

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 9 marzo 2010, n. 17.

Atto ricognitivo di cui al decreto commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della legge regionale n. 4/2003.

**IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 ottobre 2009)**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che con deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 28 ottobre 2009 il Prof. Elio Guzzanti è stato nominato commissario *ad acta pro tempore* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3743 del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

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 di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

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

- l'impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l'obiettivo, tra l'altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art.4);
- l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale

- nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo 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, n. 311 - di un apposito accordo con i Ministri dell'Economia e della Salute 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 apposito 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, accordo comprensivo di uno specifico piano di rientro, contenente tra l'altro le misure per l'azzeramento del disavanzo entro il 2010;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010);

VISTA la L.R. 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";

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;

VISTA la L.R. 11 agosto 2008, n. 14 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio";

VISTO il R.R. 26 gennaio 2007, n. 2 "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b), della LR 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali);

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 14 luglio 2006, n. 424 "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio-sanitarie" le cui tipologie sono puntualmente individuate;

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale

- ✓ 12 febbraio 2007, n.66 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"
- ✓ 6 marzo 2007, n. 149 avente ad oggetto "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro";

VISTI

- ✓ il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0015 del 5 settembre 2008 "Definizione dei fabbisogni sanitari della Regione Lazio dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di cura Neuropsichiatriche. Approvazione della "Relazione tecnica di ridefinizione di alcune

- funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche" (All. 1) e della "Relazione sulle attività delle Case di cura Neuropsichiatriche: dati di attività 2007" (All. 2)";
- ✓ il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0043 del 17 novembre 2008 "Individuazione del fabbisogno di posti letto per acuti nella Regione Lazio per l'anno 2009 e conseguente riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale regionale";
 - ✓ il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0005 del 21 gennaio 2009 "Ratifica intese con i soggetti privati accreditati erogatori di prestazioni per acuti definite ai sensi dei Decreti Commissariali n. 25/08 e 43/08";
 - ✓ il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. U0048 del 7 luglio 2009 Approvazione "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006" (All.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (All.2);
 - ✓ l'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute – per gli anni 2010 – 2012 ed in particolare gli artt. 9 e 13, comma 14, circa la necessità di adottare specifico atto programmatico per la razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani ed agli altri soggetti non autosufficienti nonché il prosieguo dei piani di rientro delle Regioni già commissariate, secondo programmi operativi;
 - ✓ il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0086 del 17 dicembre 2009 "Autorizzazione alla realizzazione di ambulatori odontoiatrici. Verifica di compatibilità di cui alla L.R. 3 marzo 2003, n. 4 e al R.R. 26 gennaio 2007, n. 2.
 - ✓ il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0087 del 18 dicembre 2009 "Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012";
 - ✓ il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0095 del 29 dicembre 2009 "Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento – regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (DPCM 29 novembre 2001)";
 - ✓ il Decreto del Commissario *ad acta* n. U0096 del 29 dicembre 2009 "Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009, art. 13, comma 14. Tavolo di verifica del 10 novembre e 10 dicembre 2009. Approvazione Programmi Operativi per l'anno 2010" che ritiene:
 - necessario "*che sia adottato un atto ricognitivo alla luce del P.S.R. che si configuri come un completo ed esaustivo Piano dei fabbisogni costituente "rete" entro cui inserire le determinazioni in ordine all'accreditamento dei soggetti privati, tanto con riferimento alla appropriata quantità di singole tipologie di prestazioni assistenziali che si intendono rendere all'interno del sistema di erogazione pubblico regionale, quanto in ordine ad una adeguata ed equa dislocazione degli erogatori sulle diverse aree del territorio regionale anche con riferimento alla specificità e complessità delle prestazioni assistenziali da assicurare;*
 - possibile, sulla scorta del Piano Sanitario Regionale 2010/2012 e "*con l'indispensabile apporto dell'ASP, desumere fabbisogni assistenziali coerenti con le indicazioni ivi contenute e con le previsioni del Patto per la Salute, così da definire in maniera più puntuale la cornice entro la quale procedere agli accreditamenti istituzionali;*
 - che i relativi atti formali debbano essere adottati entro la fine di febbraio 2010;

CONSIDERATO

- ✓ che la succitata legge 191/2009, all'art. 2, comma 100 sostituisce le parole "1 gennaio 2010" con "1 gennaio 2011" dell'art. 1, comma 796, lett. t) della legge 296/2006 che risulta così modificato "le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1 gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private di cui all'art. 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli

accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992”;

CONSIDERATO che la L.R. n. 4/2003 all'art. 2, nel disciplinare i compiti della Regione nella determinazione dei fabbisogni, con particolare riferimento alle valutazioni correlate alla verifica di compatibilità (aspetto quantitativo, dimensionale e strutturale sul territorio) espressamente prevede:

“1. La Regione:

a) *definisce con apposito atto programmatico, adottato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, in coerenza con il piano sanitario regionale:*

- ✓ 1) *il fabbisogno complessivo di assistenza in ambito regionale, nonché in rapporto alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture;*

CONSIDERATO inoltre che

- ✓ l'art. 4, comma 1, della citata L.R. n. 4/2003 stabilisce che “Sono soggette alle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio:

- a) *le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi comprese quelle riabilitative;*
- b) *le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o postacuzie;*
- c) *le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale;*
- d) *gli stabilimenti termali;*

- ✓ l'art. 5, comma 1, della citata L.R. n. 4/2003 stabilisce che “1. La Regione entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge:

- *stabilisce, con apposito provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, i requisiti minimi, anche integrativi rispetto a quelli indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio;*
- *definisce, con regolamento, le modalità e i termini per la verifica di compatibilità di cui all'articolo 6, comma 2, ivi comprese le procedure idonee ai fini della eventuale selezione dei soggetti interessati al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, nonché le modalità ed i termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio”;*

- ✓ l'art. 6 della citata L.R. n. 4/2003 stabilisce che

- *“1. I soggetti, pubblici e privati, che intendono realizzare, ampliare, trasformare o trasferire una struttura di cui all'articolo 4, comma 1, inoltrano al Comune competente per territorio la relativa richiesta di autorizzazione. La richiesta è corredata del progetto, nel quale sono illustrate, in particolare, le misure previste per il rispetto dei requisiti minimi strutturali e impiantistici stabiliti con il provvedimento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), e, per le strutture pubbliche ed equiparate, di quelli necessari per l'accreditamento stabiliti con il provvedimento di cui all'articolo 13, comma 1.*
- *2. Il Comune invia la documentazione contenuta nella richiesta di autorizzazione alla realizzazione alla Regione, che provvede, con le modalità e nei termini previsti dal regolamento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b) ad effettuare la verifica di*

compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza risultante dall'atto programmatico di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), numero 1.

- *3. Il Comune rilascia l'autorizzazione tenuto conto della verifica di compatibilità da parte della Regione.*
- *4. Il Comune comunica alla Regione il provvedimento con il quale rilascia l'autorizzazione alla realizzazione.*
- *5. Al fine di semplificare il procedimento può essere convocata la conferenza di servizi di cui all'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e successive modifiche”;*

VISTO l'art. 1, c. 1 del R.R. 2/2007 che conferma la funzione dell'atto programmatico di cui all'art. 2, comma 1, lett. a);

PRESO ATTO della nota prot. 99819/45/01-45/05 del 26 agosto 2008 “Chiarimenti e direttive in materia di autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art. 6 della LR 4/2003” inviata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, alle associazioni di categoria, all'A.N.C.I. concernente tra l'altro le istanze relative ai trasferimenti di strutture sanitarie;

PRESO ATTO delle sotto indicate note trasmesse ai direttori delle aziende usl del Lazio, rispettivamente

- nota prot. 10 UA/00/00 dell'11 febbraio 2009 “Verifica sanitaria ospiti in servizi residenziali” (aziende usl Comune di Roma);
- nota prot. 130/U UA/00/00 del 13 marzo 2009 Verifica sanitaria ospiti in servizi residenziali” (aziende usl Provincia di Roma e Province del Lazio)

con le quali si è dato avvio, con il contributo delle Unità Cliniche di Valutazione (UCV) al procedimento di analisi quali-quantitativa del bisogno di assistenza residenziale degli adulti con disabilità e dell'offerta sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale attualmente disponibile nel territorio della Regione Lazio, finalizzato a garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e che si concluderà presumibilmente entro il 2010,

PRESO ATTO delle sotto indicate note, oltre che degli incontri tenutisi presso l'assessorato alla sanità nel corso del 2009 e del 2010, con le quali la competente struttura regionale ha provveduto a richiedere, nel rispetto delle specifiche competenze, collaborazione e dati di natura epidemiologici determinanti per la definizione del fabbisogno assistenziale:

- ✓ al Direttore generale di Laziosanità – ASP
 - nota prot. 39819/45/04 del 3 aprile 2009 “Procreazione medicalmente assistita (PMA) – Fabbisogno regionale”;
 - nota prot. 46062/45/04 del 20 aprile 2009 “Ambulatori odontoiatrici – Fabbisogno regionale”;
 - nota prot. e/58/U/UA/00/00 del 13 maggio 2009 “Verifica sanitaria ospiti in servizi residenziali – richiesta collaborazione”;
 - nota prot. 63764/45/04 del 28 maggio 2009 “Fabbisogno assistenziale - parere di compatibilità”;
 - e-mail del 7 luglio 2009;
 - e-mail del 16 luglio 2009;
 - nota prot. 111135/44/00-45/00 del 24 settembre 2009 “LR 4/2003 e RR 2/2007 “Fabbisogno assistenziale regionale”;
 - e-mail del 15 dicembre 2009;
 - nota prot. 9546/53/00 del 25 gennaio 2010 “LR 4/2003 e RR 2/2007. Fabbisogno assistenziale regionale”

- nota prot. 23372/53-07 del 18 febbraio 2010 “LR 4/2003 e RR 2/2007. Definizione fabbisogno assistenziale;
- ✓ al Direttore del dipartimento epidemiologico asl RME
 - nota prot. n. 84843/45/00 del 17/7/2009 “Stima fabbisogno tipologie assistenziali territoriali”;

PRESO ATTO dei dati trasmessi da Laziosanità-ASP con:

- e-mail del 18 giugno 2009;
- e-mail del 27 luglio 2009;
- nota prot. 9619/ASP/DG 12 novembre 2009 – Trasmissione della “Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio – novembre 2009”;
- nota prot. 10547/ASP/DO del 4.12.2009 “Integrazione atto programmatico. Attività specialistica ambulatoriale;
- nota prot. 1956/ASP/DG del 18 febbraio 2010 - Trasmissione della “Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio – febbraio 2010”;
- nota prot. 2332/ASP/DG del 24 febbraio 2010 con quale si trasmette alla competente struttura regionale il documento di cui sopra aggiornato sulla scorta delle richieste della struttura stessa (nota prot. 23372/53-07 del 18 febbraio 2010 “LR 4/2003 e RR 2/2007. Definizione fabbisogno assistenziale”);
- nota prot. 2937/ASP/DG del 5 marzo 2010 con la quale si trasmette alla competente struttura regionale il documento di cui sopra ulteriormente aggiornato alla luce delle ulteriori riflessioni e verifiche richieste dalla Direzione Programmazione Sanitaria;

PRESO ATTO che

- ✓ nella Stima del Fabbisogno assistenziale di cui sopra non ci sono riferimenti relativi all’area di assistenza per tossicodipendenti ed alcol dipendenti;
- ✓ l’Atto di Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 “...”, individua nell’ambito dei servizi per le persone tossicodipendenti le seguenti tipologie di servizi:
 - Servizi di accoglienza
 - Servizi terapeutico-riabilitativi
 - Servizi di trattamento specialistici
 - Servizi pedagogico-riabilitativi
 - Servizi multidisciplinari integrati

RITENUTO che il fabbisogno specifico per l’assistenza ai tossicodipendenti e agli alcol dipendenti debba essere stimato almeno nelle seguenti tipologie di servizi, in coerenza con quanto previsto dall’atto di intesa Stato Regioni e dalla DGR 424/2006:

- servizi ambulatoriali (accoglienza, terapeutici riabilitativi, specialistici, pedagogico riabilitativi, multidisciplinari integrati);
- servizi residenziali (terapeutici riabilitativi, specialistici, pedagogico riabilitativi);
- servizi semiresidenziali (terapeutici riabilitativi, specialistici, pedagogico riabilitativi);
- domiciliari e sul campo/Unità di Strada (accoglienza, terapeutici riabilitativi, pedagogico riabilitativi);

e che i servizi di tipo specialistico (ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali) potranno essere articolati almeno in: comorbilità psichiatrica, dipendenza da cocaina, dipendenza da alcool, comunità madre bambino;

RITENUTO pertanto indispensabile integrare l'attuale Stima del Fabbisogno assistenziale per le strutture del Servizio Sanitario della Regione elaborata dal Laziosanità-ASP in relazione all'assistenza per tossicodipendenti e alcol dipendenti, rinviando a successivo provvedimento la definizione dello specifico fabbisogno, dando atto che nella fase attuale il fabbisogno medesimo è coincidente con le strutture esistenti;

TENUTO CONTO

- ✓ della ricognizione effettuata dalla competente area "Autorizzazione, accreditamento ed attività ispettiva relativamente alle residenze sanitarie assistenziali alla data del 3 marzo 2010;
- ✓ della ricognizione effettuata dalla competente area "Programmazione della rete dei servizi nell'area dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)"relativamente alle strutture per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) attualmente presenti sul territorio regionale nell'ambito dello studio propedeutico alla definizione delle linee guida regionali relativamente allo specifico percorso assistenziale;

TENUTO CONTO che per ciascuna delle tipologie assistenziali e dei dati rispettivamente forniti nella stima suindicata la competente direzione regionale, al fine di disporre di uno strumento operativo utile alla formulazione dei pareri di conformità di cui alla LR 4/2003 e del RR 2/2007 nell'ambito della programmazione regionale degli interventi socio-sanitari e sanitari, ha elaborato osservazioni e valutazioni;

RITENUTO necessario pertanto, preso atto del documento "Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio – marzo 2010", elaborato da Laziosanità-ASP approvare:

- ✓ il Documento di valutazione della "Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio – marzo 2010" ai fini della verifica di compatibilità di cui al D.lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 8 quater ed alla LR 4/2003 e al RR 2/2007, elaborato dalla competente direzione regionale in coerenza oltre che con le indicazioni del Patto per la salute, del Piano sanitario regionale e del Piano operativo, anche con le previsioni di budget per l'anno 2010, facente parte integrante del presente provvedimento;

VALUTATO opportuno precisare che, fatto salvo quanto esposto per la definizione dei fabbisogni non specificamente individuati dal presente provvedimento nonché per l'adozione dell'apposito atto programmatico di cui all'art. 9 del Patto per la Salute del 3.12.2009, la validità della definizione di fabbisogno di cui al presente Decreto è correlata alla scadenza del Piano Sanitario Regionale 2010-2012;

RITENUTO altresì che debbano essere fatti salvi, ai fini della compatibilità con i fabbisogni, gli effetti dei processi di trasformazione/riconversione delle strutture già provvisoriamente accreditate;

PRESO ATTO delle istanze di autorizzazione alla realizzazione, ivi comprese l'ampliamento, la trasformazione e il trasferimento, di strutture sanitarie e socio-sanitarie pervenute alla competente Direzione regionale nell'ambito del procedimento di cui alla LR 4/2003 ed al RR 2/2007, in merito alle quali all'amministrazione regionale compete, a seguito dell'adozione del presente provvedimento, la verifica di compatibilità con il fabbisogno di assistenza rispetto all'atto programmatico;

RITENUTO che, ai fini di quanto previsto dal capoverso precedente e con l'obiettivo di rendere maggiormente puntuale il processo di localizzazione sul territorio regionale delle strutture destinate a soddisfare i diversi fabbisogni assistenziali, la competente Direzione regionale potrà avvalersi del

parere non vincolante delle AUSL territorialmente competenti, così come previsto dagli artt. 3, c. 4 e 5, c. 1 del R.R. 2/2007;

RITENUTE, pertanto, soddisfatte le prescrizioni previste dalla normativa nazionale e regionale in materia;

DECRETA

- ✓ di approvare il Documento di Valutazione della “Stima del fabbisogno assistenziale per le strutture del servizio sanitario della Regione Lazio – marzo 2010” ai fini della verifica di compatibilità di cui al D.lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 8 quater ed alla LR 4/2003 e al RR 2/2007;
- ✓ di mantenere salvi, ai fini della compatibilità con i fabbisogni, gli effetti dei processi di trasformazione/riconversione delle strutture già provvisoriamente accreditate;
- ✓ di dare mandato alla competente Direzione regionale di procedere, a seguito dell’adozione del presente provvedimento, alla verifica di compatibilità con il fabbisogno di assistenza rispetto all’atto programmatico delle istanze di autorizzazione alla realizzazione, ivi comprese l’ampliamento, la trasformazione e il trasferimento, di strutture sanitarie e socio-sanitarie, nell’ambito del procedimento di cui alla LR 4/2003 ed al RR 2/2007;
- ✓ di consentire alla competente Direzione regionale, ai fini di quanto previsto dal capoverso precedente e con l’obiettivo di rendere maggiormente puntuale il processo di localizzazione sul territorio regionale delle strutture destinate a soddisfare i diversi fabbisogni assistenziali, di avvalersi del parere non vincolante delle AUSL territorialmente competenti, così come previsto dagli artt. 3, c. 4 e 5, c. 1 del R.R. 2/2007;
- ✓ di rinviare a successivi provvedimenti, una nuova e motivata definizione del fabbisogno assistenziale in materia di tossicodipendenza, alcol dipendenza nonché in materia di disturbi alimentari, dando atto che nella fase attuale il fabbisogno medesimo è coincidente con le strutture esistenti;
- ✓ di dichiarare che, fatto salvo quanto previsto dall’art. 9 del Patto per la Salute del 3.12.2009 relativamente all’adozione di apposito atto programmatico circa la razionalizzazione dell’assistenza ai pazienti anziani ed agli altri soggetti non autosufficienti, la validità della definizione di fabbisogno di cui al presente Decreto è correlata a quella del Piano Sanitario Regionale 2010-2012.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il commissario
GUZZANTI



REGIONE
LAZIO

DIPARTIMENTO SOCIALE

DIREZIONE REGIONALE POLITICHE DELLA PREVENZIONE E DELL' ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Documento di valutazione della
“Stima del fabbisogno assistenziale per le
strutture del Servizio sanitario della
Regione Lazio – Marzo 2010” ai fini
della verifica di compatibilità di cui al
D.lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 8 quater ed
alla LR 4/2003 e al RR 2/2007

1) Posti letto ordinari e DH per acuti – (Standard regionale 3.3 p.l. per mille abitanti)

Come da Piano Sanitario Regionale e da Stima dell'ASP di seguito riportati.

L'offerta di posti letto attuale eccede il fabbisogno e pertanto non sono previsti ulteriori accreditamenti.

cod	Specialità di ricovero per acuti	Fabbisogno PPLL per residenti - Popolazione 1/1/2009														
		LAZIO	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR		
6	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	10	10													
7	CARDIOCHIRURGIA	153	153													1
8	CARDIOLOGIA	885	84	105	91	87	85	45	70	78	53	28	80	79		
9	CHIRURGIA GENERALE	2597	236	313	259	259	245	136	213	236	151	78	241	230	2	
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	50	50													3
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	59	59													
12	CHIRURGIA PLASTICA	88	88													
13	CHIRURGIA TORACICA	53	53													
14	CHIRURGIA VASCOLARE	201	19	24	21	20	19	10	16	17	12	7	18	18		
18/66	EMATOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA	311	27	39	30	31	29	17	26	29	17	8	30	28		
19	MALAT. ENDOC. DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	66	66													
21	GERIATRIA	427	43	50	45	42	42	21	32	35	26	13	38	40	4	
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPIC.	464	39	57	44	47	42	25	40	45	26	13	46	40		
26	MEDICINA GENERALE	3594	343	424	372	356	348	182	285	312	216	114	321	321	5	
29/48	NEFROLOGIA E TRAPIANTI RENE	175	16	21	17	18	16	9	14	16	10	6	16	16		
30/76	NEUROCHIRURGIA / NCH PED	221	221													6
32	NEUROLOGIA	312	28	38	30	31	30	16	26	29	18	9	29	28		
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	51	51													
34	OCULISTICA	227	21	27	24	23	22	11	18	20	13	7	21	20		
35	ODONTOSTOMATOLOGIA	22	22													
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2017	183	243	201	200	191	106	165	184	117	60	188	179	7	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1302	108	171	122	136	126	72	111	131	64	31	125	105	8	
38	OTORINOLARINGOIATRIA	405	34	50	38	41	37	22	35	39	22	11	40	36		
39	PEDIATRIA	429	32	54	38	43	38	25	39	45	22	11	44	38		
43	UROLOGIA	557	52	66	56	55	53	29	45	50	33	17	51	50		
49	TERAPIA INTENSIVA	557	557													9
50	UTIC	281	281													10
51	OSSERV. BREVE/ASTANTERIA	198	198													11
52	DERMATOLOGIA	124	124													
58	GASTROENTEROLOGIA	194	17	24	19	19	18	10	16	18	11	6	18	18		
62	NEONATOLOGIA	240	19	33	22	26	25	13	21	26	10	5	23	17		
64	ONCOLOGIA	767	69	91	76	76	74	41	64	70	44	23	71	68	12	
68	PNEUMOLOGIA	327	31	39	33	33	32	17	26	29	19	10	29	29		
70/74	RADIOTERAPIA E RADIOLOGIA ONCOLOGICA	60	60													
73	UTIN ¹³	162	162													
78	UROLOGIA PEDIATRICA	26	26													
	SPDC ¹⁴	489	489													
	UTN ¹⁵	219	219													
	ALTRE SPECIALITA' ¹⁶	248	248													
	Totale	18.568														

NOTE

¹ Di cui 53 per la rete cardiologica.

² Correzione apportata in funzione dei ricoveri "oncologici" trasferibili in oncologia.

³ Di cui 16 per rete trauma grave.

⁴ Correzione apportata in funzione dei ricoveri "geriatrici" trasferibili dalla Medicina generale

⁵ Correzione apportata in funzione dei ricoveri "oncologici" e "geriatrici" trasferibili presso le rispettive discipline.

⁶ Di cui 41 per rete trauma grave.

⁷ Di cui 720 per rete trauma grave.

⁸ Di cui il fabbisogno di posti letto di Ostetricia (gravidenza, puerperio e parto) è pari a 769 ppll

⁹ Pari al 3 % del totale dei posti letto per acuti, di cui 41 per rete trauma grave.

¹⁰ Fabbisogno pari a 1 pl ogni 20.000 residenti (DGR 419/07)

¹¹ Stima ricavata dall'abbattimento del 50% della dotazione di posti letto indicati come fabbisogno dalla DGR 419/07 ed aggiornato per la popolazione di riferimento

¹² Correzione apportata in funzione dei ricoveri "oncologici" trasferibili dalle discipline di Medicina e Chirurgia generale.

¹³ La disciplina cod. 73 comprende ppll di terapia intensiva e sub intensiva neonatale

¹⁴ Il fabbisogno dei posti letto di SPDC è calcolato in difetto rispetto allo standard di 1:10.000. Tale riduzione tiene conto del fatto che:

- L'accesso in SPDC è riservato a persone che hanno raggiunto la maggiore età;

- Ulteriori pl psichiatrici per acuti - che "non sono SPDC" - sono presenti presso 2 strutture universitarie

- Il Decreto del Commissario ad Acta N. 48/2009 prevede la destinazione di 240 pl psichiatrici di post-acuzie a funzioni mirate al proseguimento delle cure per alcune tipologie di pazienti provenienti da SPDC (con effetti attesi sulla riduzione della durata della degenza in SPDC)

¹⁵ Rete dell'ictus cerebrale acuto (UTN). All'1/1/2008 i posti letto utilizzati per tale funzione risultano collocati all'interno di specialità già esistenti, quali la neurologia, la medicina d'urgenza e la medicina interna. Viste le caratteristiche strutturali ed organizzative dell'UTN, tali posti letto dovranno preferibilmente essere collocati in unità di trattamento neurovascolare di nuova istituzione.

¹⁶ Medicina sportiva, Medicina del lavoro, Medicina nucleare, Angiologia, Immunologia, Allergologia, Reumatologia, Grandi Ustioni, Psichiatria-non SPDC (ppll universitari e DH)

N.B.: l'articolazione e la quantificazione dei posti letto per acuti ricalca quella già definita con il P.S.R.; la medesima verrà rivista con l'adozione del Piano di Riordino della rete ospedaliera.

2) Ambulatori di assistenza specialistica

Le valutazioni di cui alla Stima dell'ASP evidenziano ad oggi la sufficienza delle strutture provvisoriamente accreditate che sono pertanto considerate quale fabbisogno regionale. E' fatta salva la possibilità di autorizzare trasferimenti di strutture da aree maggiormente dotate ad aree carenti o all'interno della stessa azienda, nonché ampliamenti strutturali che non prevedono aumenti nel volume di attività prestazionali.

3) Presidi di diagnostica PET

Il fabbisogno è individuato in n. 8 PET-TC, sulla base del rapporto ottimale individuato nella stima ASP.

4) Posti letto di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie

Il fabbisogno, come da Piano Sanitario Regionale, è pari a 0.70 posti letto per mille abitanti complessivi regionali. E' ripartito in 0,55 da destinare alla riabilitazione e 0,15 alla lungodegenza. Il fabbisogno è assicurato e non sono previsti ulteriori accreditamenti.

Fabbisogno e offerta di posti letto per ASL, di reparti di riabilitazione post-acuzie (codice 56, 75, 28), utilizzando la popolazione ISTAT del 1 gennaio 2009

ASL	Popolazione Lazio 01/01/2009	Fabbisogno totale posti letto (0,55 posti letto x 1.000 abitanti)
RMA	482.369	265
RMB	690.712	380
RMC	537.747	296
RMD	560.600	308
RME	519.429	286
RMF	307.987	169
RMG	476.586	262
RMH	534.605	294
VT	315.523	174
RI	159.018	88
LT	545.217	300
FR	496.917	273
TOTALE	5.626.710	3.095

Fabbisogno e offerta di posti letto per ASL, per reparti di lungodegenza medica (codice 60), utilizzando la popolazione ISTAT del 1 gennaio 2009

ASL	Popolazione Lazio 01/01/2009	Fabbisogno posti letto (0,15 posti letto x 1.000 abitanti)
RMA	482.369	72
RMB	690.712	104
RMC	537.747	81
RMD	560.600	84
RME	519.429	78
RMF	307.987	46
RMG	476.586	71
RMH	534.605	80
VT	315.523	47
RI	159.018	24
LT	545.217	82
FR	496.917	75
TOTALE	5.626.710	844

5) Presidi e Centri ambulatoriali di riabilitazione (ex art. 26)

In attesa degli esiti del processo di verifica attualmente in corso, avviato con la collaborazione delle Unità cliniche di valutazione aziendali, dei singoli progetti assistenziali residenziali dei pazienti adulti con disabilità (dati specificati nelle tabelle che seguono), finalizzato a garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate nelle strutture regionali private provvisoriamente accreditate, concordando con quanto dichiarato nella Stima dell'ASP, sono sospese per il 2010 tutte le richieste di autorizzazione alla realizzazione, valutandosi attualmente già soddisfatto il fabbisogno. Sarà tuttavia necessario, a conclusione del processo di verifica di cui sopra e del conseguente processo di riconversione, ridefinire il fabbisogno assistenziale.

Offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime residenziale nel Lazio. Progetti e utenti prevalenti trattati presso strutture ex articolo 26. Popolazione di riferimento: ISTAT 1 gennaio 2009

ASL RESIDENZA	Popolazione Lazio 1-1-2009	STRUTTURE		POSTI		PROGETTI *		UTENTI	
		N.	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	
RM A	482.369	1	25	0,05	199	0,41	134	0,28	
RM B	690.712	3	110	0,16	399	0,58	256	0,37	
RM C	537.747	5	166	0,31	337	0,63	209	0,39	
RM D	560.600	4	249	0,44	405	0,72	275	0,49	
RM E	519.429	7	498	0,96	716	1,38	442	0,85	
RM F	307.987	2	213	0,69	416	1,35	217	0,70	
RM G	476.586	2	143	0,30	145	0,3	92	0,19	
RM H	534.605	3	142	0,27	308	0,58	162	0,30	
VT	315.523	3	239	0,76	600	1,9	343	1,09	
RI	159.018	0	0	0,00	25	0,16	15	0,09	
LT	545.217	1	35	0,06	104	0,19	61	0,11	
FR	496.917	1	10	0,02	58	0,12	33	0,07	
TOTALE	5.626.710	32	1.830	0,33	3.712	0,66	2.239	0,40	

* Sono stati esclusi 199 progetti relativi a 121 utenti non residenti nel Lazio e 8 progetti relativi a 4 utenti con residenza non nota. I progetti prevalenti sono stati definiti come progetti aperti per almeno un giorno nell'anno solare 2008. I dati non comprendono le strutture già afferenti all'Associazione Anni Verdi, attualmente non accreditate.

Offerta di riabilitazione estensiva e di mantenimento in regime semiresidenziale nel Lazio. Progetti e utenti prevalenti trattati presso strutture ex articolo 26. Popolazione di riferimento: ISTAT 1 gennaio 2009

ASL RESIDENZA	Popolazione Lazio 1-1-2009	STRUTTURE	POSTI		PROGETTI *		UTENTI	
		N.	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti	N.	tasso x 1000 abitanti
RM A	482.369	7	321	0,67	739	1,53	337	0,70
RM B	690.712	5	240	0,35	948	1,37	494	0,72
RM C	537.747	8	544	1,01	682	1,27	388	0,72
RM D	560.600	10	494	0,88	649	1,16	326	0,58
RM E	519.429	6	346	0,67	651	1,25	354	0,68
RM F	307.987	2	41	0,13	100	0,32	49	0,16
RM G	476.586	2	56	0,12	149	0,31	98	0,21
RM H	534.605	4	148	0,28	431	0,81	198	0,37
VT	315.523	3	98	0,31	559	1,77	386	1,22
RI	159.018	0	0	0	9	0,06	6	0,04
LT	545.217	3	100	0,18	402	0,74	135	0,25
FR	496.917	2	64	0,13	30	0,06	19	0,04
TOTALE	5.626.710	52	2.452	0,44	5.349	0,95	2.790	0,50

* Sono stati esclusi 199 progetti relativi a 121 utenti non residenti nel Lazio e 8 progetti relativi a 4 utenti con residenza non nota. I progetti prevalenti sono stati definiti come progetti aperti per almeno un giorno nell'anno solare 2008. I dati non comprendono le strutture già afferenti all'Associazione Anni Verdi, attualmente non accreditate.

6) Presidi dialitici

Come rappresentato dalla Stima dell'ASP, che considera la prestazione dialitica, in quanto terapia sostitutiva salvavita (e pertanto anelastica) per persone con IRC, non a rischio di inappropriatazza, la domanda corrisponde al reale fabbisogno che deve pertanto essere dinamicamente soddisfatto. Tale evidenza si traduce nella necessità di correlare strettamente l'attivazione di nuova risposta assistenziale al contesto territoriale di insorgenza del nuovo bisogno da soddisfare, valutando altresì l'eventuale sussistenza di capacità produttiva già attiva e non totalmente utilizzata; tale azione può essere adeguatamente attivata programmando il potenziamento dei servizi in primo luogo pubblici sulla base dell'indicazione da parte dell'ASP del numero dei posti dialisi attivabili nel momento dato, atteso il costante incremento medio dei prevalenti stimato nel periodo 2001 – 2008 del 2,4%.

7) Consulteri familiari

Il fabbisogno è evidenziato nella tabella seguente.

ASL	Popolazione Residente	Consulteri Familiari	
		presenti	fabbisogno
RMA	482.369	9	19
RMB	690.712	14	28
RMC	537.747	11	22
RMD	560.600	9	22
RME	519.429	12	21
RMF	307.987	12	12
RMG	476.586	16	19
RMH	534.605	17	21
VT*	315.523	16	32
RI*	159.018	12	16
LT	545.217	14	22
FR	496.917	19	20
LAZIO	5.626.710	161	254

* ASL a bassa densità abitativa

8) Centri di salute mentale

Il fabbisogno è individuato in misura corrispondente ai centri attualmente attivi che sono sufficienti a soddisfare il fabbisogno.

9) Centri diurni e day hospital psichiatrici

Il fabbisogno è individuato in misura corrispondente ai centri attualmente attivi che sono sufficienti a soddisfare il fabbisogno.

10) Strutture residenziali psichiatriche nella Regione Lazio

In attesa della conclusione del processo di riconversione avviato nel 2008 sono sospese per il 2010 tutte le richieste di autorizzazione alla realizzazione. Di seguito si rappresenta l'offerta di posti letto che costituisce il fabbisogno.

Offerta di pl in Strutture Residenziali psichiatriche per ASL, Lazio 2009

DSM	SRTR					SRSR					TOTALE	
	riconversione CdC NP	temp. Accred.	gestione diretta DSM	Totale pl SRTR	pl/pop ¹ x 10.000	riconversione CdC NP	temp. Accred.	gestione diretta DSM	Totale pl SRSR	pl/pop ¹ x 10.000	N. pl	pl/pop ¹ x 10.000
RM A	0	10	53	63	1,3	0	0	49	49	1,0	112	2,3
RM B	60	20	28	108	1,6	0	21	48	69	1,0	177	2,6
RM C	0	7	24	31	0,6	0	18	0	18	0,3	49	0,9
RM D	50	0	8	58	1,0	85	0	10	95	1,7	153	2,7
RM E	40	16	81	137	2,6	56	23	59	138	2,7	275	5,3
RM F	0	53	0	53	1,7	0	9	10	19	0,6	72	2,3
RM G	40	78	0	118	2,5	90	106	6	202	4,2	320	6,7
RM H	0	95	0	95	1,8	19	42	0	61	1,1	156	2,9
VT	20	10	0	30	1,0	10	0	18	28	0,9	58	1,8
RI	0	0	9	9	0,6	0	0	31	31	1,9	40	2,5
LT	70	129	15	214	3,9	20	86	8	114	2,1	328	6,0
FR	0	74	50	124	2,5	0	30	0	30	0,6	154	3,1
Lazio	280	492	268	1.040	1,8	280	335	239	854	1,5	1.894	3,4

SRTR: strutture residenziali terapeutiche riabilitative (intensive ed estensive)

SRSR: strutture residenziali socio riabilitative (alta, media e bassa intensità assistenziale)

1) Posti letto per 10.000 ab. E' stata utilizzata la popolazione residente nel Lazio al 01/01/2009 (tutte le età).

11) RSA

Il fabbisogno è evidenziato nella tabella seguente.

DATI RSA AGGIORNATI AL 3 marzo 2010 (Popolazione al 1.1.2009)
Ricognizione effettuata dall'Area Autorizzazione, Accreditamento ed Attività ispettiva

AZIENDA USL	Posti residenza attesi da standard (2,5% pop. > 75 anni) *	Posti residenza autorizzati e provvisoriamente accreditati	Saldo (B-C)	Posti residenza da processo di riconversione ex decreti 15/08 - 43/08 5/09 - 48/09 ed altri	Saldo D-E	Posti residenza ex art. 20 lavori conclusi (legge 67/88)**	Posti residenza autorizzati	Posti residenza con parere favorevole alla realizzazione (ante legge 4/2003)	Totale (I+J)	Posti residenza ex art. 20 (legge 67/88) lavori in corso	Saldo (F-K)
A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	L	M
RM/A	1401	60	-1341	30	-1311		80	120	200		-1111
RM/B	1486	356	-1130		-1130		52	180	232		-898
RM/C	1508	40	-1468	30	-1438		0	41	41	32	-1397
RM/D	1253	383	-870	50	-820		0	474	474		-346
RM/E	1357	440	-917	210	-707		78	40	118	70	-589
RM/F	553	494	-59	56	-3		0	160	160	40	157
RM/G	923	744	-179	160	-19		100	95	195		176
RM/H	957	898	-59	20	-39	40	120	40	160	30	121
Roma e Provincia	9438	3415	-6023	556	-5467	40	430	1150	1580	172	-4341
VITERBO	826	723	-103		-103	56	50	140	190	80	87
RIETI	469	77	-392	0	-392		55	120	175	268	-217
LATINA	1084	180	-904	85	-819	120	140	440	580	60	-239
FROSINONE	1255	753	-502		-502	20	261	120	381		-121
TOTALE	13072	5148	-7924	641	-7283	236	936	1970	2906	580	-4918

*i posti residenza sono comprensivi di quelli in regime semiresidenziale (10% in accordo con la normativa vigente)

** n. 120 pr di Latina sono anche autorizzati

12) Hospice

Il fabbisogno è pari a n. 325 posti come nella tabella seguente:

Fabbisogno teorico Hospice – distribuzione per ASL e per funzione assistenziale – Popolazione al 1/1/2008

ASL	Deceduti per tumori 2006	N. posti letto attesi da standard (1,2 ogni 56 deceduti)*	N. strutture provvisoriamente accreditate attive	N. posti letto provvisoriamente accreditati attivi*	Differenza di posti attivi rispetto a standard
RMA	1.487	32	3	56	24
RMB	1.818	39	–	0	-39
RMC	1.736	37	1	10	-27
RMD	1.510	32	3	41	9
RME	1.473	32	2	55	23
RMF	730	17	–	0	-17
RMG	1.169	25	–	0	-25
RMH	1.231	26	2	30	4
FR	1.271	27	–	0	-27
LT	1.315	28	3	30	2
RI	452	10	1	4	-6
VT	954	20	2	35	15
Totale	15.146**	325	17	261	-64

* Posti letto attesi per malati terminali (oncologici e non): fonte: Assessorato alla Sanità - Regione Lazio, 2009 e ASP-Laziosanità

** Il totale regionale complessivo corrisponde a 15.363, in quanto al totale della tabella si aggiungono 198 casi di residenti a Roma e 19 casi di residenti nel Lazio senza attribuzione di ASL, per un totale di 4 posti letto per le ASL di Roma città.

13 Centri residenziali di cure palliative per minori

Il fabbisogno è pari a 10 posti letto ogni 2/2.5 milioni di abitanti. (Documento Ministero della Salute “Prestazioni residenziali e semiresidenziali anno 2007”). Pertanto il fabbisogno della Regione Lazio è individuato in n. 20 posti letto.

14) Case alloggio per persone con AIDS

Il fabbisogno è definito come dalla tabella seguente.

	Posti già disponibili nella Regione Lazio	Posti letto da attivare
Casa Alloggio	52	110
Residenza Protetta	0	90

15) Procreazione medicalmente assistita

Si riporta di seguito la stima di fabbisogno delle strutture, articolate per aziende usl, per la procreazione medicalmente assistita (PMA).

ASL	Pop. Residente	centri esistenti (fonte: registro Nazionale PMA-ISS)		fabbisogno (n. centri)					
		I livello	II/III livello	I livello		II/III livello		totale	
				autorizzati	di cui accreditati	autorizzati	di cui accreditati	autorizzati	di cui accreditati
ROMA	2.782.391	19	27	7	3	9	6	16	9
RMF	297.910	0	0	0	0	1	1	1	1
RMG	460.638	1	0	2	1	2	1	4	2
RMH	520.604	0	0	2	1	2	1	4	2
VT	310.650	1	0	0	0	1	1	1	1
RI	156.796	2	0	0	0	0	0	0	0
LT	537.213	1	1	2	1	2	1	4	2
FR	494.815	0	3	2	1	2	1	4	2
Lazio	5.561.017	24	31	15	7	19	12	34	19

16) Disturbi del comportamento alimentare

Si riporta di seguito la tabella relativa al numero delle strutture per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) attualmente presenti sul territorio regionale, come da ricognizione effettuata dalla competente area "Programmazione della rete dei servizi nell'area dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)" nell'ambito dello studio propedeutico alla definizione delle linee guida regionali relativamente allo specifico percorso assistenziale.

Il fabbisogno sarà successivamente definito, come indicato dalla stima dell'ASP, a seguito del provvedimento di approvazione delle linee guida suindicate.

ASL	N. STRUTTURE DCA
ASL RM A	2 RICOVERO
	5 AMBULATORI
	2 DAY HOSPITAL
ASL RM B	2 AMBULATORI
	1 DAY HOSPITAL
ASL RM C	2 AMBULATORI
ASL RM D	2 AMBULATORI
	2 DAY HOSPITAL
ASL RM E	2 AMBULATORI
	1 DAY HOSPITAL
ASL RM F	NO STRUTTURE DCA
ASL RM G	1 AMBULATORIO
	1 RICOVERO
ASL RM H	2 AMBULATORI
	2 RICOVERO
	2 DAY HOSPITAL
ASL FROSINONE	1 AMBULATORIO
ASL LATINA	1 AMBULATORIO
ASL RIETI	1 AMBULATORIO
ASL VITERBO	1 AMBULATORIO

17 RMN e TAC

Per entrambe le tipologie il fabbisogno è riconducibile all'assistenza specialistica ambulatoriale della quale si assumono le medesime valutazioni, in base alle quali pertanto le macchine attualmente provvisoriamente accreditate sono da considerarsi quale fabbisogno regionale, fatta salva la possibilità di autorizzare eventuali trasferimenti.

In particolare per la Risonanza Magnetica Nucleare resta confermato il rapporto fabbisogno/capacità produttiva fissato dalla DGR 434/2007.

18 Stabilimenti termali

Per tale tipologia assistenziale non esiste alcun vincolo al fabbisogno

19 Centri per le tossicodipendenze

In considerazione della particolare complessità di tale tipologia, non rilevata nella stima dell'ASP, si rinvia a successivo provvedimento la definizione del relativo fabbisogno. A tale scopo sarà istituito un apposito gruppo di lavoro con la partecipazione, tra gli altri, del dirigente della competente area regionale, del rappresentante del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, nonché di tecnici designati delle competenti direzioni regionali.