sostanza, è un'aggregazione di Unità Operative omogenee, affini o complementari fra loro, collegabili sul piano operativo, le quali perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa gestionale e professionale.
Il modello organizzativo dipartimentale è riportato nell'allegato 3 riguardante gli indirizzi per la costituzione dell'atto aziendale.

b) Forme alternative di assistenza

Nella regione Lazio sono state avviate forme alternative di assistenza finalizzate a favorire il processo di deospedalizzazione aggiuntive o alternative a classici ricoveri diurni, capaci di semplificare l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative.
Conseguentemente possono individuarsi i modelli organizzativi previsti nell'allegato 3 tra cui modelli strutturali quali Day Hospital, Day Surgery, chirurgia ambulatoriale e modelli funzionali quali Day Service, pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse (APA-PAC) Week Hospital.

4) STANDARD DI POSTI LETTO PER UNITA' OPERATIVA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE

Sono individuate le seguenti dotazioni di posti letto quali soglie minime e massime per il funzionamento delle unità operative. Deroghe possono essere previste con riferimento alla soglia massima.

- 6 – 8 p.l. unità operative di terapia intensiva/rianimazione;
- 20 – 40 p.l. per le unità operative delle disciplina di base, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia, fatta eccezione per la pediatria in quanto caratterizzata da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza

alternative al ricovero: ambulatorio, day hospital ecc., lungodegenza e riabilitazione per le quali il minimo di posti letto è individuato in 12;

- 14 - 16 p.l. unità operative psichiatria;
- 14 – 30 p.l. per le unità operative delle discipline a bacino di utenza intermedio fatta eccezione:
    1) per la oftalmologia, ORL, oncologia e la nefrologia in quanto caratterizzate da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero, per le quali il minimo di posti letto è individuato in 10;
    2) per la neonatologia in quanto i posti letto devono essere modulati in ragione della attività della U.O. di ostetricia e ginecologia;
- 10 – 30 p.l. per le discipline a bacino di utenza regionale o di macroarea;
- 12 – 30 p.l. per cardiologia - UTIC.

La presenza di più UU.OO. della stessa disciplina nel medesimo ospedale dovrà essere giustificata dalla specializzazione e differenziazione della attività svolte nel rispetto del numero di posti letto definiti sopra, comunque motivata nell'atto aziendale.
Si deve tenere conto, in proposito, che sulla base di standards di presenza di posti letto a livello nazionale, per singole discipline elaborati tenendo conto dei dati NSIS e tenuto conto altresì delle soglie minime di posti letto indispensabili per garantire qualità ed efficienza, derivano le seguenti valutazioni:
per prevedere la presenza di una U.O. di 10 p.l. in un'area di 150.000 abitanti occorre che lo standard dei posti letto per la singola disciplina (all'interno del limite di 4,5 p.l. per mille abitanti) sia almeno 0,07 per mille abitanti.
Ciò comporta che nella provincia di Rieti è compatibile la presenza delle discipline di base (Medicina, Chirurgia, Ostetricia e Ortopedia), Cardiologia, Neurologia, Pediatria, Urologia, Otorinolaringoiatria e Oncologia nonché una dotazione complessiva tra 2 e 2,2 posti letto per mille abitanti essendo necessario, per altre discipline, un bacino di utenza più ampio. Di contro discipline quali Cardiochirurgia, Chirurgia maxillo facciale, Odontoiatria, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Endocrinologia, Neuropsichiatria infantile, Dermatologia presuppongono un bacino di utenza che è presente solo nella provincia di Roma ove di norma devono essere concentrate.
Ciò comporta che nella provincia di Viterbo va assicurato uno standard di posti letto per acuti non inferiore a 2,5; in quella di Frosinone non inferiore a 2,6 e in quella di Latina non inferiore a 2,8 dovendosi alcune discipline concentrarsi in aree di maggiore popolazione.
Tali standards sono garantiti col presente piano.
Va evidenziata inoltre la peculiarità della ASL di Latina dove la clinicizzazione di strutture per opera dell'università La Sapienza comporta deroghe agli standards.
Tale provincia, per alcune discipline, copre il fabbisogno carente di ASL confinanti in un'ottica di configurazione di macroaree. Ciò avviene, ad esempio, per l'ortopedia.
Va comunque considerato che alcune apparenti carenze di strutture in ambito pediatrico per attività di alta specialità sono coperte dall'Ospedale Bambin Gesù, struttura extraterritoriale a valenza nazionale.

5) ASSETTI ORGANIZZATIVI

In ciascuna provincia va garantita almeno la presenza di un DEA di I° livello. Ogni ospedale deve essere dotato almeno delle quattro discipline di base oltre a garantire l'assistenza neonatale, se presente il punto parto, fatta eccezione per gli ospedali monospecialistici e a ciclo diurno.
Gli ospedali per acuti che al momento della emanazione del piano presentano carenza di discipline di base devono essere oggetto di riconversione in ospedale del territorio o monospecialitici medici o ostetrico ginecologici e/o a ciclo diurno.

Le ASL procedono ad accorpamenti funzionali degli ospedali al fine dell'utilizzo razionale delle risorse.
I servizi di **Radioterapia, Radiologia interventistica, Medicina nucleare per la radioterapia metabolica, Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (per i letti di osservazione breve), Dialisi (per i posti rene), Nido (per le culle)** devono intendersi dotati di posti letto tecnici non rientranti negli standard dei posti letto per acuti.
Il servizio di **cardiologia** è obbligatorio negli ospedali dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina.
Le unità per **grandi ustionati** afferiscono alle strutture di chirurgia plastica.
Le unità di lungodegenza postacuzie negli ospedali pubblici sono qualificate come strutture semplici polispecialistiche aggregate alle unità di medicina interna.
Le unità di **terapia intensiva** con posti letto (rianimazione) e i servizi di Anestesia e Rianimazione costituiscono un'unica struttura complessa.
Le unità di **Angiologia** devono essere aggregate quali strutture semplici alle unità di Medicina interna o Cardiologia, salvo eccezioni riportate nell'all. 2.
Nelle aziende ospedaliero - universitarie il dimensionamento definitivo è quello previsto nel protocollo d'intesa.
Tutte le strutture di **Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza DEA di I° livello e II° livello** sono dotate di posti letto di osservazione breve intensiva. Gli ospedali sede di pronto soccorso sono dotati di osservazione breve - quali letti tecnici di astanteria.
Le **consulenze specialistiche** delle discipline assenti nel presidio devono essere assicurate dagli specialisti del poliambulatorio del territorio di riferimento, qualora presenti o, in mancanza, dal P.O. più vicino.
Negli ospedali delle città sedi di **strutture carcerarie** devono essere previsti posti letto destinati al ricovero dei detenuti.
La disciplina di **allergologia e immunologia** clinica è unica e svolge attività ambulatoriale quale servizio non dotato di posti letto.
L'UTIC e l'UTIN fanno capo all'unica unità operativa cardiologica e neonatologica rispettivamente.
Nei presidi dove non è prevista l'unità di **neonatologia** l'assistenza ai neonati sani e la gestione delle culle è assicurata dalle Unità operative di pediatria anche se previste come Unità Semplici di Day Hospital. Nei presidi in cui sono previsti posti letto di neonatologia inferiori a 10 se assente l'UTIN le relative strutture sono accorpate a quelle di pediatria.
All'interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche compatibili con le stesse discipline di base non presenti nel presidio, rientranti nell'attività propria della disciplina quali unità operative semplici, la cui responsabilità deve essere affidata a personale medico in possesso dei requisiti specifici.
Negli ospedali sede di DEA di I° livello possono essere attivati posti letto per pazienti critici (area critica) a disposizione delle unità operative afferenti al dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.
I servizi di **endoscopia digestiva** devono essere attivi nei soli ospedali per acuti;
Possono essere attivati in ambito regionale fino a tre servizi di **medicina del lavoro** dotati di posti letto di Day Hospital afferenti alla Unità Operativa di Medicina Interna. (In questo contesto è opportuno sviluppare linee guida e protocolli sanitari per la sorveglianza degli ex esposti a sostanze cancerogene, con particolare riferimento all'amianto).
E' prevista l'attivazione di unità di **terapia intensiva/sub intensiva respiratoria** nell'ambito dei posti letto dell'unità operativa di M.A.R. presente in ospedale in possesso dei requisiti specifici e di **stroke-unit** nell'ambito dei posti letto dell'unità operativa di neurologia presente in ospedale di riferimento in possesso dei requisiti specifici. Per quanto riguarda il modello organizzativo si fa riferimento a quello a rete previsto nel progetto di PSR per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto.

Deve essere presente un **centro di procreazione medicalmente assistita** da attivarsi nel rispetto dei requisiti e delle procedure previste in ogni provincia o aree interaziendali.
Il numero dei **posti rene** laddove è previsto il servizio **dialisi** è individuato in apposito piano dialisi regionale. La relativa attività rientra nel setting ambulatoriale e i posti non rientrano nello standard per acuti, comunque laddove presente l'U.O. di **Nefrologia** e il servizio dialisi questi costituiscono un'unica unità operativa.
Le unità di **Oftalmologia** con soli posti letto di day surgery sono configurate come strutture semplici autonome.
Le unità dotate di soli p.l. di **DH e DS** sono strutture semplici e vengono aggregate alle strutture complesse di riferimento (Medicina interna e Chirurgia generale).
Negli ospedali in cui sono presenti unità mediche e chirurgiche a solo ciclo diurno queste sono organizzate funzionalmente per area omogenea con unicità della direzione.

Sono confermati i principi e modelli di organizzazione a rete avviati con la DGR n. 420/07 e l'allegato al progetto di PSR 2009/2011 per quanto non modificato dal presente provvedimento.

In relazione alla presenza delle discipline di Malattie dell'apparato respiratorio e cardiologia vanno individuati specifici posti letto di riabilitazione scorporati da quelli di Medicina Fisica e Riabilitativa aggregati alle unità operative per acuti quali U.O.S.
I posti letto di **riabilitazione e lungodegenza** presso Case di cura private sono stati definiti con decreto n. 41/09. Rispetto alle previsioni del decreto, sciogliendo la riserva ivi contenuta, saranno riattribuiti ulteriori posti letto di riabilitazione alle strutture che hanno documentato fermi negli anni 2006 e 2007 per esecuzione di lavori o per altri motivi, fino ad un massimo di 20 posti letto.
I posti letto per **acuti** previsti nelle **Case di Cura private** sono quelli risultanti dai decreti 25 e 43 con le modifiche di cui alle intese approvate col decreto n. 5/09 e quelle apportate col presente decreto.
Per la Casa di Cura Aurelia Hospital, sede di pronto soccorso, per la riduzione di p.l. non performanti vanno applicati i criteri protettivi omessi nel decreto 43/08.

Per la Casa di Cura Fabia Mater è indicata l'attuale dotazione di posti letto senza applicazione dei decreti 25 e 43 del 2008 in ossequio a sentenza del TAR nelle more della riattivazione del procedimento.

Per la Casa di Cura ICOT, si rinvia a quanto sarà concordato col protocollo d'intesa Regione-Università La Sapienza circa la clinicizzazione di strutture nell'ambito della ASL di Latina. I posti letto non performanti, in considerazione della dimostrata sospensione delle attività per esecuzione di lavori nel periodo di riferimento vengono ridefiniti.

Alcune Case di cura hanno richiesto di concordare con la Regione ulteriori riconversioni di posti letto ospedalieri in strutture residenziali territoriali, per cui tale procedimento determinerà ulteriori riequilibri a favore di strutture territoriali.

Nelle Case di Cura oggetto di riconversione in strutture monospecialistiche, laddove previsto nella specifica intesa, è consentita l'attività di DH e DS polispecialistico limitatamente alle discipline in precedenza dotate di posti letto soppressi e, comunque, nel limite dei posti letto riconosciuti.

La suddivisione nelle strutture pubbliche, IRCCS e Policlinici dei posti letto fra ordinari e diurni laddove riportata è indicativa e può essere modificata dalle aziende in relazione all'obiettivo di promozione della deospedalizzazione mediante il raggiungimento dello standard del 20% dei ricoveri totali quali ricoveri diurni e la promozione delle attività ambulatoriali.

Nei presidi dotati di elevato numero di posti letto di medicina interna, chirurgia generale e ortopedia una parziale riduzione di posti letto per acuti è effettuata con la contestuale istituzione, laddove mancanti, di posti letto di lungodegenza.

Nei presidi dove è presente la disciplina di Oncologia con numero di posti letto inferiori alla soglia, la stessa deve essere aggregata, quale U.O.S., in unica struttura complessa di medicina interna.

Negli ospedali sede di pronto soccorso qualora una unità di disciplina di base deve essere necessariamente presente al fine del mantenimento della configurazione del presidio è possibile derogare motivatamente allo standard di dotazione minima di posti letto. In particolare nelle unità di ostetricia e ginecologia ove sono assicurati meno di 500 parti annui è soppresso il punto parto e viene assicurata solo attività chirurgica ginecologica. Relativamente ai presidi che assicurano almeno 400 parti il mantenimento è collegato al raggiungimento del limite di 500 nel triennio 2009/2011 anche per effetto della soppressione delle omologhe unità in altre strutture

I posti letto previsti nelle strutture gestite da ospedali classificati e IRCCS privati sono quelli di cui ai decreti 25 e 43 con la riduzione dei posti letto non performanti e i criteri protettivi.

Con gli istituti Cristo Re, Israelitico, Fatebenefratelli, S. Carlo di Nancy, nonché con l'IRCCS, IDI e, a seguito incontri, si è proceduto a modifiche finalizzate a migliorare le condizioni di efficienza e di risposta al bisogno.
Per tali enti classificati si impone l'indicazione di attenta valutazione del modello organizzativo mutuando i criteri dettati per il sistema pubblico e promuovendo l'organizzazione dipartimentale e la riduzione delle strutture complesse al fine di tendere all'equilibrio economico.

Il presidio George Eastman è individuato quale centro di riferimento regionale polispecialistico maxillo facciale ed odontostomatologico.

A tal fine è soppressa la unità di chirurgia maxillo facciale del P.O. S. Spirito il cui personale viene trasferito presso l'Eastman.

Il presidio oculistico regionale specialistico di oftalmologia viene individuato quale centro di riferimento per le patologie oftalmologiche. Per la sua valorizzazione e potenziamento sono soppresse le unità complesse di oftalmologia del presidio S. Spirito e dell'A.O. San Filippo.

OSPEDALI OGGETTO DI PROGRAMMI DI EDILIZIA OSPEDALIERA

All'interno dei programmi di edilizia ospedaliera è prevista la realizzazione dell'ospedale dei Castelli, in territorio di Ariccia, con contestuale soppressione dei presidi di Genzano, Albano, e Ariccia, dell'ospedale del Golfo con contestuale soppressione dei presidi di Gaeta, Formia e Minturno, del nuovo ospedale di Anagni per la delocalizzazione dei vecchi ospedali di Anagni, Alatri e Colleferro, del nuovo ospedale di Monterotondo con la confluenza delle attività delle strutture di Palombara Sabina (già riconvertita in PTP) Magliano Sabina, Civitacastellana oltre che del vecchio ospedale di Monterotondo, infine, l'ampliamento dell'ospedale di Ostia. La Regione provvederà alla riformulazione dei programmi di investimento finanziati ex art. 20 l. 67/88, al fine di garantire l'adeguamento tecnologico, oltre che strutturale, laddove necessario, in attuazione del presente piano.

EFFETTI DELLA RETE

a) riconversioni

Per effetto dell'attuazione dei suddetti criteri una serie di presidi ospedalieri, in parte già dismessi, vengono riconvertiti in presidi territoriali denominati P.T.P. (presidi territoriali di prossimità nei quali sono assenti discipline ospedaliere). Alcuni presidi vengono riconvertiti in strutture monospecialistiche. In particolare, oltre all'Ospedale San Giacomo, già dismesso ed in via di riconversione, vengono riconvertiti in Presidi Territoriali di Prossimità (PTP) dotati di letti di degenza infermieristica, poliambulatorio, punto di primo soccorso e in alcuni casi RSA e Hospice, gli ospedali:

- San Giovanni Battista di Zagarolo
- SS Salvatore di Palombara
- Della Croce di Atina
- Santa Croce di Arpino
- Grifoni di Amatrice
- Civile di Ronciglione
- Civile di Ferentino
- Civile di Ceprano
- Civile di Isola Liri
- Civile di Ceccano
- Civile di Montefiascone
- Priverno
- Minturno
- Nuovo Regina Margherita
- Policlinico Portuense

- L'ospedale di Acquapendente è riconvertito in struttura a ciclo diurno con aggiunta dei servizi territoriali previsti dai P.T.P.:

La struttura Cartoni di Rocca Priora è riconvertita in PTP, RSA centro Alzheimer, hospice e altre attività territoriali.

La struttura Villa Albani di Anzio e Spolverini di Ariccia sono riconvertite in presidio di riabilitazione e lungodegenza.

La struttura Centro Salute della Donna di Roma è riconvertita in poliambulatorio e day surgery ginecologico che assicura anche le I.V.G.

Il Centro Paraplegici di Ostia resta attivo con posti letto di riabilitazione, mentre l'U.O. per acuti è trasferita nel presidio Grassi.

Le strutture S. Giuseppe di Marino, Gaeta, P. del Prete di Pontecorvo, Angelucci di Subiaco, Marzio Marini di Magliano Sabina e Civile di Tarquinia sono riconvertite in presidi monospecialistici e ricoveri a ciclo diurno oltre a P.T.P.

Rispetto alle previsioni di cui al decreto n. 43 del 17/11/2008 negli ospedali di Zagarolo, Palombara, Villa Albani, Montefiascone, Ceccano, Nuovo Regina Margherita, Amatrice sono soppressi i posti letto per acuti mentre gli ospedali di Acquapendente, Pontecorvo, Policlinico Portuense, Subiaco, Tarquinia perdono la qualificazione di ospedali polispecialistci generali.

b) Efficientamento unità operative

Con l'applicazione dei criteri di riorganizzazione della rete, le unità operative ospedaliere attuano un percorso di riorganizzazione in termini di efficienza.
La proliferazione di strutture di piccole dimensioni dotate di pochi posti letto è stata causa di dispersione di risorse, particolarmente quelle umane, che ha creato una rilevante parte delle diseconomie del sistema sanitario regionale.
Con l'individuazione degli standards minimi di posti letto che giustificano l'esistenza delle strutture complesse è possibile concentrare le dotazioni di personale facendo venire meno le gravi carenze attualmente lamentate e garantire la presenza attiva nelle strutture h 12 e h 24 secondo le necessità. Inoltre è noto che nella gran parte delle attività sanitarie la quantità è anche fonte di maggiore manualità, conoscenze e quindi qualità.
Orientativamente con gli interventi di riconversione dei presidi ed accorpamento delle unità è programmata nell'arco temporale necessario, la riduzione di non meno di centocinquanta unità operative complesse.
Contestualmente i Direttori Generali, con i propri atti aziendali, da sottoporre all'esame della Regione, dovranno procedere alla riorganizzazione interna con piena applicazione del modello dipartimentale e la riduzione del numero di unità operative riguardanti i servizi, eliminando le duplicazioni e la proliferazione di unità non necessarie, sia complesse che semplici e tra queste ultime quelle a valenza dipartimentale, nel rispetto delle direttive di cui all'allegato 3.

GLI EFFETTI ECONOMICI

Gli effetti economici connessi all'applicazione del presente riordino della rete ospedaliera sono connessi sia ai tempi di attuazione che alla rigidità della sua esecuzione.
Per quanto riguarda i tempi non si può disconoscere che questi non possono necessariamente ritenersi brevi.
Si tratta di avviare un percorso complesso che richiede la dismissione di attività, gli adeguamenti strutturali, tecnologici, di arredi, ecc., processi di mobilità di personale, formazione e così via.
Un arco temporale triennale può ritenersi sufficiente per realizzare una situazione a regime accompagnando gli stati di avanzamento con eventuali perfezionamenti.
Ciononostante, considerata la particolare situazione di disequilibrio economico della Regione Lazio, la graduale attuazione deve consentire di confermare per l'anno 2010 il blocco parziale del turn-over del personale con un effetto economico di 40/50 milioni di euro.
La riconversione di strutture in attività territoriali ed a ciclo diurno, eliminando la presenza notturna di personale e parte dei costi di gestione e consumi può determinare ulteriori economie di almeno 50 milioni su base annua e garantire la copertura economica per le attività territoriali.
L'accorpamento e la riduzione di unità complesse , la loro riorganizzazione, la messa in comune delle risorse, l'attuazione delle reti, il miglioramento del macrosistema emergenza-urgenza, potrà portare una ulteriore economia fino ad almeno 100 milioni di euro.
A quanto sopra va aggiunto l'effetto che conseguirà in termini di qualità, appropriatezza e sicurezza dei ricoveri che sicuramente ridurrà ulteriormente ed in maniera consistente la spesa ospedaliera, portandola ad una percentuale, rispetto alla spesa totale, vicino a quella nazionale.

ASL LATINA	PRESIDIO OSPEDALIERO				
STRUTTURA	P.O. Latina Centro (Fiorini) Terracina	PRONTO SOCCORSO			
UNITA' OPERATIVE CON POSTI LETTO	PL NSIS 01/01/2008	PL non perform DC 43/2008	PL DA PIANO DELLA RETE	di cui DH/DS	Note
Totale PL per acuti escl. T.I.	136	16	134	28	-
Malattie apparato respiratorio	2	-	0		
Cardiologia	2	-	0		
Chirurgia generale	35	-	30	4	
Medicina Interna	56	-	50	4	
Ortopedia e traumatologia	28	3	24	3	
Ostetricia e ginecologia	23	1	22	2	
Otorinolaringoiatria	3	2	12	3	
Pediatria	9	3	4	4	
Urologia	2	-	12	2	
Oftalmologia	2	-	6	6	
Dermatologia	2	-	-		AMBULATORIO
Oncologia	4	2	4	4	UOS MEDICINA
Totale PL di Terapia Intensiva Post Chir.	0	0	4		
Anestesia e rianimazione					
UTIC					
UTIN					
Grandi Ustionati					
Totale PL di Riabilitazione					
Medicina fisica e riabilitazione					
Unità spinale					
Riabilitazione cardiologica					
Riabilitazione respiratoria					
Lungodegenza					
TOTALE	**136**	**16**	**188**	**28**	-
POLIAMBULATORIO			X		
Radioterapia					
Medicina Nucleare					
Breve osservazione			X		
Centro dialisi	3		X		
Cure palliative	1	0	X		

ASL LATINA	PRESIDIO OSPEDALIERO	DEA DI II° LIVELLO			
STRUTTURA	P.O. Latina Nord				
UNITA' OPERATIVE CON POSTI LETTO	PL NSIS 01/01/2008	PL non perform DC 43/2008	PL DA PIANO DELLA RETE	di cui DH/DS	Note
Totale PL per acuti escl. T.I.	502	55	537	53	
Neurochirurgia	8	0	12	0	
Psichiatria	14	0	16	2	
Breve Osservazione - OBI	14	0	14	0	
Malattie apparato respiratorie	1	0	4	0	
Detenuti	4	0	4	0	
Cardiologia	24	0	24	2	
Cardiochirurgia	0	0	14	0	
Chirurgia generale	62	0	60	5	
Chirurgia vascolare	16	0	18	0	
Chirurgia Maxillo-facciale	0	0	4		
Geriatria	23	2	20	2	
Malattie infettive e tropicali	23	3	20	2	
Medicina Interna	101	0	100	5	
Neurologia	9	0	14	1	
Neuropsichiatria infantile	6	4	4	4	
Oftalmologia	9	6	6	6	
Ortopedia e traumatologia	44	22	38	3	
Ostetricia e ginecologia	37	1	36	8	
Otorinolaringoiatria	7	0	12	2	
Pediatria	20	4	18	2	
Urologia	21	1	20	1	
Neonatologia	8	-	10	0	
Oncologia	26	9	26	8	
Ematologia	17	0	17	5	
Nefrologia e dialisi	8	3	6	0	
Endocrinologia con diabetologia	0	0	8		
Gastroenterologia	-	-	12		
Totale PL di Terapia Intensiva	**16**	**0**	**22**	**0**	**0**
Anestesia e Rianimazione	8	0	8	0	
UTIC	8	0	8	0	
UTIN	0	0	6		
Grandi Ustionati					
Totale PL di Riabilitazione	**2**	**2**	**10**	**0**	**0**
Medicina fisica e riabilitazione					
Unità spinale					
Riabilitazione cardiologica					
Riabilitazione respiratoria					
Lungodegenza			12		
TOTALE	520	57	581	58	-
Manovra 2008	-34	0			
POLIAMBULATORIO			X		
Centro dialisi	12		X		
Radioterapia					
Medicina Nucleare (Letti tecnici)	2	0	X		

L'ARTICOLAZIONE DEFINITIVA SARA' FORMALIZZATA IN SEDE DI PROTOCOLLO D'INTESA CON L'UNIV. LA SAPIENZA E LA REGIONE LAZIO.
ACCORPA LE STRUTTURE DELL'OSPEDALE DI PRIVERNO. SONO DELOCALIZZATI, IN VIA TEMPORANEA, I POSTI LETTO DI GERIATRIA E N. 40 PP.LL. DI ME

ASL LATINA	PRESIDIO OSPEDALIERO				
STRUTTURA	P.O. Latina Sud - Formia Gaeta	PRONTO SOCCORSO			
UNITA' OPERATIVE CON POSTI LETTO	PL NSIS 01/01/2008	PL non perform DC 43/2008	PL DA PIANO DELLA RETE	di cui DH/DS	Note
Totale PL per acuti escl. T.I.	227	27	208	25	-
Psichiatria	10	-	16	2	
Breve osservazione	8	-	0	0	
Malattie apparato respiratorio	1	-	0	0	
Cardiologia	12	-	14	2	
Chirurgia generale	26	-	26	2	
Endocrinologia	2	1	0	0	
Geriatria	10	6	14	2	
Malattie infettive e tropicali	13	2	12	1	
Medicina Interna	53	-	50	2	
Oftalmologia	5	2	3	3	UOS
Ortopedia e traumatologia	26	3	23	2	
Ostetricia e ginecologia	24	6	20	3	
Otorinolaringoiatria	1	-	0	0	
Pediatria	12	1	10	1	
Gastroenterologia	1	-	0	0	
Neonatologia	8	-	6	0	UOS PEDIATRIA
Oncologia	4	3	4	4	UOS MEDICINA
Nefrologia	12	3	10	1	
Totale PL di Terapia Intensiva	**15**	-	**15**	-	
Anestesia e rianimazione	7	-	7	0	
UTIC	8	-	8	0	
UTIN					
Grandi Ustionati					
Totale PL di Riabilitazione					
Medicina fisica e riabilitazione					
Unità spinale					
Riabilitazione cardiologica					
Riabilitazione respiratoria					
Lungodegenza					
TOTALE	**242**	**27**	**223**	**25**	-
POLIAMBULATORIO			x		
Radioterapia					
Medicina Nucleare					
Centro dialisi	12		x		
Breve Osservazione			x		

IL PRESIDIO CONFLUIRA' NEL PROGRAMMATO NUOVO OSPEDALE DEL GOLFO CON LE STRUTTURE DI GAETA E FONDI E CLASSIFICAZIONE DI DEA DI I° LIVELLO.
PROVVISORIAMENTE ACCORPA LA STRUTTURA DI GAETA CHE FUNGE DA PRESIDIO MONOSPECIALISTICO OSTETRICO GINECOLOGICO E IL CU