



Ministero della Salute

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
E
REGIONE LAZIO**

**ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI**

PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE N. 67/1988

ARTICOLATO CONTRATTUALE

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 34 miliardi di euro;

VISTO il decreto-legge n. 75 del 2023, articolo 43, comma 4-bis, che assegna alla Regione Lazio per il Giubileo 40 milioni di euro per l'anno 2023, 100 milioni di euro per l'anno 2024 e 15 milioni di euro per l'anno 2025, al lordo dell'imposta sul valore aggiunto, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, a valere sulla quota assegnata alla regione Lazio;

VISTO il decreto-legge n. 132 del 2023, articolo 9, comma 1-septies, che assegna alla Regione Calabria 19,4 milioni di euro per l'anno 2024 e 38,6 milioni di euro per l'anno 2025 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, a valere sulla quota assegnata alla regione Calabria;

CONSIDERATO quindi che il finanziamento del suddetto programma, al netto delle riduzioni, risulta essere 33,787 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e, in particolare, l'articolo 5, bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88;

VISTO l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144, che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria già attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

VISTA la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua tra le attribuzioni da trasferire al Ministero della Sanità, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 450, che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto-legge del 28 dicembre 1998, n. 450, convertito con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti;

VISTI, con riferimento agli stanziamenti di risorse nel bilancio statale, la tabella F delle leggi finanziarie n. 488/1999, n. 388/2000, n. 448/2001, n. 289/2002, n. 350/2003, n. 311/2004, n. 266/2005, n. 296/2006, n. 244/2007, n. 203/2008, n. 191/2009; la tabella E della legge n. 220 del 2010 (stabilità 2011); la tabella E della legge n. 183 del 2011 (stabilità 2012); la legge n. 228 del 2012 (stabilità 2013); la legge n. 147 del 2013; la legge n. 190 del 2014; la legge n. 208 del 2015; la legge n. 232 del 2016; la legge n. 205 del 2017 (bilancio 2018); la legge n. 145 del 2018 (bilancio 2019); la legge n.160 del 2019 (bilancio 2020); la legge n. 178 del 2020 (bilancio 2021); la legge n. 234 del 2021 (bilancio 2022); la legge n. 197 del 2022 (bilancio 2023); la legge n. 213 del 2023 (bilancio 2024);

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTO il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

VISTO il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 4 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

VISTA la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53, pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

VISTA la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio", pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale 169 del 22 luglio 1998;

VISTA la circolare del Ministero della Sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

VISTA la Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

VISTO l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002;

VISTA la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312, che detta disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della citata legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/16.a.h dell'8 febbraio 2006, avente per oggetto "Programma investimenti, art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";

VISTO l'articolo 1, comma 436, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020", che modifica l'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA la delibera CIPE 24 luglio 2019, n. 51 "*RIPARTO DELLE RISORSE PER COMPLESSIVI 4695 MILIONI DI EURO A VALERE SULLA DISPONIBILITA' DELL'ART. 1 COMMA 555 DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2018, N. 145 E SULLE RISORSE RESIDUE DI CUI ALL'ART. 2 COMMA 69, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 2009, N. 191 PER LA PROSECUZIONE DEL PROGRAMMA PLURIENNALE DI INTERVENTI IN MATERIA DI RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA ED AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DI CUI ALL'ART. 20, COMMA 1, DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67.*" pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* serie generale n. 15 del 20 gennaio 2020, che assegna alla Regione Lazio € 393.504.872,64;

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 22 settembre 2000 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Lazio, di concerto con il Ministero del bilancio e della

programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo, per il settore investimenti sanitari, sottoscritto in data 26 novembre 2015 dal Ministero della salute e dalla Regione Lazio, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo, per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 9 ottobre 2017 dal Ministero della salute e dalla Regione Lazio, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO l'Accordo di programma integrativo, per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 2 ottobre 2023 dal Ministero della salute e dalla Regione Lazio, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, concernente un nuovo Patto sulla salute;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2014-2016;

VISTA l'intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, concernente un nuovo Patto sulla salute per gli anni 2019-2021;

VISTO l'Accordo sottoscritto dalla Regione Lazio in data 28/02/2007, attuativo del "Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico" previsto dall'art.1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 149 del 06/03/2007, recante "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";

ACQUISITO l'Accordo di programma Regionale per gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie – Terza fase, ai sensi dell'articolo 5 bis, come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successive modificazioni, tramite sistema SIVEAS rif. prot. n.65 del 2020, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U00080 del 19 giugno 2020;

VISTO il Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 2 aprile 2015, n. 70 recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTO l'articolo 8-quinquies, comma 2-quater, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilisce che *"Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con*

gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalita' di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e ss.mm.ii, che prevedano che l'attivita' assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attivita' predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonche' sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e ss.mm.ii”.

PRESO ATTO che la Regione ha dichiarato, nelle premesse di cui al DCA U00080 del 19 giugno 2020, di aver garantito il rispetto del comma 1, art. 10 dell’Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005 relativo all’attuazione dell’art. 1, comma 188, della legge n. 311/2004, poiché una quota superiore al 15% delle risorse è destinata al potenziamento ed ammodernamento tecnologico;

VISTO l’articolo 1, comma 13, del decreto-legge n. 19/2024 avente ad oggetto *“Ulteriori disposizioni urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)” nel quale si prevede che le risorse riguardanti gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”* già finanziati a carico del Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza sono posti a carico del finanziamento di cui all’articolo 20 della legge n. 67/1988 per una spesa per la Regione Lazio di € 125.354.641,89;

ACQUISITO nella seduta del 4 giugno 2024, il parere tecnico favorevole con raccomandazioni del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della salute, sul documento programmatico;

PRESO ATTO della Determinazione della Regione Lazio n. 7957 del 17/06/2024 con cui viene ottemperato a quanto richiesto con suindicato parere n. 28 del 04/06/2024 del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute;

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, presente agli atti dei Ministeri competenti;

DATO ATTO che il Documento programmatico formulato di intesa tra il Ministero della salute e la Regione Lazio definisce gli interventi da finanziare con le risorse disponibili nel bilancio dello Stato;

ACQUISITA l’Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 5 bis del D. Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D. Lgs. n. 229/1999, in data _____;

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, e la Regione Lazio

**STIPULANO IL SEGUENTE
ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO**

Articolo 1
(Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma integrativo, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691, è finalizzato a:
 - sviluppare, potenziare, uniformare sul territorio la rete poliambulatoriale e socio-sanitaria;
 - ottimizzare le risorse disponibili in ottica di rete, anche extra-regionale;
 - riqualificazione e razionalizzazione della rete delle dimissioni protette;
 - potenziare il sistema di monitoraggio e controllo, innalzare la qualità, aumentare la sicurezza, ridurre l'impatto ambientale;
 - sostenere l'innovazione e la ricerca.

2. Lo stralcio IFO dell'Accordo di programma integrativo è costituito da n. 1 intervento facente parte del programma della Regione Lazio per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, dettagliatamente illustrato nella scheda tecnica allegata che costituisce parte integrante del presente Atto integrativo e che reca, le seguenti indicazioni:
 - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, delle fonti di copertura e dell'impegno finanziario di ciascun soggetto;
 - d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
 - e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
 - f) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2
(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo di programma integrativo sono:
 - per il Ministero della Salute: Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della Ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,
 - per il Ministero della Economia e delle Finanze: Dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce, Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato,
 - per la Regione Lazio: Dott. Andrea Urbani, Direttore della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:
 - a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo di programma integrativo;
 - b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
 - c) procedere periodicamente alla verifica dell'Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 9, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
 - d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
 - e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell'Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3
(Copertura finanziaria degli interventi)

1. L'onere complessivo derivante dal presente Accordo di programma integrativo ammonta a € 23.000.000,00 di opere analiticamente indicate nelle schede tecniche previste all'art. 1, comma 2, di cui: € 21.850.000,00 a carico dello Stato ed € 1.150.000,00 a carico della Regione. Il piano finanziario, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate, è quello di seguito riportato:

PIANO FINANZIARIO		
	Importo a carico dello STATO	Importo a carico della REGIONE
Importo	€ 21.850.000,00	€ 1.150.000,00
Totale complessivo	€ 23.000.000,00	

2. L'importo a carico dello Stato, ex art. 20 L. 67/88 di cui al comma 1, pari a € 21.850.000,00 deriva dalle seguenti risorse assegnate alla Regione Lazio:
 - per € 21.850.000,00 dalla delibera CIPE n. 51 del 24 luglio 2019;

3. Le risorse residue pari ad € 810.340.307,39, come di seguito specificate, saranno utilizzate dalla Regione Lazio per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma, in presenza di disponibilità di risorse iscritte sul bilancio dello Stato:

- per € 321.560.641,14 quali risorse residue Delibera CIPE n. 51/2019;
 - per € 151.595.933,00 quali risorse assegnate dall'art. 1, comma 443, della Legge n.178 del 30/12/2020, al netto delle quote assegnate dall' art. 1 commi 264 e 265 della L. n. 234/2021;
 - per € 151.595.933,00 quali risorse assegnate dall'art. 1, comma 442, della Legge n.178 del 30/12/2020, al netto delle quote assegnate dall' art. 1 commi 264 e 265 della L. n. 234/2021;
 - per € 185.587.800,26 quali risorse assegnate dall'art. 1, comma 263, della Legge n.234 del 30/12/2021;
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione, dopo la sottoscrizione dell'Accordo di programma, iscriverà a bilancio, nel rispetto dell'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le somme necessarie per la realizzazione degli interventi, secondo le fonti di finanziamento esplicitate nel presente Accordo.
 5. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo di programma integrativo hanno natura giuridica pubblica, come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Articolo 5
(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo di programma integrativo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita dall'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo la Regione Lazio inoltra al Ministero della Salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al precedente comma 1, previa approvazione del progetto.

3. In relazione alle disposizioni di cui al precedente comma 1, le eventuali variazioni del programma, anche sostitutive, in sede di attuazione del medesimo, comprese eventuali articolazioni funzionali di un unico intervento (suddivisione di un intervento in sub interventi), devono essere comunicate al Ministero della Salute, accompagnate da una specifica relazione esplicativa, per la valutazione di competenza ministeriale sulla conformità delle variazioni agli obiettivi generali dell'Accordo. A seguito di valutazione positiva da parte della competente Direzione Generale del Ministero, la Regione procede all'adozione delle modifiche dell'Accordo stesso per le vie formali, nei modi previsti dalla normativa regionale, previa validazione dei dati relativi agli interventi, utilizzando il sistema Osservatorio.

Articolo 6 ***(Procedure per l'istruttoria)***

1. Per gli interventi oggetto del presente Accordo di programma integrativo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla Regione Lazio, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della relativa normativa europea;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della Regione Lazio o delle Aziende appositamente delegate, contestualmente alla acquisizione, da parte del Ministero della Salute, delle dichiarazioni di cui alla legge n. 492/1993.

Articolo 7 ***(Indicatori)***

1. La Regione ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.
La Regione ha individuato gli strumenti di valutazione, rispetto agli obiettivi specifici, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica degli interventi.

Articolo 8 ***(Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)***

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione", composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della Regione Lazio.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della Salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell'Accordo, di cui all'articolo 9. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della Salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo.

5. In caso di ingiustificato ritardo nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, fermo restando quanto previsto dall'art. 5-bis, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, e dall'art. 1, comma 310, della legge 266/2005, il Ministero della Salute assume iniziative a sostegno della Regione Lazio al fine di rimuovere le cause delle criticità riscontrate e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 9
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo di programma integrativo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il Dott. Andrea Urbani, Direttore della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 8, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
 - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato le schede di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate, ai sensi del citato articolo 5, comma 3.

Articolo 10
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo di programma integrativo, nelle schede di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile dell'intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore degli interventi ed ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico-amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
 - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
 - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile medesimo.

Articolo 11
(Disposizioni generali)

1. Il presente Accordo di programma integrativo è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Atto integrativo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma

3. Alla scadenza dell'Accordo, il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

Il Ministero della Salute: *Prof. Americo Cicchetti*

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze: *Dott.ssa Angela Stefania Lorella Adduce*

La Regione Lazio: *Dott. Andrea Urbani*



Ministero della Salute

**EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO 7**

OGGETTO: Regione Lazio - Programma investimenti ex art. 20 Legge 67/1988 – Proposta Accordo di programma con la Regione Lazio, ai sensi dell'art. 5 bis del D.lgs. 502/92, come introdotto dal d.lgs. 229/99. Elenco interventi.

N.	ENTI SERVIZIO SANITARIO	INTERVENTI FINANZIATI	ART 20	COFINANZIAMENTO	TOTALE INTERVENTO
1	ISITITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI (IRCCS pubblico)	IFO – Centro di Protonterapia	€ 21.850.000,00	€ 1.150.000,00	€ 23.000.000,00
IMPORTI TOTALI			€ 21.850.000,00	€ 1.150.000,00	€ 23.000.000,00



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

ALLEGATO A

Piano Decennale in Materia di Investimenti in Edilizia Sanitaria ex Art. 20 Legge 11 marzo 1988 n. 67

**Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per
l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del
Servizio Sanitario della Regione Lazio**

Stralcio Protonterapia - IFO



Sommario

0 - RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	4
0.1 - Identificazione dell'Accordo.....	4
0.2 - Il quadro finanziario	5
0.3 - Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.	8
0.3.1 - Obiettivi generali	8
0.3.2 - Obiettivi specifici	8
0.3.3 Obiettivi operativi.....	8
0.4 - Sintesi della coerenza interna	8
0.5 - Sintesi delle coerenze esterne	9
0.6 - Le azioni.....	10
1 - BISOGNI, LOGICA, COERENZA E SOSTENIBILITA' DELLA STRATEGIA	11
1.1 - Gli obiettivi della rete ospedaliera	11
2 - CONTESTO REGIONALE	11
2.1 - Analisi demografica del territorio	11
2.2 - Analisi dell'attività assistenziale 2022	14
2.3 - Stato di attivazione della Rete Ospedaliera	16
3 - Assetto programmato offerta ospedaliera 2024-2026	17
3.1 - Programmazione Ospedaliera 2024-2026.....	18
3.2 - Principali interventi di programmazione 2024-2026.....	20
3.2.1 - Roma	21
3.2.2 - Viterbo.....	22
3.2.3 - Rieti	23
3.2.4 - Latina.....	23
3.2.5 - Frosinone.....	24
4 - Reti integrate clinico assistenziali (tempo dipendenti, reti assistenziali e rete dei servizi).....	25
4.1 - Rete dell'Emergenza-Urgenza.....	26
4.1.1 - Emergenza-Urgenza territoriale	26
4.1.2 - Emergenza-Urgenza Ospedaliera	27
4.2 - Rete Emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche	31
4.3 - Rete Trauma grave e neuro-trauma.....	35
4.4 - Rete Ictus	38



4.5 - Rete Perinatale.....	40
4.6 - Rete Malattie infettive	42
4.7 - Rete oncologica.....	42
4.8 - Rete delle Malattie Rare	43
4.9 - Rete Trasfusionale.....	43
4.10 - Rete Donazione d'Organo e Trapianti.....	44
4.11 - Rete Psichiatrica - SPDC	44
4.12 - Programmazione di Reti specialistiche.....	45
4.12.1 - Rete di Area Critica.....	45
4.12.2 - Rete Post-Acuzie.....	45
4.12.3 - Rete Anatomia Patologica	45
5 - Nuovi ospedali e Tecnologie	46
5.1 - Nuovi Ospedali	46
5.1.1 - ASL Latina - Costruzione nuovo ospedale del Golfo	46
5.1.2 - ASL Latina - Costruzione Nuovo Ospedale di Latina	47
5.1.3 - ASL Rieti - Costruzione nuovo ospedale di Rieti	47
5.1.4 - Costruzione nuovo Ospedale Tiburtino	47
5.1.5 - ASL Viterbo – Costruzione nuovo Ospedale di Acquapendente.....	47
5.1.6 - IFO - Centro di protonterapia € 23.000.000,00 (Attrezzature).....	47
6 - RETE TERRITORIALE.....	47
Gli obiettivi	47
6.1. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT	48
Gli orientamenti di fondo	48
6.1.1 - La rete delle Case della Comunità	49
6.1.2 - Gli Ospedali di Comunità	52
6.1.3 - Le Centrali Operative Territoriali (COT)	53
7 - LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	54
7.1 - Logica e coerenza temporale: i programmi in atto ed evoluzione delle politiche di investimento.....	54
7.2 - Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento.....	55
7.3 - Fondi statali.....	56
8 - PROGRAMMI DI INVESTIMENTO A VALERE SULL'ART. 20 DELLA L. 67/88.....	57
8.1 - Centro di Protonterapia degli IFO	57
8.1.1 - Dati epidemiologici e valutazione casi trattabili.....	57
8.1.2 - Perché realizzare il centro di protonterapia presso gli IFO.....	58



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

9. - SISTEMI DEI CRITERI E DEGLI INDICATORI.....	60
9.1- Analisi S.W.O.T.....	60
9.2 - Indicatori.....	62
9.3 - Criteri relativi agli obiettivi.....	62
9.3.1 - Criteri ed indicatori di risultato.....	62
9.3.2 - Indicatori di contesto.....	62
9.3.3 - Indicatori di tempo.....	63
9.3.4 - Indicatori di costo.....	63
9.3.5 - Gli indicatori di efficacia ed efficienza.....	63
9.3.5.1 - Indicatori di efficacia.....	63
9.3.5.2 - Indicatori di efficienza.....	64
9.4 – Strumenti e mezzi di monitoraggio.....	64
9.4.1 - Monitoraggio finanziario.....	64
9.4.2- Monitoraggio tecnico.....	65
9.4.3 - Monitoraggio procedurale.....	65
9.5- Impatti del programma.....	65
9.5.1 - Accettabilità sociale del programma.....	65
10 - IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	66

0 - RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

0.1 – Identificazione dell'Accordo

Il contenuto del presente Documento Programmatico è strettamente correlato con la programmazione sanitaria nazionale e regionale che intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono alla programmazione degli investimenti nella Sanità del Lazio per l'integrazione Ospedale – Territorio

L'emergenza Covid-19 e l'evolversi della situazione epidemiologica hanno fatto emergere la necessità di una maggiore integrazione orizzontale (fra servizi territoriali) e verticale (fra servizi territoriali e strutture di ricovero per acuti), nonché la necessità di potenziare le attività di prevenzione, ridurre i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, rafforzare la capacità di risposta sinergica ai rischi ambientali, climatici e sanitari, nonché l'opportunità di dare impulso alla ricerca e all'innovazione per favorire modelli più efficaci, efficienti ed appropriati di presa in carico ed erogazione delle cure.

A causa della pandemia Covid-19 la rete ospedaliera regionale è stata interessata, alla luce di quanto previsto dall'art. 2 del D.L. 34/2020, da interventi per l'incremento di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva e adeguamento dei percorsi dei Pronto Soccorso oltre che da ulteriori interventi in attuazione del



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Programma degli investimenti per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18.

Inoltre, la Regione Lazio ha sviluppato un quadro di azioni e indirizzi per l'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute al fine di potenziare il Servizio Sanitario Regionale per migliorare l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

Ulteriori azioni sono state sviluppate per l'avvio ed il completo riscontro alle prescrizioni delle vigenti normative che riguardano la sicurezza, in relazione ad ogni livello prestazionale: antisismica, antincendio, tecnologica, impiantistica e funzionale.

Il presente Documento Programmatico comprende il programma regionale di attuazione degli investimenti, portato avanti dalla Regione Lazio attraverso un insieme di investimenti articolato in stralci per il proseguimento, implementazione e completamento della strategia e delle azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi specifici ritenuti prioritari per il mantenimento e miglioramento delle erogazioni dei LEA e per l'assolvimento degli obblighi normativi.

Nello specifico, in prosecuzione di quanto già avviato con gli investimenti ex art. 20 L. 67/88 relativi allo Stralcio 1.B.1, il cui Accordo di Programma è stato recentemente sottoscritto dalla Regione Lazio e dal Ministero della Salute e in particolare di quanto avviato con l'intervento 1B1.16 "Progetto di sviluppo e potenziamento della radioterapia e realizzazione del Centro di Protonterapia" dell'IFO previsto nel medesimo Accordo, il presente Documento Programmatico intende dare seguito all'acquisizione delle tecnologie sanitarie per il completamento del Centro di Protonterapia in argomento.

Lo stesso Documento Programmatico stralcio 1.B.1 dava atto che "L'acquisizione dell'apparecchiatura di Protonterapia e ulteriori attrezzature" funzionali all'intervento 1B1.16, sarebbe stato oggetto di un successivo stralcio ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67.

0.2 – Il quadro finanziario

Il programma regionale di cui ai fondi ex art. 20 della L. 67/88 trova attualmente copertura nelle risorse assegnate con le Delibere CIPE e le Leggi di Bilancio di seguito specificate:

Tabella 1 - Risorse Statali disponibili per Accordi di Programma ex art. 20 L. 67/88 – Regione Lazio	
Importi assegnati con	importi
Delibera CIPE 52/98	€ 125.341.512,80
Delibera CIPE 65/2002	€ 79.124.621,00
Delibera CIPE 98/2008	€ 176.946.888,59
Delibera CIPE 97/2008	€ 215.370.695,04
Delibera CIPE n.16/2013	€ 8.478.304,51
Delibera CIPE n.51/2019	€ 393.504.872,64
Legge 178/2020 art. 1 commi 442-443	€ 393.944.102,00
Legge 234/2021 art. 1 comma 263 - DM 20/07/2022	€ 185.587.800,26
Importo complessivo risorse disponibili	€ 1.578.298.796,84



Gli Accordi di Programma a valere sulle risorse ex art. 20 L. 67/88 sottoscritti da parte della Regione Lazio, ammontano complessivamente a € 394.738.538,47 di cui € 375.001.611,55 a carico dello Stato, € 19.606.926,92 a carico della Regione Lazio ed € 130.000,00 a carico di altri Enti Beneficiari, come di seguito dettagliato:

Tabella 2 - Accordi di Programma ex art. 20 L. 67/88 sottoscritti – Regione Lazio				
Programma interventi	Finanziamento totale	A carico dello Stato	A carico della Regione Lazio	A carico altri Enti
art 20 L 67/88 - III Fase – Giubileo DCA U00346/2015	€ 35.276.145,26	€ 33.512.338,00	€ 1.763.807,26	
art 20 L 67/88 - III Fase - Stralcio 1.A D.G.R. 861/2017	€ 264.441.089,72	€ 251.219.035,23	€ 13.222.054,49	
Delibera CIPE n.16/2013 D.G.R. 180/2018	€ 8.924.531,06	€ 8.478.304,51	€ 446.226,55	
art 20 L 67/88 - III Fase - Stralcio 1.B.1 D.G.R. 122/2023	€ 86.096.772,43	€ 81.791.933,81	€ 4.174.838,62	€ 130.000,00
Totale A.d.P. sottoscritti	€ 394.738.538,47	€ 375.001.611,55	€ 19.606.926,92	€ 130.000,00

Con il Decreto Ministeriale 19 dicembre 2022 “Risorse per la fase pandemica PanFlu 2021-2023” è stata autorizzata la spesa per la costituzione di una scorta nazionale di dispositivi di protezione individuale (DPI), ai sensi del comma 264 dell’art. 1 L. 234/2021, per l’importo di € 88.363.768,00 ed una spesa per lo sviluppo di sistemi informativi utili per la sorveglianza epidemiologica e virologica, ai sensi del comma 265 dell’art. 1 L. 234/2021, per l’importo di € 2.388.468,00 per complessivi € 90.752.236,00, a valere sulle risorse assegnate ai sensi dell’art 1, commi 442 e 443, della Legge 178/2020.

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 378 del 17 luglio 2023 è stato approvato il Piano degli Investimenti in Edilizia Sanitaria ex art. 20 L. 67/88 che ricomprende, tra l’altro, gli interventi per il completamento dell’adeguamento e messa a norma antincendio dei presidi territoriali e ospedalieri delle Aziende sanitarie regionali per un importo complessivo di € 375.798.822,26 di cui € 357.008.881,15 a carico dello Stato ed € 18.789.941,11 a carico della Regione Lazio.

Con la Legge 10 agosto 2023, n. 112: “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 giugno 2023, n. 75, recante disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l’organizzazione del Giubileo della Chiesa cattolica per l’anno 2025” sono state date disposizioni per il Giubileo della Chiesa Cattolica per l’anno 2025 ed autorizzata la spesa complessiva di € 155.000.000,00 a valere sulla quota assegnata alla Regione Lazio dei fondi art. 20 Legge 67/88.

Risultano ancora da sottoscrivere Accordi di Programma per l’importo complessivo a carico dello Stato pari a € 957.544.949,29, come di seguito dettagliato:



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Descrizione	A carico dello Stato
Importo totale risorse statali disponibili ex art. 20 L. 67/88 – Tabella 1	€ 1.578.298.796,84
A detrarre risorse statali A.d.P. sottoscritti – Tabella 2	- € 375.001.611,55
A detrarre risorse statali per la fase pandemica PanFlu 2021-2023 – DM 19/12/2022	- € 90.752.236,00
A detrarre risorse statali Fondi Giubileo anno (L. 112/2023) – DGR 622/2023	- € 155.000.000,00
Importo totale risorse residue disponibili ex art. 20 L. 67/88	€ 957.544.949,29

La copertura economica degli Accordi di Programma da sottoscrivere è assicurata dalle seguenti delibere CIPE e Leggi di bilancio:

Assegnate con	importi CIPE	AdP attivati	Fondi Giubileo 2025	AdP da attivare	Ulteriori fondi
(a)	(b)	(c)	(d)	(e) = (b - c - d)	(f)
Delibera CIPE 52/98	125.341.512,80	125.341.512,80		0,00	
Delibera CIPE 65/2002	79.124.621,00	79.124.621,00		0,00	
Delibera CIPE 98/2008	176.946.888,59	162.057.173,24	14.889.715,35	0,00	
Delibera CIPE 97/2008	215.370.695,04		140.110.284,65	75.260.410,39	
Delibera CIPE n.16/2013	8.478.304,51	8.478.304,51		0,00	
Delibera CIPE n.51/2019	393.504.872,64			393.504.872,64	
Legge 178/2020 art. 1 c. 442-443 (importi residui al netto delle quote assegnate dall'art. 1 c. 264 e 265 della L. 234/2021)	303.191.866,00			303.191.866,00	
Legge 234/2021 art. 1 comma 263 DM 20/07/2022	185.587.800,26			185.587.800,26	
Legge 234/2021 art. 1 comma 264 DM 19/12/2022	88.363.768,00				88.363.768,00
Legge 234/2021 art. 1 comma 265 DM 19/12/2022	2.388.468,00				2.388.468,00
Importo complessivo risorse disponibili	1.578.298.796,84	375.001.611,55	155.000.000,00	957.544.949,29	90.752.236,00

Con il presente Documento Programmatico si intende utilizzare una quota di finanziamenti statali disponibili derivanti dalle delibere CIPE di cui alla precedente Tabella, per l'importo complessivo di € 23.000.000,00, di cui € 21.850.000,00 a carico dello Stato ed € 1.150.000,00 a carico della Regione Lazio, come di seguito riportato:

n.	Azienda	Ambito	Titolo	Descrizione	Finanziamento totale	A carico dello Stato	A carico della
----	---------	--------	--------	-------------	----------------------	----------------------	----------------



							Regione Lazio
1	IFO	Potenziamento offerta tecnologica	IFO - Centro di Protonterapia	Acquisizione delle tecnologie sanitarie per il completamento del Centro di Protonterapia	€ 23.000.000,00	€ 21.850.000,00	1.150.000,00

La copertura economica degli interventi di cui al presente Documento Programmatico è assicurata dall'utilizzo dei fondi statali derivanti dalla delibera CIPE n. 51/2019.

0.3 – Definizione degli obiettivi dell'A.d.P.

Il presente Documento Programmatico prevede l'utilizzazione di una quota di risorse statali pari ad € 21.850.000,00 oltre ad una quota regionale di € 1.150.000,00 per complessivi € € 23.000.000,00, per il finanziamento dell'intervento "Acquisizione delle tecnologie sanitarie per il completamento del Centro di Protonterapia" dell'IFO.

0.3.1 Obiettivi generali

- Potenziamento HUB della rete oncologica

0.3.2 – Obiettivi specifici

- Riqualficazione e specializzazione dell'offerta ospedaliera - Rete oncologica

0.3.3 Obiettivi operativi

- Acquisizione Tecnologie sanitarie per il completamento della dotazione di attrezzature

0.4 – Sintesi della coerenza interna

Gli obiettivi previsti dal presente Accordo di Programma sono delineati in coerenza con la programmazione regionale e nazionale in materia di edilizia sanitaria, con la normativa regionale e nazionale di adeguamento funzionale e normativo e con gli specifici documenti attuativi, in prosecuzione di quanto già avviato con DGR 861/2016, DGR 180/2018, DGR 122/2023 e DGR 378/2023, sulla base dei fabbisogni espressi dalla Aziende Sanitarie.

In particolare, si intende proseguire, implementare e completare la strategia e le azioni già avviate con i seguenti atti regionali, per il mantenimento e il miglioramento delle erogazioni dei LEA e per l'assolvimento degli obblighi normativi:

- D.G.R. 861 del 19/12/2017: "Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex Art. 20, Legge 11 marzo 1988, N. 67 - Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase – Ratifica dell'Accordo di Programma ex art. 5-bis del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni e conferma delle stanziamento del 5% a carico del Bilancio Regionale";
- D.G.R. 180 del 06/04/2018: "DCA U00143 del 05/05/2016 – Presa d'atto programma di investimento e assegnazione fondi "Delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013: € 8.924.531,06 di cui € 8.478.304,51 a carico dello Stato ed € 446.226,55 a carico della Regione";



- D.G.R. 122 del 27/04/2023: "D.G.R. 1192/2022 "Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex Art. 20, L. 67/1988 - Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase - Stralcio 1B.1. Approvazione schema Accordo di Programma integrativo.". Aggiornamento dell'elenco degli interventi";
- D.G.R. 378 del 17/07/2023: "Piano degli Investimenti in Edilizia Sanitaria ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67. Approvazione del piano degli interventi aggiornato".

0.5 – Sintesi delle coerenze esterne

Le coerenze esterne del presente programma di investimento riguardano essenzialmente gli obblighi normativi di adeguamento edile-impiantistico e sismico delle strutture sanitarie dettati dalla normativa nazionale e regionale di seguito elencata:

- D.M. 19 marzo 2015 - *Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18/9/2002;*
- LEGGE 24 febbraio 2023, n. 14. - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi. Proroga di termini per l'esercizio di deleghe legislative;*
- D.P.R. n. 151 del 01.08.2011 – *Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi, a norma dell'articolo 49 comma 4-quater, decreto-legge n. 78 del 31.05.2010, convertito con modificazioni, dalla legge n. 122 del 30.07.2010;*
- D.M. 18.09.2002 e ss.mm.ii. - *Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private;*
- D.M. 3 agosto 2015 e ss.mm.ii. coordinato con il D.M. 29 marzo 2021 - *Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi per le strutture sanitarie;*
- D.M. 30.11.1983 - *Termini, definizioni generali e simboli grafici di prevenzione incendi;*
- D.M. del 10.03.1998 e ss.mm.ii. - *Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro;*
- D.M. 10 marzo 2005 - *Classi di reazione al fuoco per i prodotti da costruzione da impiegarsi nelle opere per le quali è prescritto il requisito della sicurezza in caso d'incendio;*
- D.M. 16.02.2007 - *Classificazione di resistenza al fuoco di prodotti ed elementi costruttivi di opere da costruzione;*
- D.M. 09.03.2007 - *Prestazioni di resistenza al fuoco delle costruzioni nelle attività soggette al controllo del Corpo nazionale dei vigili del fuoco;*
- D.M. n. 37 del 22.01.2008 - *Regolamento recante il riordino delle disposizioni in materia di attività di installazione degli impianti all'interno degli edifici;*
- D.lgs. n. 81 del 09.04.2008 e s.m.i. - *Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.*
- Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20/03/2003 "Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica." e Circolare n. 617 del 2009 (Istruzioni per l'applicazione), in base alla quale gli edifici di interesse strategico hanno l'obbligo di essere adeguati alle Norme Tecniche per le Costruzioni;
- Delibera della Giunta della Regione Lazio n. 387 del 22/05/2009 "Nuova classificazione sismica del territorio della Regione Lazio in applicazione dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n° 3519 del 28 Aprile 2006 e della DGR Lazio 766/03";
- Aggiornamento delle "Norme Tecniche per le Costruzioni", ai sensi del DM 17/01/2018 che sostituisce il DM 14/01/2008;



- Determinazione G00360 del 15/01/2018 *"Monitoraggio del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie pubbliche – Verifica dello stato di attuazione da parte delle Aziende Sanitarie della classificazione del rischio sismico e della vulnerabilità sismica degli immobili di proprietà"*.

Coerenze esterne relative alla seguente normativa nazionale:

- Legge 11 marzo 1988, n. 67 (art. 20): - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)*;
- D.M. 29 agosto 1989, n. 321: *Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67*;
- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502;
- Legge 492/93 (conversione in Legge del D.L. 2/10/1993, n. 396): *Disposizioni in materia di edilizia sanitaria*;
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006) art. 1, commi 310, 311 e 312 disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;
- Nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8 febbraio 2006: *Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006)*;
- D.M. 2 aprile 2015, n. 70: *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77: *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

Coerenze esterne relative alla seguente normativa emergenza epidemiologica COVID-19:

- D.L. n. 18 del 17 marzo 2020: *Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
- D.L. n. 34 del 19 maggio 2020: *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica COVID-19*.

0.6 - Le azioni

Le azioni che sottendono al Documento Programmatico si possono sintetizzare in:

- a) Interventi di adeguamento alla normativa per il potenziamento delle reti:
 1. Progetti destinati al miglioramento degli spazi e dell'offerta nell'ottica della definitiva messa a norma delle strutture sanitarie;
 2. Riqualificazione e specializzazione dell'offerta ospedaliera della Regione Lazio, in particolare il potenziamento della rete oncologica;
 3. Ottimizzazione dell'offerta di salute attraverso il rafforzamento dei sistemi informativi e delle connessioni tecnologiche informatiche.



b. Interventi di messa a norma degli spazi sanitari:

1. Adeguamento e messa a norma delle strutture sanitarie per realizzare la piena conformità al quadro legislativo vigente che riconosce alle strutture sanitarie - quale che sia il livello di assistenza – un ruolo strategico ai fini della sicurezza. Pertanto, la messa a norma del patrimonio pubblico regionale, ospedaliero e territoriale rappresenta una parte rilevante del programma di investimento dei fondi disponibili e di quelli di nuova assegnazione alla Regione Lazio.

1 - BISOGNI, LOGICA, COERENZA E SOSTENIBILITA' DELLA STRATEGIA

1.1 – Gli obiettivi della rete ospedaliera

La programmazione della Rete Ospedaliera, in base alle indicazioni riportate nel Documento Tecnico denominato: *"Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"* approvato con D.G.R. 869 del 07/12/2023, ha lo scopo prioritario di **riequilibrare la disponibilità dei posti letto** secondo linee operative complementari, *territoriale, disciplinare e di setting assistenziale*, al fine di rispondere in modo organico e progressivo a diversificati bisogni di salute.

L'obiettivo, a livello territoriale, è **riorientare la capacità di ricovero verso le Province e l'Area Metropolitana** con lo scopo di gestire in prossimità le attività di media complessità e la continuità assistenziale. La progressiva realizzazione della capacità programmata sarà integrata con la messa in opera di nuove strutture ospedaliere durante la programmazione triennale o da completare negli anni a seguire.

La rimodulazione delle aree disciplinari, insieme a un'organizzazione per **aree funzionali omogenee**, consentirà una **maggiore dinamicità assistenziale** per garantire una gestione appropriata di posti letto finalizzata a recuperare, in ciascun territorio, i tempi di attesa in Pronto Soccorso e la mobilità infra-regionale ed extra-regionale.

La **riconversione dei posti letto verso il setting di post-acuzie** (in particolare di lungodegenza), associata ad una redistribuzione territoriale e ad un progetto regionale sul cambio di setting, ha l'obiettivo di migliorare i tempi di degenza, permettere la prossimità delle cure e disporre di una Rete di strutture dotate di una filiera di setting.

L'**efficientamento del percorso chirurgico e delle sale operatorie** costituisce un progetto organico rivolto a incrementare la potenzialità operatoria e consentire un utilizzo appropriato dei posti letto delle discipline chirurgiche, con l'obiettivo di recuperare progressivamente la lista d'attesa e aumentare la percentuale di interventi entro-soglia in modo omogeneo nelle diverse classi di priorità.

Il **completamento dell'area critica**, secondo quanto previsto dal DL 34/2020, costituisce un'opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale che consente di ampliare la capacità di alta intensità di cura integrata in una Rete Aziendale e sovra-aziendale.

Per tutti i presidi ospedalieri (base, I livello, II livello) lo standard è costituito dalla rispondenza ai requisiti minimi autorizzativi e a quelli ulteriori di accreditamento previsti rispettivamente dal DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017.

2 – CONTESTO REGIONALE

2.1 - Analisi demografica del territorio

La popolazione residente nel 2023 nella Regione Lazio è pari a 5.707.112 abitanti di cui il 48,4% è composto da popolazione maschile ed il 51,6% da quella femminile. L'11% della popolazione residente è composto da cittadini



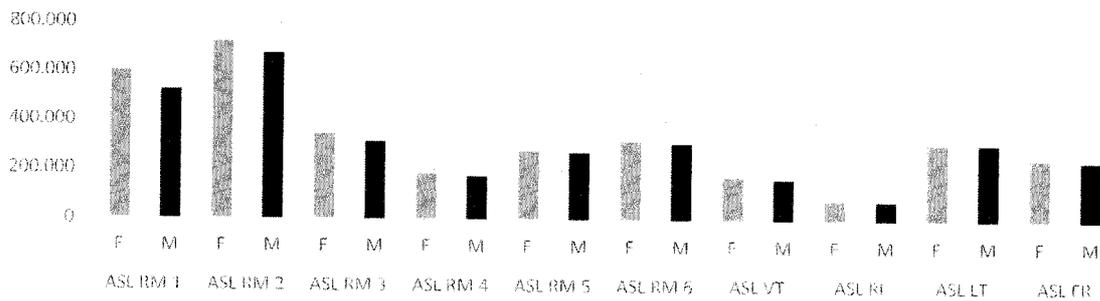
REGIONE LAZIO

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

stranieri.

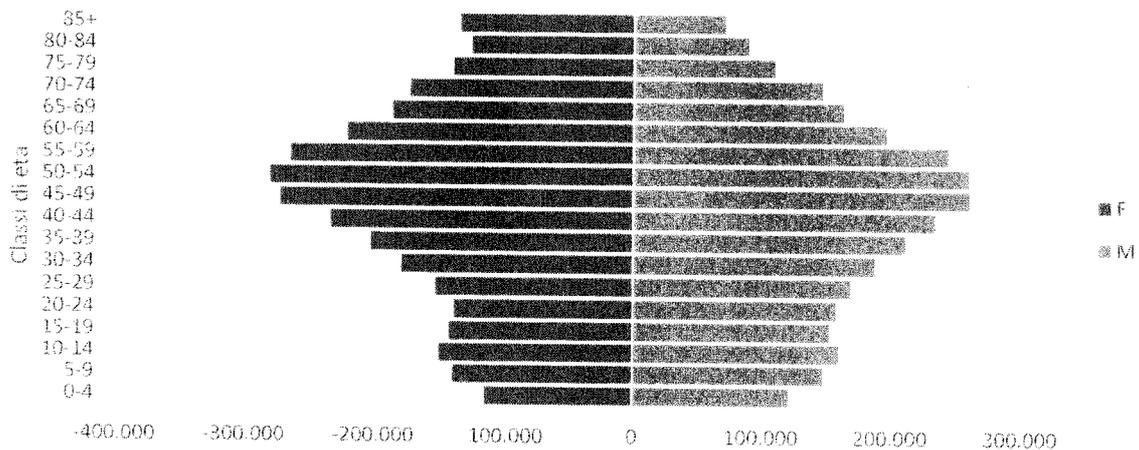
La *figura 1* mostra la distribuzione della popolazione per ASL di residenza e sesso. La ASL più popolosa è la Roma 2, seguita dalla Roma 1, mentre la meno popolosa è la ASL di Rieti.

Figura 1. Distribuzione della popolazione residente per ASL e Sesso. Regione Lazio, 2023



In *figura 2* è rappresentata la piramide per età della popolazione residente. Com'è noto, l'aspetto a botte di tale grafico sta a significare che la popolazione regionale è caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità.

Figura 2. Piramide dell'età. Regione Lazio, 2023



La *figura 3* mostra la distribuzione della popolazione residente per ASL e classi di età. Rieti risulta la ASL più longeva - indice di vecchiaia (IV)=246, seguita dalla ASL Roma 1 (IV=196).



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Figura 3. Distribuzione della popolazione residente per ASL e Sesso. Regione Lazio, 2023

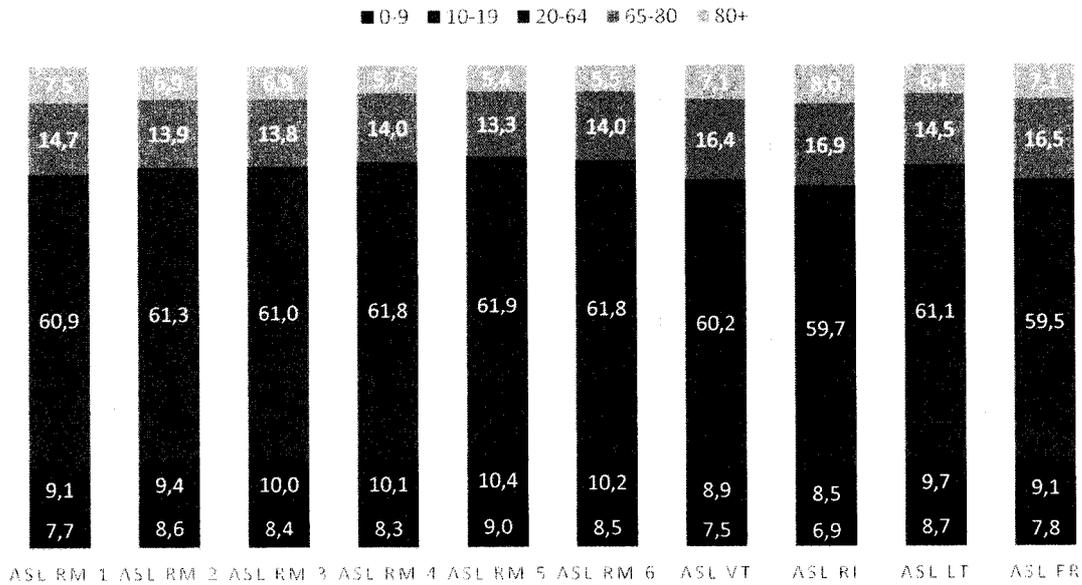
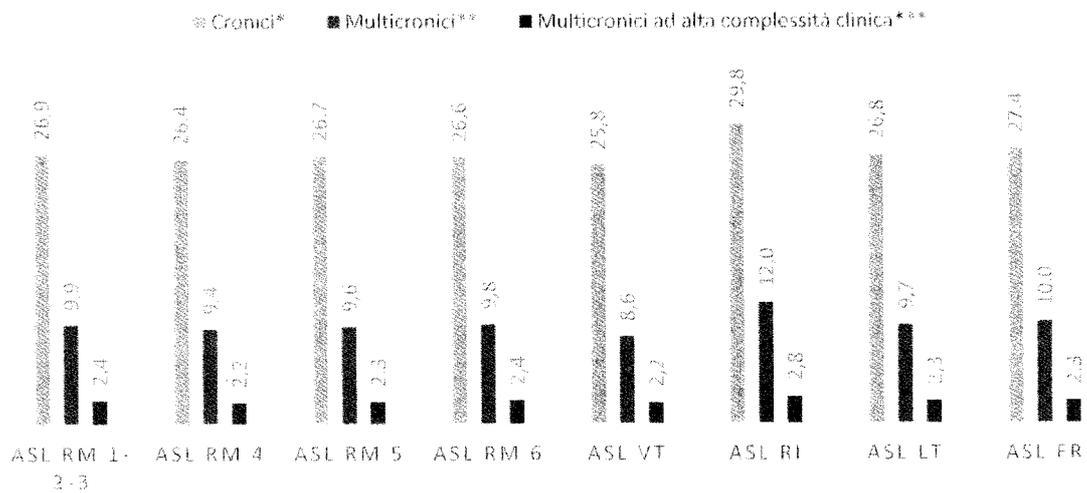


Figura 4. Distribuzione della popolazione residente e assistita per stato di cronicità e ASL. Regione Lazio, 2023



* La popolazione cronica è costituita dai soggetti con almeno una patologia cronica.

** La popolazione multicronica è costituita dai soggetti con due o più patologie croniche.

*** La "complessità clinica" nei pazienti multicronici è stata stimata analizzando sia il numero che la tipologia di patologie croniche da cui il paziente è affetto (pattern di multi-cronicità). Le patologie che hanno un maggior impatto sulla mortalità a cinque anni determinano valori più elevati dell'indice.



I dati forniti dal DEP mostrano che nella Regione Lazio il 26,9% della popolazione soffre di una patologia cronica, il 9,8% di almeno due patologie croniche ed il 2,4% di patologie croniche di alta complessità. La ASL di Rieti, coerentemente con la struttura per età, comprende la popolazione assistita con la più alta prevalenza di pazienti cronici e di pazienti multicronici di alta complessità. Anche le ASL romane e la ASL di Frosinone hanno una popolazione cronica e multicronica più elevata della media regionale.

2.2 - Analisi dell'attività assistenziale 2022

Nell'ambito del **monitoraggio dell'erogazione dei LEA**, la Regione Lazio ha registrato, per l'anno 2019, un punteggio pari a 203 (179 nel 2016, 180 nel 2017 e 190 nel 2018), al di sopra della soglia di adempienza (160). Dal 2020 il monitoraggio dell'erogazione dei LEA viene calcolato sulla base del **NSG** (Nuovo Sistema di Garanzia).

Tabella 6 - Punteggi NSG 2020 e 2021 - Regione Lazio

2020	74,46	80,19	71,76
2021	80,78	77,61	77,12

La Regione Lazio ha registrato, sia nel 2020 che nel 2021, punteggi (*anche se monitorati ai soli fini informativi*) superiori alla soglia di sufficienza (60) in ciascuna delle tre aree osservate: ospedaliera, territoriale e prevenzione. In particolare, nell'Area Ospedaliera l'indicatore risultato insufficiente è relativo alla percentuale di parti cesarei (H17C e H18C).

Si riporta di seguito l'analisi dell'attività assistenziale dell'anno 2022 distinta per i seguenti setting assistenziali: pronto soccorso, attività per acuti, per post-acuti, per trapianti e mobilità intraregionale ed extraregionale.

Pronto Soccorso

Gli accessi in Pronto Soccorso nel 2022 sono stati 1.591.649, di cui il 20,1% trasportato dal sistema di emergenza territoriale ARES118, con un'incidenza di ricovero del 15,2%, pari 242.481 ricoveri, e di trasferimento per mancanza di posto letto dell'1,9%, pari a 30.041 ricoveri in una struttura diversa da quella di accesso. Gli accessi di Pronto Soccorso sono in aumento rispetto al periodo di emergenza pandemica COVID-19, ma comunque circa il 15% inferiori a quelli dell'anno 2019, mentre il valore dei ricoveri è costante e comunque inferiore del 9% rispetto all'anno 2019. La permanenza in Pronto Soccorso delle persone è stata inferiore alle 12 ore nell'82,9%, e complessivamente del 90,3% inferiore alle 24 ore, mentre il tempo di permanenza per le persone con ricovero è stato di 549 minuti come valore mediano e di 1.530 minuti come valore medio. I trasferimenti da Pronto Soccorso nelle Case di Cura Accreditate sono stati 24.112, di cui l'89,9% nelle strutture inserite nel protocollo di intesa con le Associazioni di Categoria (*Determina Regionale n. G00042 del 5 gennaio 2023*).

Attività per Acuti

Le dimissioni da Ospedale per acuti sono state 707.878, di cui il 69,3% in regime ordinario e il 30,7% in Day Hospital. In regime ordinario la provenienza da Pronto Soccorso è stata superiore all'80% nelle discipline di breve



osservazione, geriatria, malattie infettive, medicina generale, neurologia, pediatria, e nei reparti di area critica. La degenza media è stata di 7,6 giorni, mentre è stata rilevata superiore ai 10 giorni nelle discipline di immunologia, geriatria, malattie infettive, pneumologia. L'incidenza di procedure chirurgiche è stata superiore all'85% nelle discipline di cardiocirurgia, chirurgia maxillofaciale, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia, oculistica, ortopedia e traumatologia e in terapia intensiva. La Degenza media preoperatoria per gli interventi di elezione è stata inferiore a 1 giorno, pari a 0,7, con un'incidenza superiore a 1 nelle discipline di cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia. L'attività di week surgery, misurata attraverso la definizione di un codice specifico attivato nel mese di marzo, ha evidenziato l'utilizzo del setting in 14 Strutture Ospedaliere con 8.408 dimissioni, pari al 10,3% delle dimissioni complessive in chirurgia generale. Le dimissioni hanno richiesto il trasferimento in un altro setting assistenziale nel 4,9%, pari a 2.431 in assistenza domiciliare, 8.032 in RSA, 24.782 in riabilitazione e lungodegenza.

Attività per Post-Acuti

L'analisi delle dimissioni separate per tipologia di assistenza post-acuzie (lungodegenza medica-cod. 60, recupero e riabilitazione funzionale-cod.56, neuro-riabilitazione-cod.75 e unità spinale-cod.28) ha permesso di evidenziare:

- codice 28: 131 dimissioni con una degenza media di 68 giorni;
- codice 75: 1.484 dimissioni con una degenza media di 74,1 giorni;
- codice 56: 23.204 dimissioni con una degenza media di 29,7 giorni;
- codice 60: 6.028 dimissioni con una degenza media di 38,2 giorni.

Attività per trapianti

L'attività del Centro Regionale Trapianti ha permesso di incrementare nell'anno 2022 la segnalazione di potenziali donatori di organo del 2,8% per milione di abitanti pari a 247 decessi DBD/DCD - donatore a cuore battente (DBD), disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria (DCD) - 148 donatori, 134 donatori effettivi, 124 donatori utilizzati e 69 donatori multiorgano. I trapianti da donatore cadavere sono risultati in aumento rispetto all'anno precedente con 163 trapianti di fegato, 17 di cuore, 5 di polmone, e 8 multiorgano. Nello stesso anno sono stati effettuati 2 casi di donazione DCD, e 127 trapianti di rene da cadavere e 45 da vivente. L'attività di trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche ha permesso il trattamento di 165 pazienti, pari al 17% dell'attività nazionale.

Mobilità intra-regionale ed extra-regionale

Dall'analisi della mobilità intra-regionale emerge che i principali DRG sono relativi a discipline disponibili sul territorio delle Province e dell'Area Metropolitana, caratterizzate da una media e bassa complessità, ed in particolare per ostetricia e ginecologia, urologia, chirurgia generale, ortopedia, malattie cardiovascolari e trattamenti per patologia oncologica.

Dall'analisi della mobilità extra-regionale emerge che i principali DRG sono relativi a interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache e di protesica ortopedica.



2.3 - Stato di attivazione della Rete Ospedaliera

Al fine di verificare lo stato di attivazione della Programmazione Ospedaliera 2021-2023, si riporta di seguito il confronto con i Posti letto NSIS (rilevazione gennaio 2023) ed i Posti Letto equivalenti (*indice di occupazione dell'85% sull'attività dell'anno 2022 per il regime ordinario e 1,5 per il regime DH/DS*).

Tabella 7 - Posti letto programmazione 2021-2023, NSIS 2023 ed Equivalenti 2022

	Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		Delta Programmazione 2021-2023 vs PL NSIS 2023	PL Equivalenti 2022		Delta Programmazione 2021-2023 vs PL Equivalenti 2022
	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	PL	x1.000ab	PL
Totale	22.133	3,79	20.245	3,47	-1.888	17.187	2,94	-4.946
Acuti	18.095	3,10	16.417	2,81	-1.678	13.514	2,32	-4.581
Post-Acuti	4.038	0,69	3.828	0,66	-210	3.673	0,63	-365
Totale	17.625	4,08	16.558	3,83	-1.067	14.203	3,29	-3.422
Acuti	14.368	3,33	13.443	3,11	-925	11.187	2,59	-3.181
Post-Acuti	3.257	0,75	3.115	0,72	-142	3.016	0,70	-241
Totale	887	2,80	680	2,15	-207	654	2,07	-233
Acuti	717	2,27	535	1,69	-182	519	1,64	-198
Post-Acuti	170	0,54	145	0,46	-25	135	0,43	-35
Totale	454	2,93	255	1,65	-199	249	1,61	-205
Acuti	419	2,71	243	1,57	-176	240	1,55	-179
Post-Acuti	35	0,23	12	0,08	-23	9	0,06	-26
Totale	1.734	3,08	1.482	2,63	-252	1.061	1,88	-673
Acuti	1.506	2,67	1.254	2,23	-252	839	1,49	-667
Post-Acuti	228	0,40	228	0,40	0	221	0,39	-7
Totale	1.433	2,97	1.270	2,63	-163	1.021	2,12	-412
Acuti	1.085	2,25	942	1,95	-143	729	1,51	-356
Post-Acuti	348	0,72	328	0,68	-20	291	0,60	-57

Dal confronto tra i posti letto previsti nella Programmazione Ospedaliera 2021-2023 rispetto ai posti attivi sulla piattaforma NSIS a gennaio 2023 emerge un delta di 1.888 posti letto, di cui 1.678 per il setting acuti e 210 per il setting post-acuti, con una percentuale di raggiungimento della Programmazione 2021-2023 pari al 91%.

Un secondo confronto utile per verificare lo stato di avanzamento della Programmazione Ospedaliera 2021-2023 è con i Posti Letto equivalenti alla produzione anno 2022, ossia i "posti letto organizzativamente disponibili" per l'effettiva occupazione. Da tale confronto emerge maggiormente il divario tra la programmazione e quanto effettivamente erogato da parte del SSR. Il delta risulta essere pari a 4.946 posti letto, di cui 4.581 per il setting acuti e 365 per il setting post-acuti, con una percentuale di raggiungimento della Programmazione 2021-2023 pari al 78%.

Le percentuali sopra riportate risultano influenzate da una serie di situazioni specifiche:

- strutture Ospedaliere di nuova costruzione con un cronoprogramma operativo successivo al 1° gennaio 2024 e con un incremento di posti letto rispetto alla dotazione attuale, già incluso nella Rete Ospedaliera 2021-2023 (*ad esempio l'ospedale Tiburtino con 89 pl aggiuntivi, l'ospedale del Golfo con 40 pl aggiuntivi, ecc.*);
- strutture che non hanno ancora attivato i posti letto programmati e influiscono sulla capacità di accoglienza e sulle Unità Operative Complesse e sui Punti di Erogazione;



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

- strutture che non hanno completato l'ampliamento per un numero superiore a 15 posti letto;
- strutture che hanno richiesto la riconversione, ai sensi del DM 70/2015;
- struttura extraterritoriale: l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù Gianicolo presenta nella piattaforma NSIS un numero di posti letto pari a 615 ma nella programmazione vengono inclusi 359 posti letto sulla base della produzione equivalente relativa alla sola popolazione residente;
- nuovi accreditamenti.

3 - Assetto programmato offerta ospedaliera 2024-2026

Il documento di programmazione dell'offerta ospedaliera ha lo scopo di descrivere i principi, gli strumenti e le azioni necessarie per rispondere ad un bisogno di salute riconoscibile e programmabile.

La declinazione dei posti letto è inserita in una logica di percorsi di rete, rivolta a integrare l'implementazione organizzativa con la capacità dell'offerta, l'appropriatezza ed i tempi di attesa.

La programmazione complessiva della Rete è proiettata in un percorso triennale che, partendo dalla disponibilità reale dei posti letto, adatta la sua configurazione strutturale e organizzativa ai bisogni rilevati nei singoli territori, in coerenza con i principi dei bacini di utenza del DM 70/2015.

Nella sezione "**Programmazione Ospedaliera 2024-2026**" è rappresentata la Rete Ospedaliera con una previsione di posti letto complessivi superiore allo standard, concentrata, esclusivamente, nei setting di post-acuzie, in coerenza con le caratteristiche della popolazione, della necessità di migliorare le tempistiche appropriate del ricovero e del riequilibrio dei bisogni territoriali. Tale eccesso è giustificato anche per la preparazione al Giubileo universale della Chiesa cattolica 2024.

L'evoluzione triennale della Rete è resa esplicita nella sezione "**Modalità di monitoraggio dello stato di avanzamento della Programmazione 2024-2026**", caratterizzata da una prima fase di adeguamento dell'offerta, definita "*indispensabile*", per permettere una risposta trasversale e tempestiva alla permanenza in Pronto Soccorso in attesa di ricovero, alla mobilità di media complessità, ed alla richiesta di assistenza in lungodegenza.

Le diverse fasi si concentrano sul **riequilibrio territoriale** dell'offerta ospedaliera verso le province con l'obiettivo di raggiungere un rapporto di 3 posti letto per mille abitanti. In questi territori i nuovi Ospedali programmati di Rieti, Latina e Formia permetteranno un ulteriore ampliamento qualitativo e quantitativo dell'offerta (capitolo "**Nuovi Ospedali**").

L'ulteriore ampliamento dell'offerta ospedaliera è stato stimato sul fabbisogno di posti letto per disciplina e prevede l'identificazione della sede di attivazione secondo le normative vigenti sulla concorrenza (art. 8-quater e 9 del d.lgs. 502/92).

L'incremento di posti letto nelle Aziende pubbliche a Roma è collegato agli ampliamenti strutturali, già avviati, finalizzati a specifici percorsi di Rete: nell'Ospedale S. Andrea per l'area cardiovascolare e per incrementare la capacità di assorbimento dal Pronto Soccorso; nel Policlinico Tor Vergata per l'attivazione del DEA II, per incrementare la capacità di assorbimento dal Pronto Soccorso e migliorare la continuità verso il setting di post-acuzie; nell'Ospedale S. Camillo per il completamento dell'area critica.

L'evoluzione della Rete sarà sottoposta ad un monitoraggio continuativo e la progressione sarà adattata ai risultati assistenziali al fine di amplificare il significato del "**valore in sanità**" in una visione in cui gli esiti di salute permettano di apprezzare come investimento sociale la spesa per le risorse umane e per la contrattualizzazione di attività.



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Le discipline di alta specializzazione saranno concentrate nelle sedi di DEA di II livello e in alcuni DEA di I livello di prossimità territoriale per garantire una maggiore copertura di attività di media complessità.

La programmazione prevede la concentrazione delle Unità Operative Complesse e dei Punti di erogazione di neurochirurgia e cardiocirurgia nelle Strutture Ospedaliere sede di DEA II e DEA I e dall'analisi delle attività risulta che il fabbisogno individuato corrisponde al numero di strutture attualmente accreditate, in coerenza con gli standard nazionali. Per la disciplina di Cardiocirurgia è prevista l'attivazione della disciplina presso l'Ospedale S. M. Goretti di Latina, come completamento funzionale del DEA II, in considerazione del volume di popolazione e della mobilità osservata.

L'attivazione della disciplina è oggetto di un progetto aziendale in cui siano previsti gli adeguamenti strutturali necessari per la disponibilità di una sala operatoria e di una terapia intensiva dedicata. Tale attivazione determinerà lo spostamento del punto di erogazione attualmente inserito in una struttura non sede di DEA.

Il valore "volumi/esiti" prevede per le Reti "Tempo dipendenti" e "non Tempo-dipendenti" la concentrazione di attività in centri dotati delle competenze e delle tecnologie necessarie, inseriti in un progetto e percorso di cura organizzato e coordinato tra questi e i servizi di prossimità.

La programmazione ha previsto un riequilibrio per area omogenea e per disciplina alla luce delle analisi, già descritte, di popolazione e di richiesta assistenziale con l'ampliamento complessivo dell'area medica (in particolare della medicina generale), l'attivazione per la Rete Ictus di UTN I di prossimità e l'ampliamento per numero e posti letto delle UTN II, il completamento dell'area critica, la disponibilità di radiologia interventistica in ogni Centro Trauma di Zona e l'implementazione della lungodegenza di prossimità con attivazione in territori ancora sprovvisti.

3.1 - Programmazione Ospedaliera 2024-2026

Il DM 70/2015 stabilisce che a livello regionale *"le strutture ospedaliere sono articolate secondo livelli gerarchici di complessità che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti"*, alcune tramite un modello di relazioni funzionali organizzato in base alla specificità assistenziale della singola rete.

Sono quindi previsti per le strutture ospedaliere dell'emergenza quattro livelli a complessità crescente suddivisi in:

- presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate;
- presidi ospedalieri di base;
- presidi ospedalieri di I livello;
- presidi ospedalieri di II livello.

La rete ospedaliera della Regione Lazio è caratterizzata dalla presenza di ospedali pubblici che costituiscono in questo ambito il principale pilastro del Servizio Sanitario Regionale (SSR), al quale si affiancano le strutture private accreditate, le quali, integrandosi con la parte pubblica, costituiscono un importante completamento dell'offerta, dall'emergenza alle post-acuzie, che viene garantita dagli ospedali pubblici a tutti i livelli assistenziali, nella logica di un'efficiente distribuzione territoriale.

La Rete Ospedaliera 2024-2026 è stata strutturata secondo i livelli previsti dal DM 70/2015 e comprende:

- 6 presidi ospedalieri di II livello (a cui si aggiunge la struttura extraterritoriale Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma);


**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

- 24 presidi ospedalieri di I livello;
- 18 presidi ospedalieri di base (di cui 3 PS specialistici);
- 2 presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate;
- 70 presidi ospedalieri non dotati di pronto soccorso.

Complessivamente l'offerta è garantita da 121 strutture (compreso l'OPBG) con attività di acuzie e/o post-acuzie, che includono gli stabilimenti afferenti ad un medesimo polo ospedaliero. Le strutture pubbliche sono 43 (36%) di cui 24 con sola attività per acuti, 1 con sola attività per post-acuti e 18 con attività mista acuta/post-acuta.

La tabella di seguito riporta la programmazione dei PL per il triennio 2024-2026, pari a 17.839 PL acuti - di cui 282 PL di Terapia Intensiva aggiuntivi rispetto all'assetto NSIS al 1/1/2020 in ragione del DL 34/2022 - e 4.463 PL post-acuti, per un totale di 22.302 PL (comprensivi dei posti letto delle sedi di Palidoro e Santa Marinella dell'OPBG e dei restanti 359 posti letto dell'OPBG di Roma necessari per soddisfare il fabbisogno regionale e dei posti letto previsti nel DL 34/2020 per l'Ospedale Militare del Celio - N=10). I posti letto pubblici sono pari a 10.845 per acuti e 505 post-acuti, per un totale di 11.350 PL pubblici.

Viene altresì previsto un **fabbisogno aggiuntivo di PL**, pari complessivamente a 212 posti letto, di cui 70 posti letto per acuti e 142 posti letto per post-acuti, al fine di potenziare ulteriormente l'assistenza sanitaria nelle Province.

Complessivamente, rispetto alla popolazione pesata 2015 in Regione Lazio, (n= 5.836.729 abitanti), il rapporto PL/1.000 abitanti risulta pari a 3,06 per gli acuti e 0,76 per i post acuti.

La dotazione massima di posti letto della Regione Lazio, calcolata sulla base della matematica applicazione degli standard di cui al DM 70/2015, è pari a 21.675 posti letto, a cui si aggiungono 282 posti letto di terapia intensiva previsti ai sensi del DL 34/2020, per un totale di 21.957 posti letto.

Le differenze presenti nella presente programmazione trovano motivazione nella metodologia istruttoria descritta in precedenza che meglio coglie i puntuali bisogni assistenziali del territorio a confronto dello standard nazionale che deve necessariamente mediare le singole realtà territoriali.

Tabella 8 - Confronto tra standard posti letto (Circolare MdS 05/05/2016 e DL 34/2020) e programmazione 2024-2026.

Posti letto (Popolazione al 01/01/2015 "pesata": 5.836.729 ab.)		Standard (Circolare MdS 05/05/2016 e DL 34/2020)	Programmazione 2024-2026*
Posti letto Acuti	Numero	17.574	17.557
	Per 1.000 ab.	3,01	3,01
Posti letto Post Acuti	Numero	4.101	4.463
	Per 1.000 ab.	0,70	0,76
Posti Letto incrementali TI DL 34/2020	Numero	282	282
	Per 1.000 ab.	0,05	0,05


**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Posti letto (Popolazione al 01/01/2015 "pesata": 5.836.729 ab.)		Standard (Circolare MdS 05/05/2016 e DL 34/2020)	Programmazione 2024-2026*
Totale Posti letto	Numero	21.957	22.302
	Per 1.000 ab.	3,76	3,82

La Tabella 9 riportata illustra la classificazione delle strutture a seguito degli interventi programmati, che verranno descritti nei sotto-paragrafi successivi.

Tabella 9 - Classificazione delle strutture ospedaliere* per ruolo Emergenza del Lazio, per ASL territoriale

ASL	Ruolo Emergenza						TOTALE
	Senza PS	PS	PS SPEC.	PS Disagiato	DEA I	DEA II	
Roma 1	16	2	1		6	4	29
Roma 2	14		1		5	1	21
Roma 3	14				2	1	17
Roma 4	1	1			1		3
Roma 5	4	4			1		9
Roma 6	8	2			3		13
VT	3	2		1	1		7
RI				1	1		2
LT	4	3	1		1	1	10
FR	6	1			3		10
Totale	70	15	3	2	24	7	121

*compresi i 3 poli dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, il Celio ed il Nuovo Ospedale di Amatrice.

(Non sono più compresi: Ospedale Marco Polo, Complesso Integrato Columbus, Ospedale Santo Volto di Santa Marinella)

3.2 - Principali interventi di programmazione 2024-2026

Si riportano di seguito i principali interventi per singola Provincia della Regione Lazio.



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

3.2.1 - Roma

Tabella 10 - Confronto PL Roma

		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
Totale		17.625	4,08	16.558	3,83	14.203	3,29	17.719	4,10	17.759	4,11
Acuti		14.368	3,33	13.443	3,11	11.187	2,59	14.211	3,29	14.211	3,29
Post-Acuti		3.257	0,75	3.115	0,72	3.016	0,70	3.508	0,81	3.548	0,82
Pubblico	Totale	8.307	1,92	7.491	1,73	6.175	1,43	8.319	1,93	8.359	1,93
	Acuti	8.049	1,86	7.303	1,69	6.015	1,39	7.997	1,85	7.997	1,85
	Post-Acuti	258	0,06	188	0,04	160	0,04	322	0,07	362	0,08
Privato	Totale	8.959	2,07	8.452	1,96	7.396	1,71	8.927	2,07	8.927	2,07
	Acuti	5.960	1,38	5.525	1,28	4.540	1,05	5.825	1,35	5.825	1,35
	Post-Acuti	2.999	0,69	2.927	0,68	2.856	0,66	3.102	0,72	3.102	0,72
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale							114	0,03	114	0,03
	Acuti							30	0,01	30	0,01
	Post-Acuti							84	0,02	84	0,02
OPBG - Roma	Totale	359	0,08	615	0,14	631	0,15	359	0,08	359	0,08
	Acuti	359	0,08	615	0,14	631	0,15	359	0,08	359	0,08

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende.

Principali interventi su Area di Roma (ASL RM 1-2-3)

Nelle ASL Roma 1-2-3 la programmazione prevede l'attivazione del DEA II presso il Policlinico di Tor Vergata, un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, una rimodulazione dell'offerta verso la ASL Roma 2-3 e un ampliamento in lungodegenza.

In dettaglio i principali interventi:

- Policlinico Tor Vergata: attivazione del DEA di II livello e ampliamento dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza;
- S. Andrea: ampliamento dell'ospedale con l'apertura di una struttura dedicata a Centro Cardiovascolare;
- Ospedale Grassi: attivazione neurologia con UTN I;
- CTO: attivazione medicina generale;
- Pertini: attivazione urologia;
- S. Lucia: attivazione centro spinale, terapia intensiva e neurologia;
- Cristo Re: rimodulazione dei posti letto per attivazione lungodegenza;
- Santa Famiglia: rimodulazione dei posti letto per attivazione chirurgia generale, terapia semintensiva e DS multispecialistico;
- Nuova Itor: rimodulazione dei posti letto per attivazione lungodegenza;
- Gemelli: trasferimento dei posti letto attivi del Complesso integrato Columbus al Gemelli;
- IDI: rimodulazione dei posti letto per attivazione cardiologia con UTIC, oculistica, ortopedia e terapia intensiva;
- Guarnieri: rimodulazione dei posti letto per attivazione Urologia;
- Nuova Clinica Latina: riconversione ai sensi del DM 70/2015;



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

- S. Giacomo in Augusta: riapertura dell'ospedale con 40 pl di lungodegenza oltre il 2026;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo pari a 14 pl per acuti e 53 pl per lungodegenza.

Principali interventi su Area di Roma Metropolitana (ASL RM 4-5-6)

Nelle ASL Roma 4-5-6 la programmazione prevede un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, rafforza la sua capacità di risposta in urgenza e in lungodegenza. L'attivazione di un Punto Nascita nella ASL Roma 6 prevede la produzione di un progetto aziendale, secondo gli standard nazionali, da sottoporre al CPNr, che ha il compito di accompagnare e monitorare il processo.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale di Civitavecchia: attivazione di neurologia;
- Ospedale di Bracciano: attivazione di urologia, riabilitazione e incremento di lungodegenza;
- Ospedale di Colferro: attivazione di oncologia;
- Ospedale di Palestrina: attivazione medicina d'urgenza;
- Ospedale di Subiaco: attivazione terapia intensiva, ortopedia e medicina d'urgenza con servizi di chemioterapia, dialisi, laboratorio analisi;
- Ospedale Anzio-Nettuno: attivazione di urologia, neuropsichiatria infantile e recupero e riabilitazione;
- Ospedale di Frascati: attivazione di malattie endocrine, pneumologia e lungodegenza;
- Ospedale di Velletri: attivazione del Punto Nascita, di geriatria, e otorinolaringoiatria;
- Ospedale dei Castelli: attivazione di TIN;
- Ospedale Regina Apostolorum: rimodulazione dei posti letto per attivazione di oculistica e ortopedia;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo pari a 16 pl per acuti e 31 per post-acuzie.

3.2.2 - Viterbo

Tabella 11 - Confronto PL Viterbo

	Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026		
	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	
Totale	887	2,80	680	2,15	654	2,07	949	3,00	949	3,00	
Acuti	717	2,27	535	1,69	519	1,64	731	2,31	731	2,31	
Post-Acuti	170	0,54	145	0,46	135	0,43	218	0,69	218	0,69	
Pubblico	Totale	689	2,18	492	1,56	468	1,48	703	2,22	703	2,22
	Acuti	673	2,13	491	1,55	467	1,48	687	2,17	687	2,17
	Post-Acuti	16	0,05	1	0,00	1	0,00	16	0,05	16	0,05
Privato	Totale	198	0,63	188	0,59	186	0,59	198	0,63	198	0,63
	Acuti	44	0,14	44	0,14	52	0,16	44	0,14	44	0,14
	Post-Acuti	154	0,49	144	0,46	134	0,42	154	0,49	154	0,49
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale						48	0,15	48	0,15	
	Post-Acuti						48	0,15	48	0,15	

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende e per potenziare l'assistenza di prossimità nelle Province.

Nella ASL di Viterbo la programmazione rafforza la sua capacità di risposta in urgenza con l'attivazione



dell'UTN II, completa la configurazione di DEA I con la chirurgia maxillofaciale, e potenzia l'offerta con 6 pl aggiuntivi per acuti e post-acuti.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale Belcolle: attivazione dell'UTN II e di chirurgia maxillofaciale;
- Identificazione di un fabbisogno aggiuntivo per il potenziamento dell'assistenza di prossimità pari a 48 pl per post-acuti.

3.2.3 - Rieti

Tabella 12 - Confronto PL Rieti

	Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026		
	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	
Totale	454	2,93	255	1,65	249	1,61	465	3,00	468	3,02	
<i>Acuti</i>	419	2,71	243	1,57	240	1,55	386	2,49	389	2,51	
<i>Post-Acuti</i>	35	0,23	12	0,08	9	0,06	79	0,51	79	0,51	
Pubblico	Totale	454	2,93	255	1,65	249	1,61	465	3,00	468	3,02
	<i>Acuti</i>	419	2,71	243	1,57	240	1,55	386	2,49	389	2,51
	<i>Post-Acuti</i>	35	0,23	12	0,08	9	0,06	79	0,51	79	0,51
Privato	Totale										
	<i>Acuti</i>										
	<i>Post-Acuti</i>										

Nella ASL di Rieti la programmazione rafforza la sua capacità di risposta in urgenza con la Radiologia Interventistica, prevede l'ampliamento dell'offerta su Magliano Sabina in sostituzione delle aree, attualmente in ristrutturazione, dell'Ospedale S. Camillo De Lellis, sulla quale la ASL deve produrre un progetto aziendale dettagliato dei percorsi organizzativi e funzionali, e attiva la l'ospedale di Amatrice.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale di Rieti: attivazione della Radiologia Interventistica.
- Magliano Sabina - Ospedale di comunità: conferma, nelle more del Nuovo Ospedale di Rieti dei 24 posti letto (9 di chirurgia generale, di cui 1 DH e 14 medicina – questi ultimi riconvertiti in lungodegenza) e attivazione di ulteriori 45 posti letto di geriatria, previo un apposito progetto aziendale che identifichi i percorsi organizzativi e funzionali, i criteri clinici, le procedure di sicurezza e le afferenze dei posti letto all'ospedale di Rieti;
- Ospedale di Amatrice: apertura del presidio ospedaliero con medicina e riabilitazione.

3.2.4 - Latina

Tabella 13. Confronto PL Latina

	Programmazione	PL NSIS 2023	PL Equivalenti	Programmazione	Programmazione
--	----------------	--------------	----------------	----------------	----------------


**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

		2021-2023				2022		2024-2026		oltre 2026	
		PL	x1.000ab								
Totale		1.734	3,08	1.482	2,63	1.061	1,88	1.690	3,00	1.838	3,26
Acuti		1.506	2,67	1.254	2,23	839	1,49	1.402	2,49	1.550	2,75
Post-Acuti		228	0,40	228	0,40	221	0,39	288	0,51	288	0,51
Pubblico	Totale	922	1,64	665	1,18	584	1,04	848	1,51	996	1,77
	Acuti	922	1,64	665	1,18	584	1,04	828	1,47	976	1,73
	Post-Acuti	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20	0,04	20	0,04
Privato	Totale	812	1,44	817	1,45	476	0,85	812	1,44	812	1,44
	Acuti	584	1,04	589	1,05	255	0,45	544	0,97	544	0,97
	Post-Acuti	228	0,40	228	0,40	221	0,39	268	0,48	268	0,48
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale							30	0,05	30	0,05
	Acuti							30	0,05	30	0,05

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende e per potenziare l'assistenza di prossimità nelle Province.

Nella ASL di Latina la programmazione prevede un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, in particolare l'Ospedale S.M. Goretti assume il ruolo di DEA II e UTN II, attiva l'offerta di lungodegenza, prima assente sul suo territorio, rimodula le configurazioni delle Strutture Accreditate per fornire supporto al DEA II.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale di Latina: attivazione DEA II, Stroke II livello, cardiocirurgia, chirurgia maxillo facciale, chirurgia plastica e pneumologia;
- Ospedale di Formia: attivazione di oncologia, urologia, otorinolaringoiatria, oculistica e neurologia;
- Ospedale di Terracina: attivazione di Lungodegenza;
- Città di Aprilia: rimodulazione dei posti letto per attivazione cardiologia con UTIC, neurologia e lungodegenza;
- ICOT: attivazione lungodegenza;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo per il potenziamento dell'assistenza di prossimità pari a 43 pl per acuti.

3.2.5 - Frosinone

Tabella 14. Confronto PL Frosinone

		Programmazione 2021-2023		PL NSIS 2023		PL Equivalenti 2022		Programmazione 2024-2026		Programmazione oltre 2026	
		PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab	PL	x1.000ab
Totale		1.433	2,97	1.270	2,63	1.021	2,12	1.479	3,07	1.479	3,07
Acuti		1.085	2,25	942	1,95	729	1,51	1.109	2,30	1.109	2,30
Post-Acuti		348	0,72	328	0,68	291	0,60	370	0,77	370	0,77
Pubblico	Totale	999	2,07	836	1,73	614	1,27	1.015	2,10	1.015	2,10
	Acuti	943	1,96	800	1,66	600	1,24	947	1,96	947	1,96
	Post-Acuti	56	0,12	36	0,07	13	0,03	68	0,14	68	0,14
Privato	Totale	434	0,90	434	0,90	407	0,84	444	0,92	444	0,92



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

	<i>Acuti</i>	142	0,29	142	0,29	129	0,27	152	0,32	152	0,32
	<i>Post-Acuti</i>	292	0,61	292	0,61	278	0,58	292	0,61	292	0,61
Fabbisogno aggiuntivo*	Totale							20	0,04	20	0,04
	<i>Acuti</i>							10	0,02	10	0,02
	<i>Post-Acuti</i>							10	0,02	10	0,02

*Individuazione di un fabbisogno aggiuntivo modulabile definito sulla base delle richieste pervenute dalle Aziende e per potenziare l'assistenza di prossimità nelle Province.

Nella ASL di Frosinone la programmazione prevede un completamento della configurazione delle discipline presenti nei singoli Ospedali, presso l'Ospedale Spaziani si rafforza l'offerta specialistica completa e la capacità di risposta in urgenza, presso Sora-Anagni la terapia oncologica e la lungodegenza.

In dettaglio i principali interventi:

- Ospedale Spaziani: attivazione di chirurgia maxillo-facciale, chirurgia vascolare, gastroenterologia;
- Ospedale di Alatri: attivazione geriatria, ortopedia e urologia;
- Ospedale Santa Scolastica: attivazione neurologia;
- Ospedale di Sora: previste rimodulazioni di posti letto in incremento per l'Oncologia (14 pl dislocati presso Anagni* che avrà inoltre servizi di chemioterapia e dialisi) e Lungodegenza. *previo apposito progetto aziendale che identifichi i percorsi organizzativi e funzionali, i criteri clinici, le procedure di sicurezza e le afferenze dei posti letto all'ospedale di Sora;
- identificazione di un fabbisogno aggiuntivo per il potenziamento dell'assistenza di prossimità pari a 10 pl per acuti e 10 pl per post-acuti.

4 - Reti integrate clinico assistenziali (tempo dipendenti, reti assistenziali e rete dei servizi)

La sezione contiene, per ciascuna delle Reti, gli atti regionali di riferimento, la sua organizzazione, gli obiettivi clinico-assistenziali, le indicazioni di programmazione, i coordinamenti e gli schemi delle afferenze dei presidi ospedalieri secondo i modelli "Hub e Spoke" o "Comprehensive Network".

Le Reti sono costituite secondo quanto previsto nel DM n. 70 del 2.04.2015, relativo agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici relativi all'assistenza ospedaliera e all'Accordo Stato Regioni n. 14 del 24.01.2018 relativo alle Reti Tempo-dipendenti.

Le Reti sono dotate di un **Coordinamento Strategico Regionale**, responsabile degli indirizzi di programmazione e dell'approvazione dei percorsi assistenziali, e di un **Coordinamento Operativo** con il ruolo di cabina di regia sovra-aziendale con l'obiettivo di facilitare ed assicurare sul campo l'attuazione degli indirizzi programmatici regionali, gestire le situazioni di criticità e proporre azioni di miglioramento ed implementazione.

La continuità assistenziale e l'integrazione tra le Strutture, i Servizi e le loro diverse componenti è garantita da una metodologia di governo clinico costituito dalle seguenti linee di attività: Coordinamento operativo di Rete, percorsi clinico-assistenziali condivisi, monitoraggio dei processi ed esiti, incontri periodici di "Audit & Feedback" e site visit.

Il sistema di monitoraggio utilizza i sistemi informativi regionali e sviluppa cruscotti e report periodici attraverso una attività coordinata tra le Aree della Direzione Salute e il Dipartimento di Epidemiologia.

Le Strutture della Rete Ospedaliera afferenti ad una specifica Rete assistenziale devono adottare il PDTA Aziendale specifico, sviluppato e contestualizzato secondo il documento di indirizzo regionale.



4.1 - Rete dell'Emergenza-Urgenza

La Rete dell'Emergenza-Urgenza costituisce la Rete di riferimento su cui si inseriscono le attività delle Reti Tempo-dipendenti e di Alta Specializzazione, che poi si sviluppano secondo percorsi assistenziali specifici e criteri di afferenza determinati dalle competenze presenti nelle singole Strutture.

Gli obiettivi assistenziali sono caratterizzati dall'accesso al sistema di soccorso 112/118, dal riconoscimento precoce della problematica clinica critica, dall'invio o trasferimento presso l'ospedale idoneo e dalla tempistica di inizio trattamento e di ricovero.

Il sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria è costituito dalla integrazione del sistema di allarme e di emergenza territoriale con il sistema di risposta ospedaliera, i cui presidi sono distinti e definiti per livelli di competenza e responsabilità.

4.1.1 - Emergenza-Urgenza territoriale

Il sistema dell'Emergenza-Urgenza sanitaria territoriale si fonda su due elementi strutturali e funzionali indispensabili per lo svolgimento della propria mission che sono: la Centrale Operativa (CO) ed i mezzi di soccorso.

Il servizio di emergenza sanitaria territoriale pone in essere modalità operative differenziate (*scoop and run, stay and play o scoop, play and run*) in funzione di diverse variabili inerenti alla gestione del soccorso quali: condizioni cliniche del paziente, sospetto lesionale, tipologia di mezzo di soccorso intervenuto e distanza dell'ospedale di destinazione finale del paziente.

L'ARES 118 assicura la gestione su tutto il territorio regionale delle seguenti linee di attività:

- a) gestione della fase territoriale della risposta al soccorso sanitario in emergenza-urgenza sia in situazioni ordinarie che straordinarie;
- b) gestione del Servizio di Trasporto Secondario Inter-ospedaliero urgente;
- c) gestione del trasporto organi ed equipe sanitaria connessi allo svolgimento dell'attività trapiantologica;
- d) gestione del Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN);
- e) gestione dei trasporti secondari programmati.

La risposta territoriale è assicurata mediante l'utilizzo di mezzi di soccorso, che sono distribuiti capillarmente su tutto il territorio regionale in modo da assicurare la necessaria tempestività nell'intervento e l'appropriato livello assistenziale. In relazione alla loro tipologia ed alle loro capacità assistenziali essi sono distinti in:

- f) mezzi di soccorso su gomma, che a loro volta si classificano in infermieristici e medicalizzati, a seconda della loro diversa capacità assistenziale;
- g) mezzi di soccorso ad ala rotante (eliambulanz), che prevedono sempre la presenza a bordo di un equipaggio sanitario composto da un infermiere ed un medico esperto in area critica.

La programmazione relativa al triennio 2024-2026 ha l'obiettivo di migliorare la risposta territoriale all'emergenza-urgenza con l'affidamento ad ARES 118 dei soccorsi primari e dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti) e di completare il percorso di progressiva riduzione dell'esternalizzazione di tali attività attraverso il potenziamento di risorse umane e di mezzi.

A tal fine è stato predisposto un piano pluriennale che condurrà alla completa internalizzazione dei mezzi di soccorso attualmente esternalizzati. Rispetto a tale pianificazione restano da completarsi la seconda annualità per complessivi 39 mezzi da realizzare nel corso del 2024 e la terza annualità per complessivi ulteriori 40 mezzi da



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

realizzare nel corso del 2025.

In merito, infine, all'adozione ed alla realizzazione di un modello di gestione centralizzata dei trasporti secondari, urgenti e programmati, il cui coordinamento è demandato ad ARES, è stata definita una pianificazione delle attività da espletare secondo modalità e tempistiche di seguito specificate, previa autorizzazione regionale ad acquisire le risorse umane e strumentali necessarie:

- fase 1: passaggio in capo ad ARES 118 dell'effettuazione dei trasporti secondari urgenti sul territorio dell'area metropolitana di Roma entro il 2024;
- fase 2: individuazione e realizzazione dell'infrastruttura edilizia e tecnologica per realizzare una centrale operativa dedicata per la gestione di tali trasporti da completare entro dicembre 2025;
- fase 3: passaggio della gestione di almeno il 50% dei trasporti secondari programmati ad ARES 118 entro il 30 giugno 2026;
- fase 4: passaggio del 100% dei trasporti secondari programmati entro il 31 dicembre 2026.

ARES 118 ha previsto entro il 30 giugno 2024 l'attivazione del servizio di trasporto dei pazienti con necessità di assistenza respiratoria e cardiocircolatoria con ECMO in collaborazione con i Centri Regionali, dotati di questa competenza.

L'attività di ARES 118, in collaborazione con l'Area Rete Ospedaliera, monitora la predisposizione e l'aggiornamento dei PEIMAF Ospedalieri e predisporre il piano regionale per la sua attivazione.

4.1.2 - Emergenza-Urgenza Ospedaliera

La Risposta Ospedaliera è garantita dalla Rete delle strutture pubbliche e private accreditate che, ciascuna per il proprio livello di competenze professionali e di dotazione tecnologica, svolge un ruolo definito dai criteri presenti nel DM 70/2015. Su questo modello sono sviluppate le altre Reti Tempo-dipendenti che si differenziano per afferenza in relazione alla disponibilità delle competenze specialistiche nelle Strutture.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di Patologia istituita presso ARES 118, in collaborazione con l'attività della Task-Force (Centrale Operativa Regionale) responsabile del monitoraggio dei posti letto e dell'attività di facilitazione per i trasferimenti inter-ospedalieri per il ricovero e il cambio di setting.

La Rete di Emergenza-Urgenza Adulti è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 6 DEA II Livello;
- 23 DEA I Livello;
- 15 Pronto Soccorso;
- 2 Pronto Soccorso di Area Disagiata;
- 3 Pronto Soccorso mono-specialistici, di cui uno il CTO PS ortopedico con attività diurna.

Le Strutture Accreditate nella Rete Ospedaliera non sede di Pronto Soccorso sono collegate ai PS/DEA secondo afferenze territoriali con la funzione di supportare la loro capacità per i ricoveri non programmati e le urgenze differibili.



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

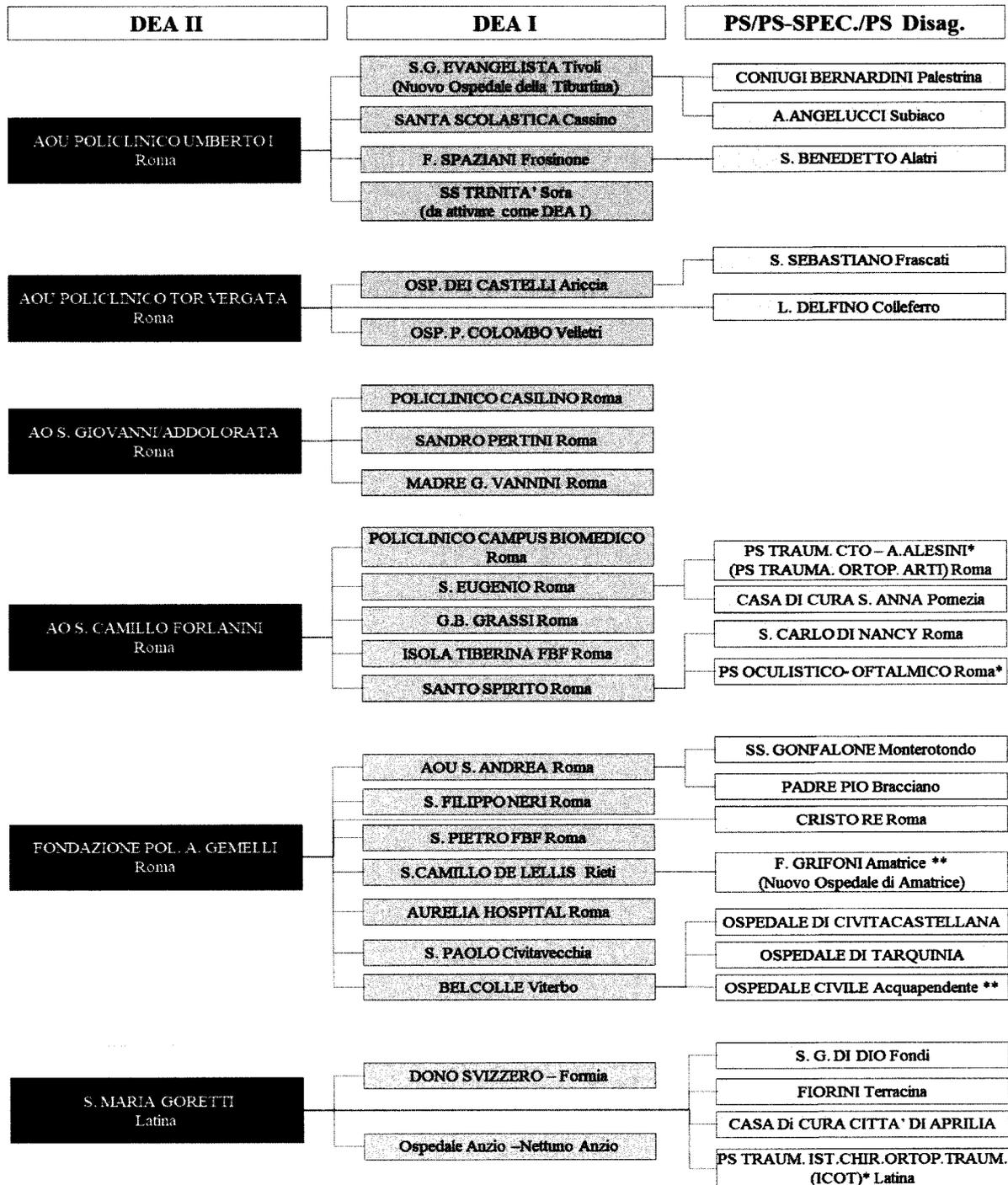
La Rete dell'Emergenza-Urgenza Pediatrica, definita secondo l'Accordo Stato Regioni 248 del 21.12.2017, ha l'obiettivo di facilitare l'accesso nelle strutture dotate di servizi pediatrici e di determinare la centralizzazione primaria e secondaria verso le strutture delle Alte Specialità.

La Rete dell'Emergenza-Urgenza Pediatrica è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 4 DEA di II livello ciascuno con uno specifico ruolo assistenziale per le alte specialità;
- 20 DEA di I livello e PS con reparto di pediatria.



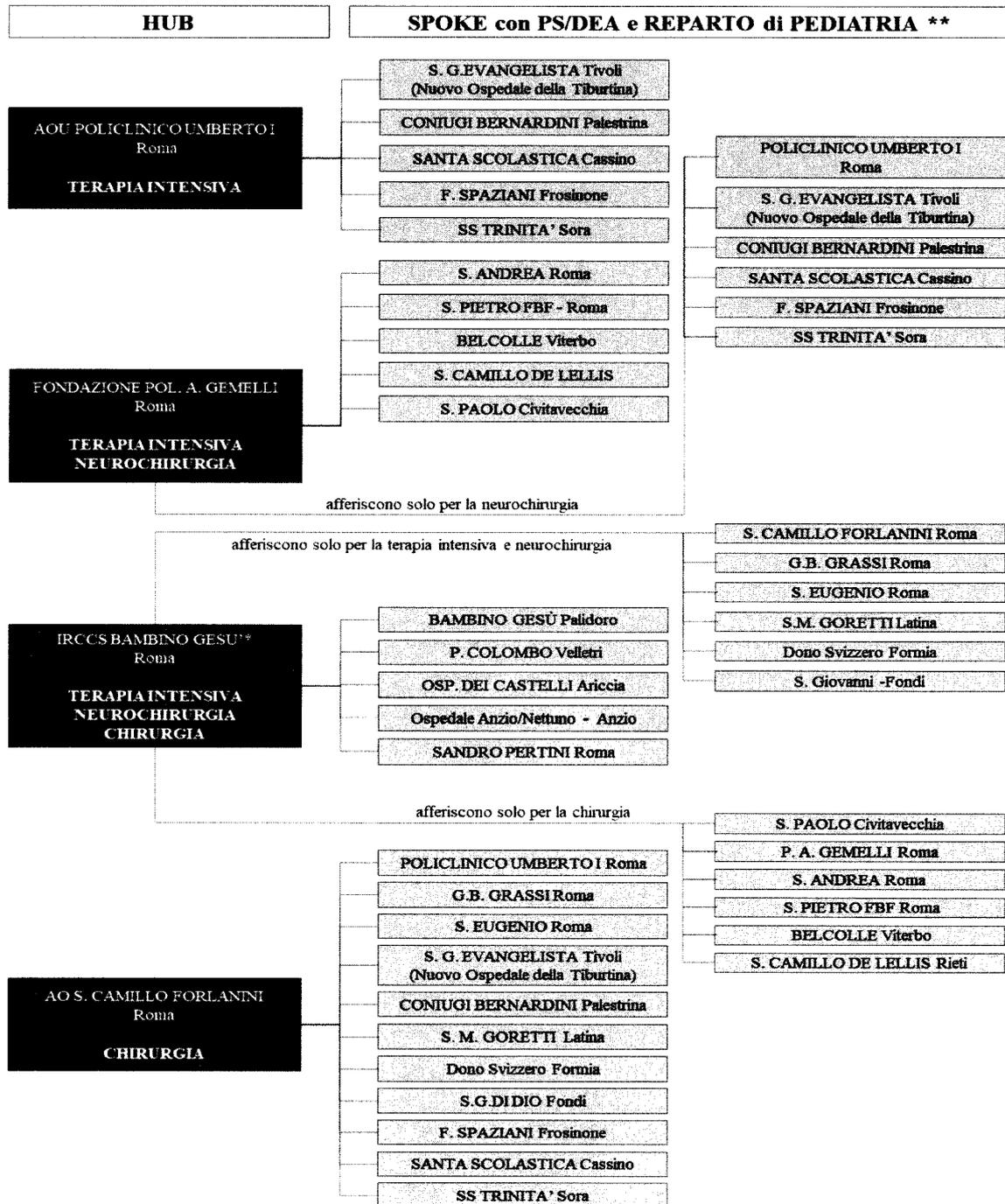
Rete Emergenza-Urgenza Adulti



* PS Specialistico
** PS di zona disagiata.



Rete Emergenza-Urgenza Pediatrica



*Unico HUB regionale di Cardiocirurgia pediatrica.

**I PS/DEA non inseriti nella rete pediatrica e che necessitano di assistenza specialistica dovranno afferire secondo la patologia al DEA II di riferimento dell'ASL territoriale o della Rete clinica.



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

4.2 - Rete Emergenze cardiologiche e cardiocirurgiche

La Rete dell'Emergenza Cardiologica (REC) è definita dalla Determina Regionale n. G08250 del 24.06.2022, e include i percorsi assistenziali relativi alla Sindrome Coronarica Acuta, alle Urgenze Cardiocirurgiche, allo Scompenso Cardiaco Acuto e alle Aritmie Gravi.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di Patologia istituita presso ARES 118.

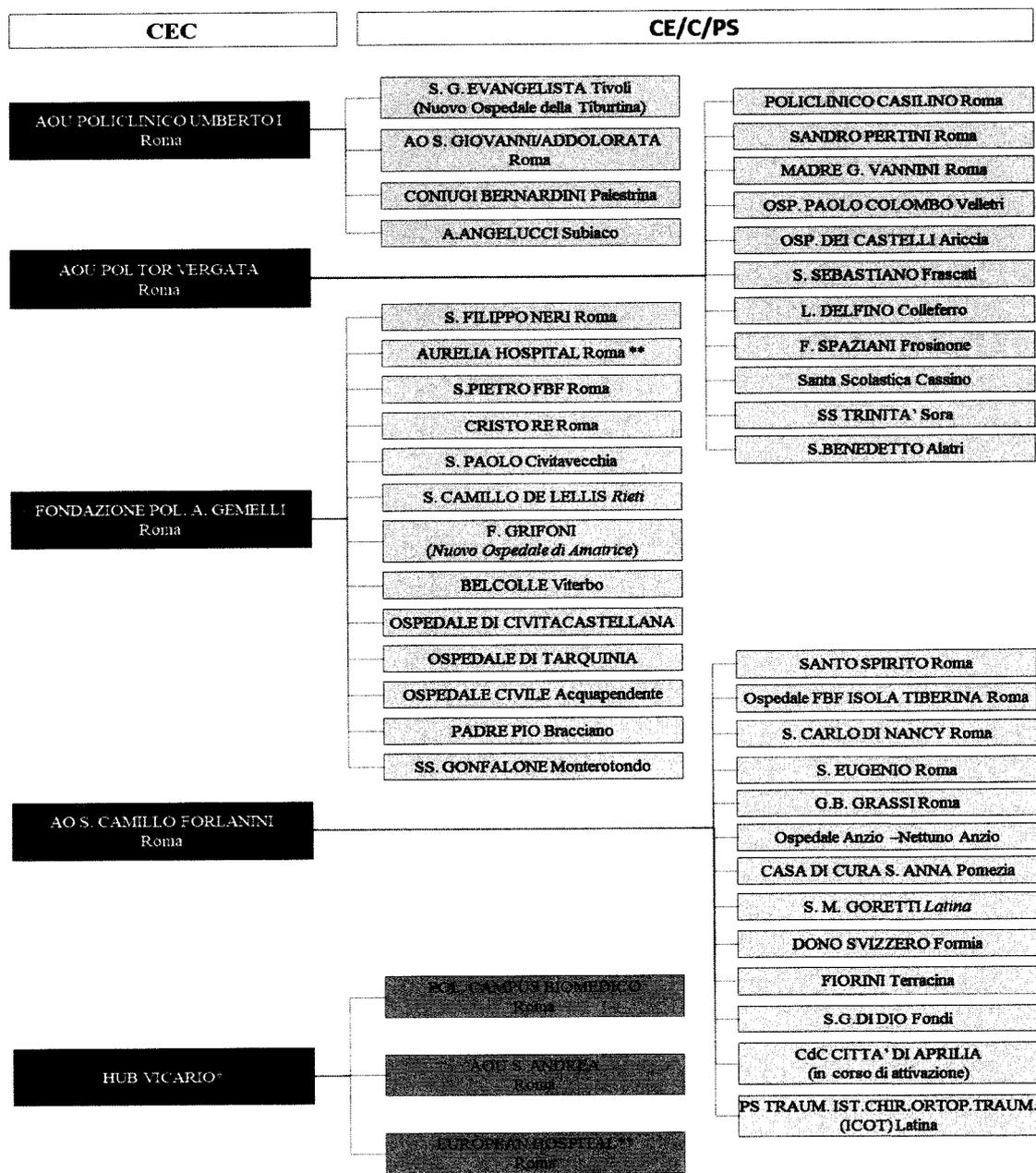
La Rete di Emergenza Cardiologica è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 7 Centri Cardio-UTIC-E – Cardiocirurgia (CEC): di cui 4 con ruolo di Hub e 3 con un ruolo vicariante per le Urgenze Cardiocirurgiche;
- 17 Centri Cardio-UTIC-E (CE);
- 12 Centri Cardio-UTIC (C);
- 12 Centri PS PO;
- 1 Struttura Accreditata Centro Cardio-UTIC. integrata nella REC, non sede di PS, per i ricoveri in ambiente specialistico e critico a disposizione della U.O. Area Critica di ARES 118 responsabile dei trasferimenti inter-ospedalieri.



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Rete Emergenza Cardiochirurgica (REC)



*Turnazione settimanale predisposta da ARES 118

**Sarà sostituito da Aurelia Hospital a seguito del trasferimento della Cardiochirurgia da European Hospital.

CEC: Centri Cardio-UTIC-E – Cardiochirurgia

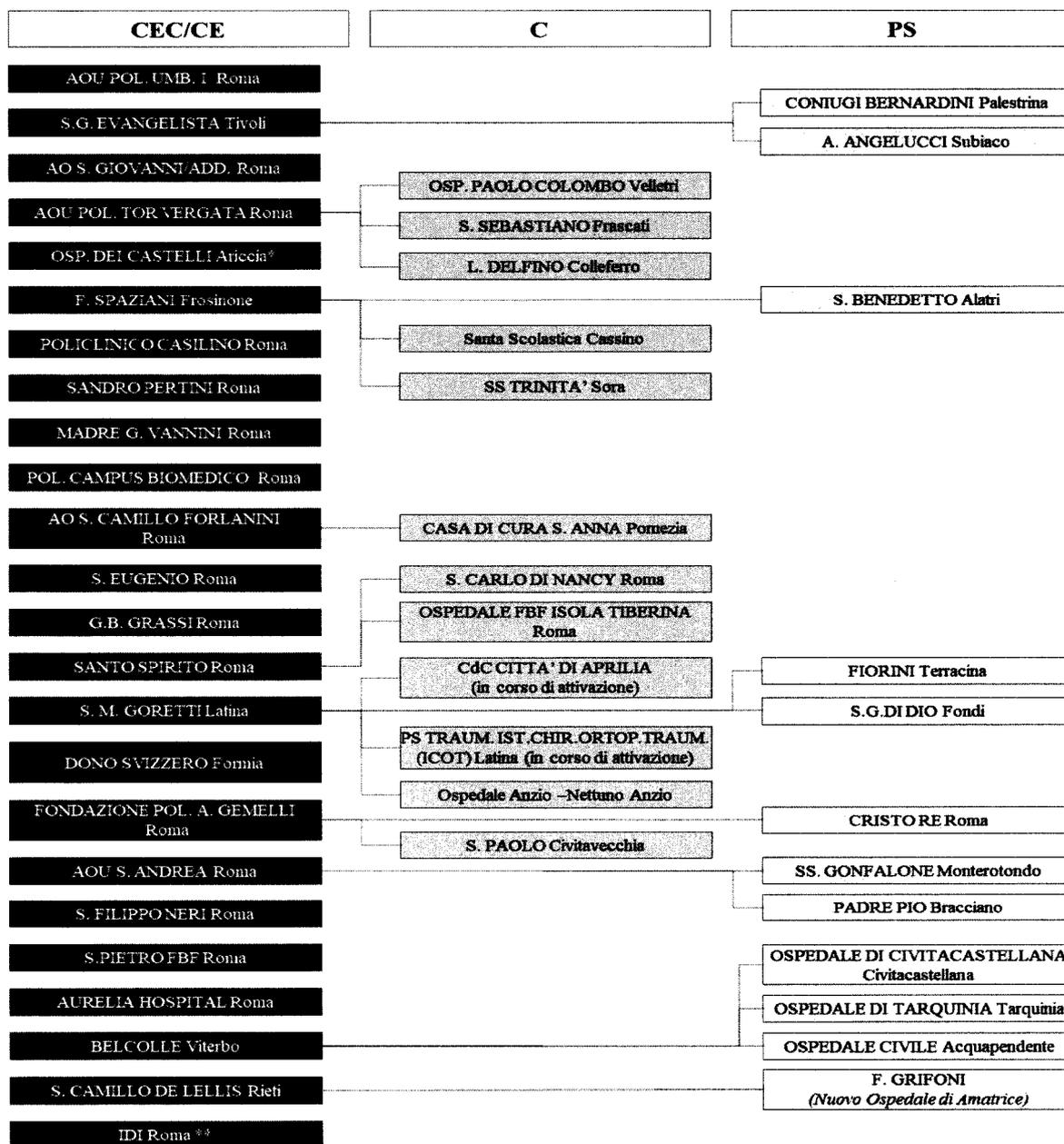
CE: Centri Cardio-UTIC-E

C: Centri Cardio-UTIC



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Sindrome Coronarica Acuta



* la struttura non è attiva H24 ed afferisce al Policlinico Tor Vergata.

** Struttura senza PS integrata nella rete

CEC: Centri Cardio-UTIC-E – Cardiocirurgia

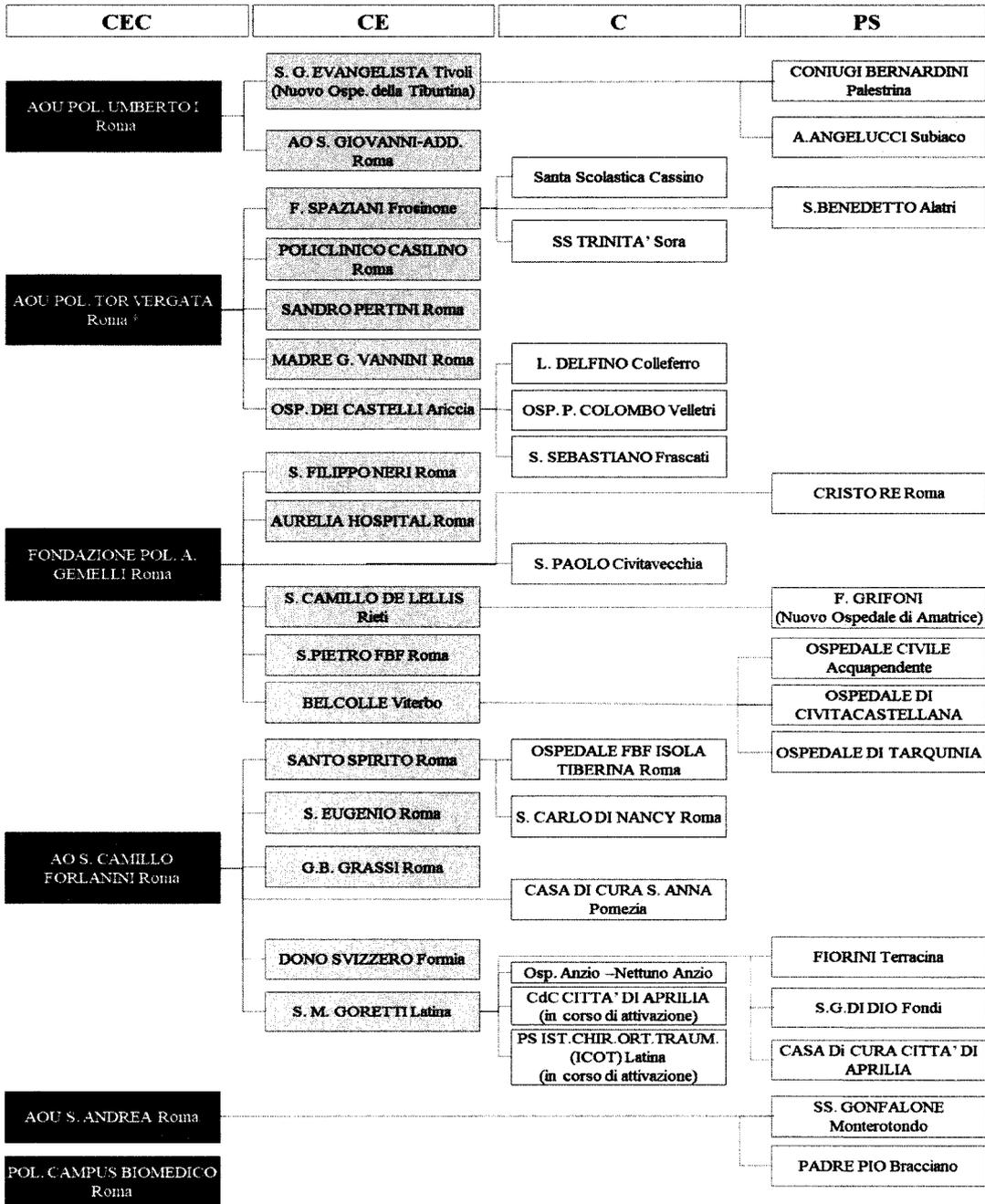
CE: Centri Cardio-UTIC-E

C: Centri Cardio-UTIC



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Aritmie Gravi e Scoppio Cardiaco



*la struttura può centralizzare verso il Policlinico Umberto I le procedure non ancora attivate per emergenze per aritmie gravi.

CEC: Centri Cardio-UTIC-E - Cardiocirurgia
 CE: Centri Cardio-UTIC-E
 C: Centri Cardio-UTIC



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

4.3 - Rete Trauma grave e neuro-trauma

La Rete del Trauma Grave è definita dalla Determina Regionale n. G15438 del 15.12.2020, include i percorsi assistenziali relativi al trauma grave e al neurotrauma con una sezione dedicata alla organizzazione della Rete del Trauma Grave Pediatrico, che per le competenze necessarie assume una configurazione specifica in coerenza con l'Accordo Stato Regioni n. 248 del 21.12.2017.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118.

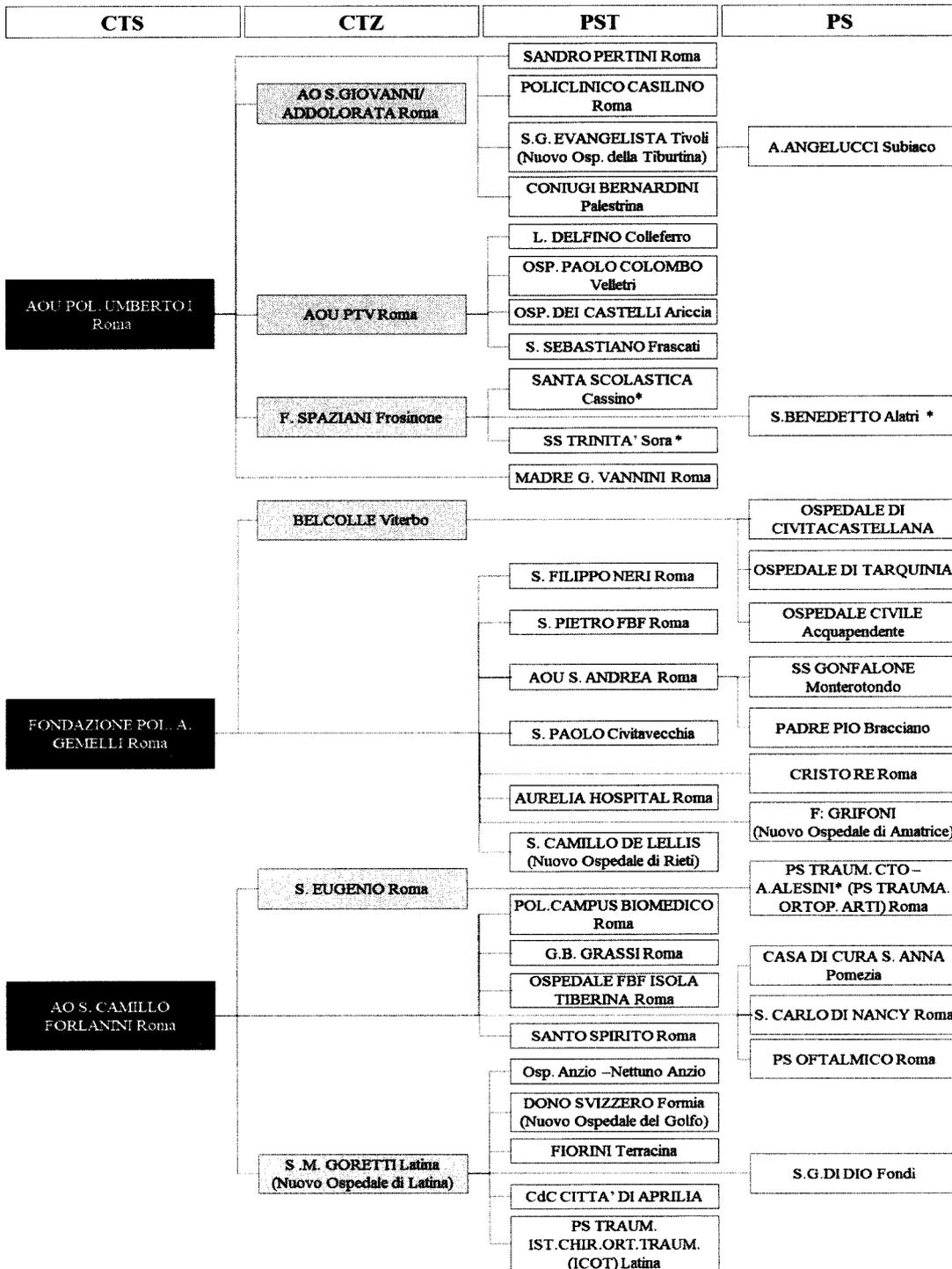
La Rete del Trauma Grave è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura:

- **Adulti**
 - 3 Centri Trauma ad alta Specializzazione (CTS);
 - 6 Centri Trauma di Zona (CTZ);
 - 26 Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST);
 - 1 Centro Ustioni;
 - 1 Unità Spinale con 2 Centri Spinali collegati.
- **Pediatrica**
 - 2 Centri Trauma ad Alta Specializzazione (CTS-PED);
 - 20 Pronto Soccorso Trauma (PST-PED);
 - 28 Pronto soccorso senza reparto di pediatria (PS/DEA).



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

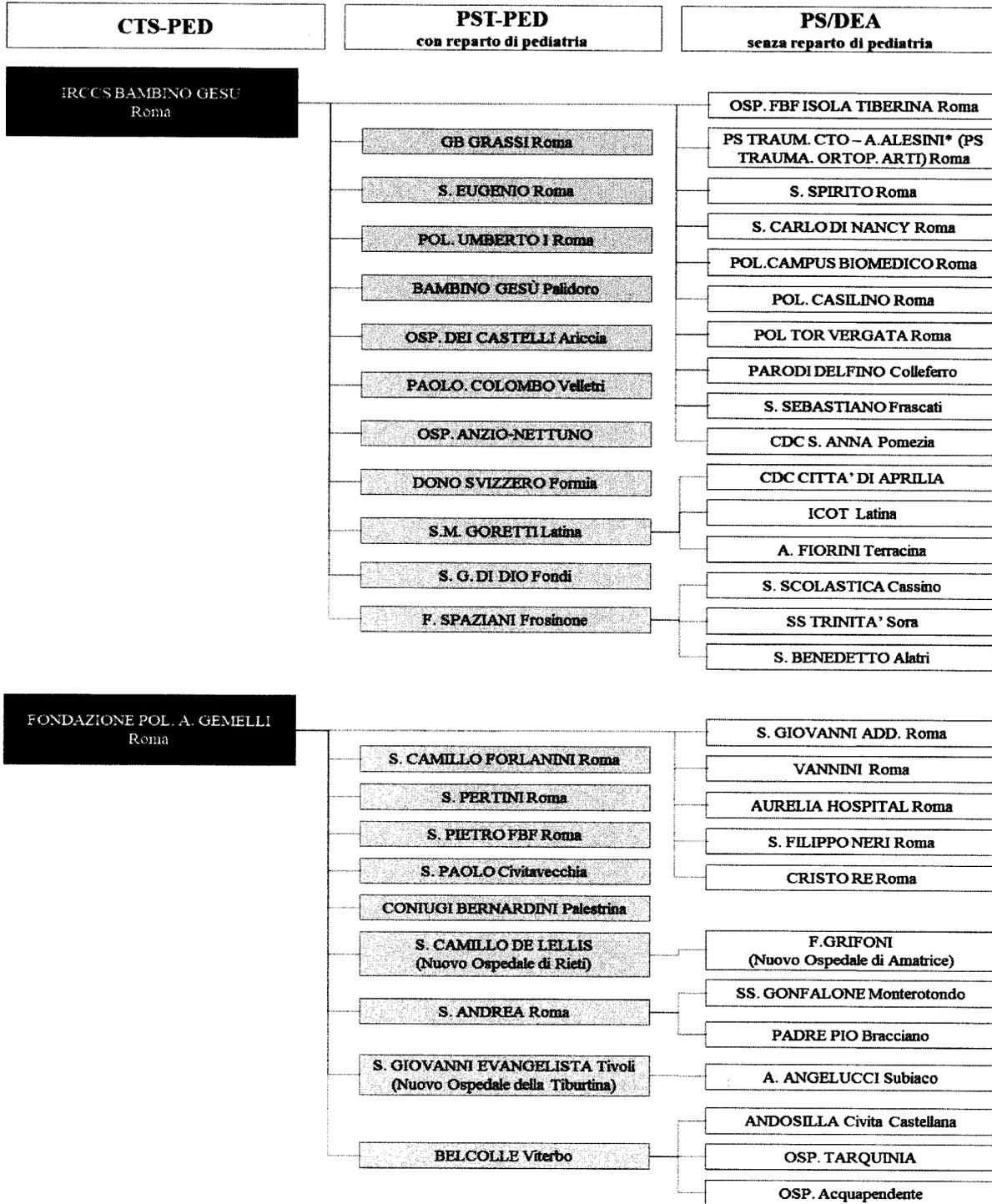
Rete Trauma adulti



*afferisce direttamente al CTS per Traumi che necessitano di competenza neurochirurgica.



Rete Trauma Grave Pediatrica





4.4 - Rete Ictus

La Rete Ictus è definita dalla Determina Regionale n. G11799 del 13.10.2020 ed include le attività relative alle diverse forme eziologiche di tipo ischemico, emorragico e aspecifico.

Il Coordinamento Operativo è svolto dalla U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118.

La Rete Ictus è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli e le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 6 UTN di II livello;
- 10 UTN di I livello.

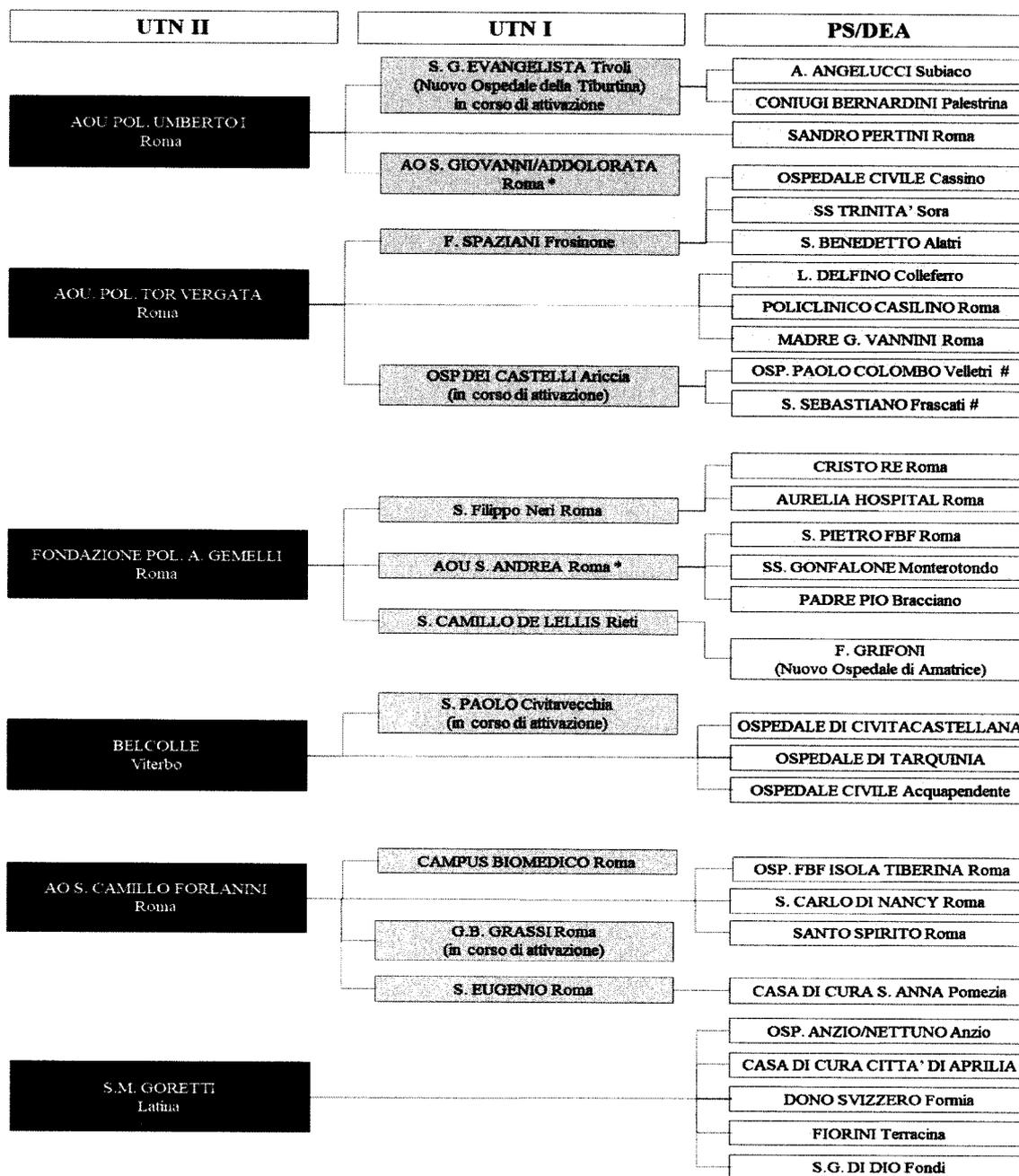
La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla trasformazione di 2 UTN I a UTN II nelle province, all'istituzione di 3 UTN I e l'ampliamento complessivo dei posti letto dedicati alla rete. Ad esito di tali modifiche sarà completata la revisione del piano di rete inserendo un PDTA per il cambio di setting e l'attività di riabilitazione.

In dettaglio le principali azioni previste:

- revisione del Piano di Rete con l'aggiornamento delle afferenze e la definizione di un PDTA per la riabilitazione;
- implementazione a UTN II dei Presidi ospedalieri Belcolle di Viterbo e Goretti di Latina a partire dal 1° gennaio 2024;
- aumento dei posti letto dedicati a UTN con l'attivazione di UTN I presso l'Ospedale dei Castelli, l'Ospedale S. Paolo e l'Ospedale Grassi.



Rete Ictus



afferenza temporanea diretta verso UTN II Pol. Tor Vergata.

*Gli Ospedali San Giovanni Addolorata e S. Andrea, sede di UTN I, svolgono il ruolo vicariante per l'attività di trombectomia meccanica in collegamento con gli Ospedali sede di UTN II.



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

4.5 - Rete Perinatale

La Rete Perinatale è definita negli atti di programmazione della Rete Ospedaliera secondo quanto previsto dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Comitato Percorso Nascita Pediatrico Regionale (CPNr) nominato con Determina Regionale n. G12937 del 4/11/2020.

La Rete Perinatale è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli, le afferenze sono rappresentate nella figura dedicata:

- 10 PN di II livello;
- 18 PN di I livello;
- 1 Struttura Ospedaliera di II livello neonatale, per la quale è stato sottoposto al Comitato Percorso Nascita Nazionale un progetto per l'attivazione del Punto Nascita per selezionate condizioni neonatali che necessitano immediatamente di intervento di cardiocirurgia neonatale.

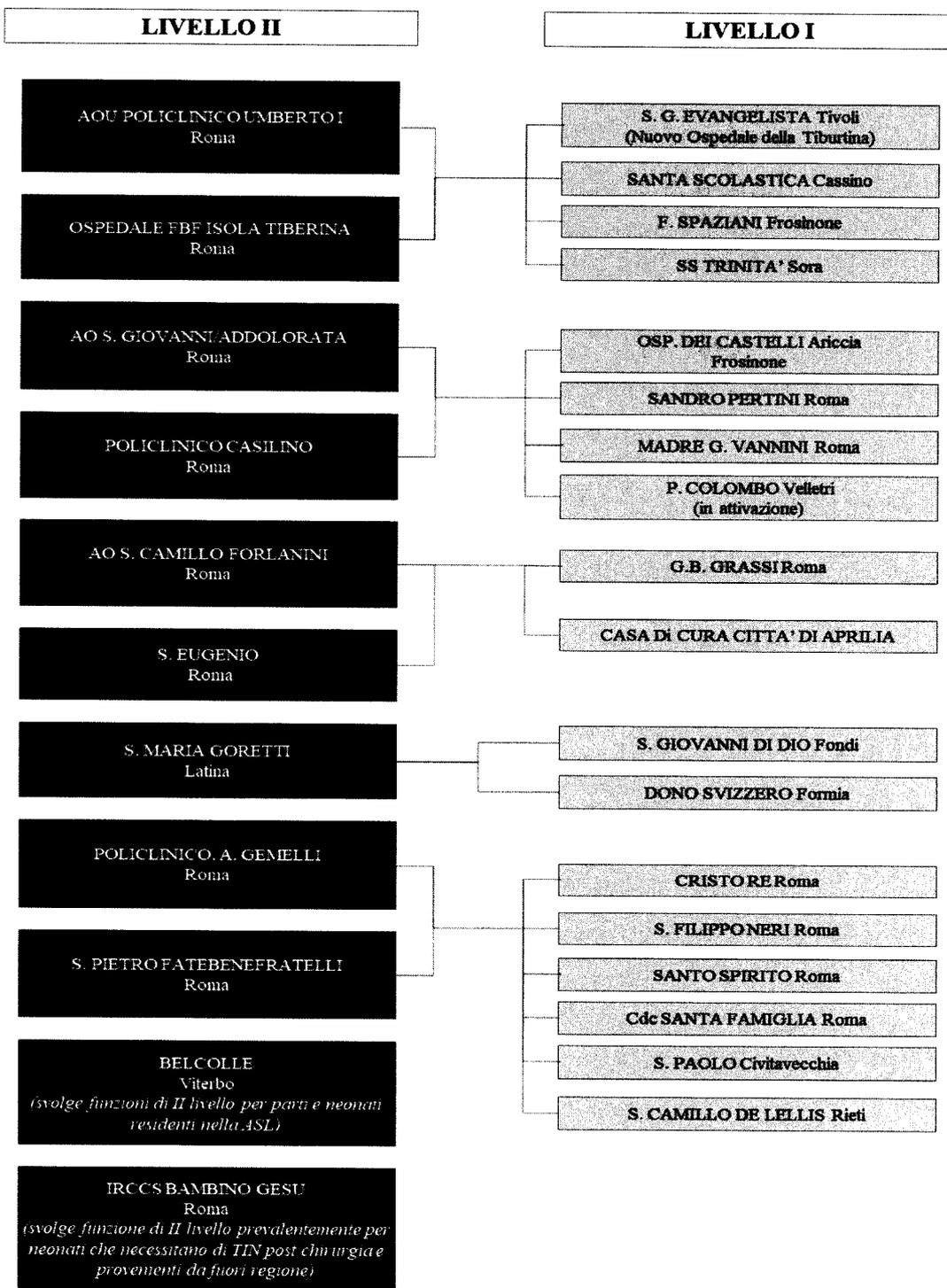
La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata a sviluppare un'integrazione strutturata tra Consultori e Punti Nascita e prevede l'attivazione di un nuovo punto nascita per il quale l'Azienda deve produrre un progetto con cronoprogramma secondo le indicazioni nazionali da sottoporre al CPNr.

In dettaglio le principali azioni previste:

- revisione del Piano di Rete con la definizione di:
 - o percorsi coordinati e connessioni strutturate tra i Consultori e i PN di riferimento territoriale;
 - o digitalizzazione e inserimento della agenda di gravidanza nel FSE;
- aggiornamento dei PN:
 - o richiesta di deroga per i PN di Civitavecchia e Rieti in relazione alla loro localizzazione territoriale;
 - o attivazione del PN dell'Ospedale di Velletri per il quale deve essere redatto un progetto aziendale relativo alla disponibilità delle strutture assistenziali e delle risorse professionali secondo gli standard nazionali da sottoporre al CPNr;
 - o monitoraggio delle strutture al di sotto degli standard per numero di parti o con valori superiori relativi alla percentuale di parto cesareo.



Rete Perinatale





4.6 - Rete Malattie infettive

La Rete di Malattie Infettive è definita dal DCA U00540 del 12.11.2015 e inserita nel Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - PanFlu 2021-2023" (Delibera Regionale n. 84 del 1.03.2022) e si coordina con le attività di riferimento regionale relative alla Prevenzione, all'epidemiologia con il SERESMI e alla sicurezza con il Centro Regionale Rischio Clinico.

La Rete delle UU.OO. di Malattie Infettive assume un ruolo proattivo nella preparazione dei documenti e delle azioni aziendali relative alla *stewardship* antibiotica e alla gestione delle infezioni ospedaliere all'interno di "Comprehensive Network" interaziendali.

Il Coordinamento Operativo è svolto dall'INMI Spallanzani in collegamento con la U.O. di Coordinamento Reti di patologia istituita presso ARES 118 al fine di sviluppare una collaborazione multidisciplinare all'interno del percorso assistenziale. In questo ruolo l'INMI Spallanzani individua i posti letto specialistici di ricovero collaborando con la U.O. di Area Critica di ARES 118 e condivide la preparazione dei PDTA specifici di patologia con le UU.OO. di Malattie Infettive.

La Rete di Malattie Infettive è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli:

- 4 Hub dotati di reparto di Malattie Infettive;
- 6 Spoke dotati di reparto di Malattie Infettive;
- 38 DEA/PS non dotati di reparto di Malattie Infettive.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata all'implementazione dei servizi di malattie infettive, inserendo un nuovo Hub, 3 nuove strutture nelle province e predisponendo nella revisione del piano di rete una sezione dedicata alla pediatria.

In dettaglio le principali azioni previste sono le seguenti:

- revisione del Piano di Rete con l'aggiornamento delle afferenze e l'inserimento di una sezione dedicata al percorso pediatrico;
- inserimento nella Rete del Policlinico Tor Vergata, Ospedale dei Castelli e Nuovo Ospedale Tiburtino;
- protocollo di integrazione tra l'INMI Spallanzani e l'AO San Camillo Forlanini per l'integrazione delle funzioni assistenziali, indispensabili per la funzionalità di entrambe le strutture e soprattutto nell'organizzazione della risposta ad eventi pandemici;
- identificazione di struttura per la centralizzazione di pazienti in corso di infezioni ospedaliere o trattamenti di gravi infezioni del sito chirurgico;
- PDTA sulla presa in carico e l'isolamento in Pronto Soccorso, sul trasferimento a reparto di malattie infettive o a Reparto di "Alto Isolamento" e sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere.

4.7 - Rete oncologica

La Rete Oncologica Regionale (ROR) è definita dalla Determinazione n. G1829 del 14.02.2023, in cui sono contenute le Linee di indirizzo organizzative, elaborate sotto il coordinamento della Direzione Salute della Regione Lazio tramite un processo di ampia condivisione, con la partecipazione delle Direzioni sanitarie di ASL, AO, AOU, IRCSS e Policlinici universitari, del Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio, di una componente multiprofessionale e multidisciplinare e di referenti della "Sanità Partecipata".

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata al completamento dell'architettura



di governo clinico della ROR, all'istituzione dei punti di accesso e di continuità e del *Molecular Tumor Board*, ai collegamenti per la cura di prossimità.

In dettaglio le principali azioni previste sono le seguenti:

- attivazione dei Coordinamenti Regionali ed Aziendali;
- istituzione dei Punti oncologici di accesso e di continuità di cura (PACO) con collegamenti strutturati tra Centri Ospedalieri e servizi di prossimità territoriale;
- preparazione dei PDTA di patologia secondo il cronoprogramma;
- recepimento del Piano Oncologico Nazionale con definizione delle linee strategiche e dell'utilizzo dei fondi previsti e della Rete dei Tumori Rari;
- istituzione dei *Molecular tumor board* ed individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa *Next Generation Sequencing*.
- attivazione di servizio regionale di protonterapia;
- attivazione del teleconsulto da reparto per la second opinion;
- istituzione della cartella trasversale ospedale-territorio e inclusione nel sistema del FSE.

4.8 - Rete delle Malattie Rare

La Rete è definita dalla Determinazione n. G02069 del 19.02.2023 ed include le attività relative alle malattie rare previste nei LEA (457 codici esenzioni riferiti a 921 gruppi/malattie rare) ed alle Malattie Emorragiche Congenite (MEC).

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Coordinamento Regionale delle Malattie Rare ed al suo interno è attivata una Commissione Regionale Multidisciplinare dedicata all'utilizzo dei farmaci.

La Rete delle Malattie Rare è organizzata secondo le competenze disponibili:

- Malattie Rare:
 - o 17 Centri Hub;
 - o 7 Centri Spoke;
- Malattie Emorragiche Congenite:
 - o 1 Centro Hub;
 - o 2 Centri Spoke di II livello;
 - o 4 Centri Spoke di I livello.

4.9 - Rete Trasfusionale

La Rete di Trasfusionale è definita dal DCA U00207 del 20.06.2014, aggiornata con nota n. U0719609 del 14.8.2020, include le diverse fasi del processo trasfusionale: raccolta, lavorazione, qualificazione biologica di sangue ed emocomponenti, assegnazione e distribuzione di unità di sangue ed emocomponenti.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Centro Regionale Sangue e per le sue attività si avvale del Nucleo Tecnico Operativo e del Coordinamento delle UDR.

La Rete è organizzata secondo i criteri previsti nei seguenti livelli:

- 7 SIMT di Produzione che includono Sede di Centro di Qualificazione Biologica emocomponenti e il Centro di Back up regionale;



- 11 SIMT Programmi di Trapianto Midollo (Allogeneico-CSE);
- 10 Articolazioni Funzionali o Organizzative collegate ai SIMT.

4.10 - Rete Donazione d'Organo e Trapianti

La Rete di Donazione d'Organo e Trapianti è definita dalle DGR n.1072/2002 e n. 865/2006 e include le attività relative ai programmi di trapianto solido, di midollo e all'attività delle biobanche, di procurement, di management e consulenza verso i coordinamenti ospedalieri e di informazione e collaborazione con gli Enti Istituzionali e le Associazioni per la scelta della donazione.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Centro Regionale Trapianti dotato di Laboratorio Regionale Immunologico dei Trapianti, che svolge tale attività anche per la Regione Basilicata e lo Stato di Malta.

La Rete è organizzata secondo i seguenti programmi:

- 14 programmi di trapianti di organo solido;
- 6 Programmi di Trapianto Midollo (Allogeneico- CSE);
- 4 Bio-Banche;
- 19 Centri Ospedalieri di Procurement.

4.11 - Rete Psichiatrica - SPDC

La Rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) è definita dalla Determinazione regionale n. G08249 del 24.06.2022, nel documento "Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero", con una sezione dedicata alla neuropsichiatria infantile. La Rete svolge la sua attività all'interno della Rete dei DSM e dei percorsi olistici della Salute Mentale.

Il Coordinamento Operativo è svolto dal Coordinamento dei SPDC in collegamento con la U.O. di Coordinamento Reti di patologia, istituita presso ARES 118, al fine di sviluppare una collaborazione multidisciplinare all'interno del percorso assistenziale.

Il Piano di Rete definisce le azioni relative ai percorsi organizzativo-assistenziali:

- SPDC
 - 24 Servizi di ricovero;
 - 1 Servizi di day Hospital;
- Neuropsichiatria infantile;
 - 3 Servizi di ricovero.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata all'ampliamento dell'offerta con l'inserimento di strutture di ricovero in SPDC e NI, come completamento organizzativo del CRT ed alla predisposizione di un progetto relativo all'età pediatrica per l'integrazione tra NI e servizi territoriali.

In dettaglio le principali azioni previste:

- attivazione del SPDC nel Policlinico Gemelli;



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

- integrazione del Servizio di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Gemelli e del Policlinico Tor Vergata nella rete di risposta ai ricoveri di urgenza;
- percorsi integrati tra i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e i reparti di pediatria;
- collegamenti strutturati con i servizi territoriali e le strutture per il post-acuzie.

4.12 - Programmazione di Reti specialistiche

4.12.1 - Rete di Area Critica

L'implementazione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva definita nel DL 34 e l'ampliamento delle funzioni di assistenza ad alta intensità di cura richiedono lo sviluppo di un modello organizzativo regionale e aziendale di Area Critica, in cui siano definiti i collegamenti, gli ambiti di lavoro multidisciplinare ed i criteri di passaggio di setting.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, ha lo scopo di istituire una Rete di Area Critica secondo i criteri di "Comprehensive Network" aziendale e sovra-aziendale al fine di garantire l'utilizzo più appropriato di risorse ad alta intensità di cura con l'obiettivo di prevenire e trattare le insufficienze di organo.

4.12.2 - Rete Post-Acuzie

La sperimentazione nazionale sull'appropriatezza delle attività di riabilitazione costituisce un primo strumento di regolazione dell'accesso, che deve essere integrato progressivamente dal coordinamento di questa attività attraverso la digitalizzazione delle informazioni e la definizione di un organismo di regolazione costituito dalla Centrale Operativa Regionale costituita presso ARES 118.

La funzione di post-acuzie ha l'obiettivo di comprendere in un sistema coordinato di posti letto di riabilitazione e lungodegenza gestiti secondo i percorsi definiti nei seguenti documenti Centrali Operative Regionale, Aziendale e Territoriale (Determina Regionale n.10994 del 25.09.2020, n. G02706 del 28.02.2023) e Flusso di ricovero e sovraffollamento (Determina Regionale n.19959 del 18.11.2022).

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla istituzione di una Rete di post-acuzie al fine di garantire l'inserimento precoce della persona nei percorsi di riabilitazione fin dal ricovero per acuti e successivamente nelle strutture specialistiche secondo percorsi dedicati.

4.12.3 - Rete Anatomia Patologica

La costituzione della Rete di Anatomia Patologica ha lo scopo di omogenizzare i sistemi di codifica delle diagnosi e le diverse metodologie ai fini diagnostici e prognostici.

La programmazione triennale, inserita nel cronoprogramma, è finalizzata alla istituzione di una Rete di Anatomia Patologica con l'obiettivo di rendere omogenee, a livello regionale, le attività cliniche e di refertazione e sviluppare un sistema informativo con digitalizzazione delle immagini.



5 - Nuovi ospedali e Tecnologie

5.1 - Nuovi Ospedali

La Regione Lazio intende aggiornare ed integrare il patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale anche attraverso la realizzazione dei nuovi Ospedali di: Latina, Golfo, Rieti, Tiburtino, Acquapendente e Umberto I. Il finanziamento degli interventi nel campo dell'edilizia sanitaria sarà individuato tra le diverse fonti disponibili, tra le quali l'INAIL, l'articolo 20, gli strumenti previsti dalla vigente legislazione ed eventuali ulteriori fonti di finanziamento.

Il programma degli interventi da finanziare, indicato nella tabella seguente, non è comprensivo delle somme relative all'acquisizione di attrezzature e arredi.

Tabella 15 - Elenco nuovi Ospedali (Lavori)		
Aziende	Descrizione	importi
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale nel sud Pontino - Nuovo ospedale del Golfo	€ 178.869.436,80
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale di Latina	€ 261.586.961,54
ASL Rieti	Costruzione nuovo ospedale di Rieti	€ 204.674.835,38
ASL Roma 5	Nuovo Ospedale Tiburtino	€ 170.682.164,18
ASL Viterbo	Nuovo Ospedale di Acquapendente	€ 30.406.497,41
AOU Policlinico Umberto I	Nuovo Policlinico Umberto I	in corso di valutazione
Importo complessivo		846.219.895,00

Il fabbisogno per l'acquisizione di attrezzature ed arredi necessari al funzionamento dei nuovi ospedali, rappresentato dalle Aziende negli Studi di fattibilità, è pari all'importo complessivo di €114.307.727,73, come di seguito dettagliato:

Tabella 16 - Elenco fabbisogni attrezzature ed arredi		
Aziende	descrizione	importi
ASL Latina	Ospedale del golfo	€ 32.342.470,27
ASL Latina	Costruzione nuovo ospedale di Latina	€ 38.413.038,46
ASL Rieti	Costruzione nuovo ospedale di Rieti	€ 12.291.282,50
ASL Roma 5	Nuovo Ospedale Tiburtino	€ 24.770.000,00
ASL Viterbo	Nuovo Ospedale di Acquapendente	€ 6.887.096,77
AOU Policlinico Umberto I	Nuovo Policlinico Umberto I	in corso di valutazione
Importo complessivo		€ 114.703.888,00

5.1.1 - ASL Latina - Costruzione nuovo ospedale del Golfo

Nell'ambito dell'attività di pianificazione e di programmazione, la Regione Lazio ha individuato come una priorità la realizzazione di un nuovo ospedale per l'area del golfo di Gaeta. Allo stato attuale l'ospedale sito nel territorio del comune di Formia, comprendente l'area del Golfo (Comuni di: Formia, Gaeta, Minturno, SS. Cosma e Damiano, Castelforte, Spigno Saturnia ed i Comuni delle isole di Ponza e Ventotene), concepito e realizzato molti anni fa, non risulta più rispondente alle esigenze di assistenza sanitaria dell'utenza, che necessita di spazi, di parcheggi e di tecnologia più avanzata. Il nuovo ospedale del Golfo si colloca, con le sue caratteristiche, tecnologiche ed organizzative alquanto innovative e competitive, in un'area avente un bacino di popolazione di circa 120.000 abitanti ed una corona di prossimità, di circa 180.000 abitanti, per l'emergenza, l'attività di alta e media complessità. La Giunta Regionale, dopo aver valutato varie alternative, con deliberazione n. 511 del 4 agosto 2006 ha individuato, come sede del nuovo ospedale, l'area ex-Enaoli, collocato tra due assi viari di preminente importanza regionale e la linea ferroviaria Roma - Napoli.



5.1.2 - ASL Latina - Costruzione Nuovo Ospedale di Latina

Dal punto di vista sanitario e assistenziale il Nuovo Ospedale di Latina (NOL) amplierà le attività di eccellenza, attualmente presenti nella struttura sanitaria del "Santa Maria Goretti", completando il percorso di attivazione del DEA di II livello con tutte le specialità previste dal DM 70/2015, con una logica di rafforzamento della risposta sanitaria nelle province.

La realizzazione del NOL si inserisce nel più ampio progetto di riassetto e riqualificazione dell'area urbana di Borgo Piave, fortemente collegata, da un punto di vista infrastrutturale, con la città e con l'esterno, in posizione baricentrica rispetto al territorio da servire.

5.1.3 - ASL Rieti - Costruzione nuovo ospedale di Rieti

Il Nuovo Ospedale di Rieti offrirà una risposta alle criticità individuate nell'attuale Presidio ospedaliero, quali, a titolo esemplificativo, la dotazione insufficiente degli spazi e la relativa assenza di flessibilità dal punto di vista strutturale, organizzativo e funzionale, tale da non permettere il completo assorbimento del fabbisogno dei residenti, della corona di prossimità e l'implementazione di nuovi modelli assistenziali.

5.1.4 - Costruzione nuovo Ospedale Tiburtino

Il nuovo Ospedale Tiburtino estende il bacino di utenza ai comuni di Tivoli, Casape, Castel Madama, Cerreto Laziale, Ciciliano, Cineto Romano, Gerano, Licenza, Mandela, Percile, Pisoniano, Poli, Roccagiovine, Sambuci, S. Gregorio da Sassola, S. Polo dei Cavalieri, Saracinesco, Vicovaro, Guidonia M., Marcellina, Monteflavio, Montelibretti, Montorio Romano, Moricone, Nerola, Palombara S., S. Angelo Romano.

La scelta dell'area è scaturita da condizioni di agevole realizzabilità in un lotto disponibile di proprietà della ASL Roma 5, non sottoposto a procedure di esproprio o di edificazione abusiva e di facile accessibilità dai principali snodi viari e ferroviari.

5.1.5 - ASL Viterbo – Costruzione nuovo Ospedale di Acquapendente

L'azienda Asl Viterbo ha nei suoi programmi la realizzazione, nel Comune di Acquapendente (VT), di un nuovo edificio da adibire a Ospedale in zona disagiata, Ospedale di Comunità e Casa di Comunità in quanto l'attuale struttura ospedaliera non risulta più adeguata alle nuove esigenze strutturali, gestionali e sanitarie. Il nuovo ospedale verrebbe situato sulla via Cassia in località "Organe", in un terreno messo a disposizione dal Comune di Acquapendente, non sottoposto a procedure di esproprio.

5.1.6 - IFO - Centro di protonterapia € 23.000.000,00 (Attrezzature)

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) sono un Istituto di Ricovero a Carattere Scientifico ad indirizzo oncologico e dermatologico con il ruolo di Centro di Riferimento Ospedaliero della Rete.

La U.O.C. di Radioterapia degli IFO è la struttura pubblica che nel Lazio che tratta il maggior numero di casi, a parità di numero di LINAC, per cui la realizzazione del Centro di Protonterapia consente di mettere a disposizione della Rete le attività cliniche e di ricerca attraverso il know how acquisito.

6 – RETE TERRITORIALE

Gli obiettivi

Gli obiettivi della Rete Territoriale si inseriscono, tra l'altro, nel quadro di azioni e indirizzi che la Regione



Lazio sta sviluppando per l'implementazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nel DM 77/2022 relativamente ai contenuti pertinenti alla Casa della Comunità (CdC), agli Ospedali di Comunità (OdC) e alle Centrali Operative Territoriali (COT)-previsti all'interno della Missione 6 Salute.

Tali obiettivi recepiscono ed interpretano quanto previsto dai documenti citati e si pongono in stretto raccordo con gli investimenti di cui alla DGR 332 del 24 maggio 2022, attraverso la quale la Regione Lazio ha approvato il Piano Operativo Regionale e lo schema di contratto istituzionale di sviluppo rispetto alla Missione 6 - Salute (componente M6C1 e M6C2) del PNRR.

Gli interventi previsti da finanziamento PNRR sulla rete territoriale (CdC, OdC e COT) sono stati riportati nella D.G.R. 236/23 con il Piano Operativo Regionale rimodulato, perfezionato secondo le indicazioni pervenute dagli enti sovraordinati.

Le indicazioni della Rete territoriale intendono orientare le scelte delle aziende sanitarie della regione verso un'interpretazione organica delle indicazioni nazionali in coerenza con quelle programmatiche che già in passato hanno caratterizzato l'assistenza territoriale nel Lazio. Il PNRR e il DM 77/22 rappresentano, quindi, l'occasione per riformulare il «modello Lazio» di assistenza territoriale con l'obiettivo di garantire in parallelo le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi valorizzando il patrimonio di esperienze organizzative e manageriali avviate in ogni azienda del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

6.1. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT

Gli orientamenti di fondo

Con la Componente 1 della Missione 6, il PNRR prevede interventi di prevenzione e assistenza sul territorio in una prospettiva di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali che sinergicamente garantiscano la risposta ai bisogni di salute e la presa in carico del paziente, con riferimento soprattutto alla persona affetta da malattie croniche. Il Programma di riqualificazione 2019-2021 della Regione Lazio aveva già posto specifica attenzione al modello di risposta ai bisogni del paziente con cronicità, che la Regione (in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità) è ora chiamata a rafforzare, assicurando una migliore «navigabilità» del sistema delle cure attraverso tre azioni:

- Il potenziamento dell'accesso alla rete assistenziale grazie alla capillare diffusione delle CdC nelle ASL e al loro collegamento in rete tra quelle con funzione hub e quelle con funzione spoke;
- la tempestività degli interventi di risposta alla domanda di salute dei pazienti e di gestione dei servizi ad essa rivolti. In questa direzione si collocano in modo specifico le innovazioni delle COT e dell'IFeC che proprio sui temi delle cure di transizione e del supporto alle persone e ai nuclei in condizioni di fragilità si rivolgono;
- il rafforzamento degli interventi di comunità grazie alla rinnovata vocazione delle Case della Salute che si trasformano in CdC maggiormente orientate alla promozione della salute e al coinvolgimento dei soggetti della comunità anche attraverso forme di co produzione.

Gli approcci multidisciplinari e multiprofessionali sono quelli che devono caratterizzare la nuova filiera dei servizi territoriali chiamata a collaborare in modo nuovo e più intenso del passato intorno ai processi di erogazione per rispondere ai bisogni del malato e della sua famiglia. Essi devono caratterizzare l'erogazione territoriale soprattutto in presenza di multi-patologia o di fragilità socio ambientale costruendo meccanismi stabili di scambio sia tra professionisti della rete territoriale che con quelli ospedalieri. L'integrazione tra servizi e professionisti che operano in setting, contesti aziendali e territori differenti chiamati a confrontarsi sulla gestione dei casi più



complessi, ha lo scopo di dare continuità ai percorsi di cura quando cambiano i setting di erogazione e/o i contesti aziendali e/o le equipe di riferimento. Al fine di tradurre tali premesse in un concreto percorso che muova verso la realizzazione per step dei cambiamenti organizzativi citati, valorizzando e portando a sistema il modello pilota di risposta territoriale all'emergenza COVID-19 che la Regione Lazio ha sviluppato, è necessario accompagnare i processi di cambiamento con iniziative di formazione e rafforzamento delle competenze di tutti gli attori coinvolti e potenziare sia la dotazione tecnologica che quella delle risorse umane.

6.1.1 - La rete delle Case della Comunità

La CdC rappresenta il sistema di offerta fisico e virtuale che garantisce servizi di prossimità per la popolazione di riferimento. È dunque il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Le funzioni di seguito indicate non sono esercitate dalla singola struttura ma dalla relazione a rete tra CdC, articolate in hub e spoke in ragione della numerosità dei servizi (e delle relative connessioni) presenti all'interno.

La rete delle CdC è:

- Il «luogo» dove la comunità in tutte le sue espressioni, con l'ausilio dei professionisti e delle istituzioni, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi, inclusi gli interventi "non sanitari" che è possibile realizzare in una logica di community care;
- Il «luogo» dove professioni diverse integrando le proprie competenze, personalizzano gli interventi, interagendo con gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- Il «luogo» di ricomposizione delle risorse della comunità in generale (combinazione tra servizi erogati da istituzioni per la tutela della salute e quelli offerti dalle reti sociali e dal terzo settore) e sul singolo caso anche attraverso strumenti sviluppati ad hoc quali il budget di salute;
- Il «luogo» su cui fa perno la multi professionalità degli operatori del territorio sia all'interno della filiera dei servizi territoriali che con i professionisti della rete degli ospedali e degli enti locali;
- Il «luogo» grazie al quale si fa informazione sulla salute e si orienta la comunità nella conoscenza e nell'accesso alla rete di servizi, dei professionisti e delle istituzioni che possono intervenire nella gestione dei bisogni di salute integrando il quadro delle informazioni istituzionali con quelle provenienti dalle retisociali.

Il target di riferimento è composto da: a) i pazienti sani e/o con bisogni occasionali e pazienti cronici anche comorbidi in condizione di stabilità che necessitano di servizi ambulatoriali o domiciliari; b) la comunità sia attraverso le iniziative di salute pubblica e di comunità che attraverso quelle di community building e di coproduzione.

In Lazio è già attiva una rete territoriale di Case della Salute, chiamate a trasformarsi in CdC che si caratterizzano per:

- a. l'integrazione con le attività dei MMG sia quando operanti all'interno sia quando funzionalmente integrati con la CdC;
- b. l'avvio di attività di integrazione con i servizi socio sanitari anche in collegamento con gli enti locali e i municipi;
- c. l'offerta di servizi e di programmi di prevenzione e di salute mentale allo scopo di integrare interventi



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

sulla persona con interventi sulle comunità.

L'obiettivo è quello di far evolvere il modello della presa in carico multispecialistica che attualmente caratterizza le Case della Salute in quello ad alta integrazione che a quest'ultimo si associa per attivare la CdC, secondo i principi del welfare di comunità.

Le CdC promuovono un modello di intervento integrato e multiprofessionale, in sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari in stretta integrazione con interventi sociali. Esse presuppongono, infatti, un'organizzazione delle attività che permetta un'azione d'équipe/integrazione funzionale multiprofessionale tra MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni – anche nelle loro forme organizzative – IFeC, altri professionisti della salute, quali ad esempio logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.

L'organizzazione richiede il coinvolgimento delle forme associative dei MMG e dei PLS, con particolare riferimento alla definizione e all'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, alla partecipazione attiva del MMG e PLS e alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione.

Le forme associative dei MMG e dei PLS, già presenti nel Lazio con le UCP e le UCPP, costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia quando integrate funzionalmente. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

Le CdC devono poter garantire in modo coordinato le seguenti funzioni:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la prevenzione e promozione della salute anche attraverso il coordinamento con il dipartimento di prevenzione e sanità pubblica aziendale grazie a iniziative proattive progettate in coerenza con le caratteristiche dei diversi territori;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la personalizzazione dei percorsi di cura calibrando i PDTA aziendali sulle esigenze di ciascun paziente e arrivando alla progettazione e al monitoraggio del PAI;
- l'orientamento e la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, programmabile e no, rappresentando il principale punto di riferimento e di «ascolto» per le collettività locali;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. Dsm, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari che prevedano l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver sviluppando iniziative di welfare di comunità e di community building;
- l'erogazione di prossimità di specifici interventi di terapia o di follow up a carattere specialistico grazie a modelli di telemedicina o a all'erogazione presso la rete della CdC di prestazioni specialistiche (ad esempio, follow up oncologici).

In prospettiva PNRR, saranno attivate 135 CdC a fronte delle attuali 30 Case della Salute già realizzate o programmate che sono chiamate a rivedere sia il proprio modello di offerta che il sistema di relazione con gli attori della rete. La CdC nelle sue articolazioni a rete garantisce l'accesso ai seguenti servizi e competenze professionali attraverso opportuni interventi di riorganizzazione aziendale:

- erogazione multi professionale sia quando il paziente ha accesso fisico alle strutture di offerta sia quando vi sia l'erogazione da remoto. L'uso di modelli evoluti di telemedicina consente il coordinamento anche tra professionisti in sedi differenti (MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni, professionisti dipendenti e altre figure sanitarie e socio-sanitarie). I modelli di multi professionalità potranno coinvolgere anche gli specialisti ospedalieri di riferimento soprattutto nel caso dei pazienti cronici ad alta complessità;
- iniziative di orientamento e accesso alla rete dei servizi tra cui il Punto Unico di Accesso (PUA);
- programmi di screening ed altre iniziative di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica;
- punto prelievi e servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telefertazione);
- servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza coerenti al profilo epidemiologico del relativo territorio (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.) ma anche per quelle croniche ad alta complessità;
- servizi di medicina d'iniziativa e assistenza proattiva infermieristica (API) svolta dall'IFeC, ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- attività di erogazione di servizi e interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (raccomandato facoltativo);
- attività di profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono coordinate dal Dipartimento di Prevenzione aziendale;
- gestione dell'assistenza protesica e della farmacia territoriale;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale allo scopo di offrire al paziente la prenotazione contemporanea delle prestazioni prescritte («dove si prescrive si prenota»);



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

- servizio di assistenza domiciliare integrato con la figura dell'IFeC e degli operatori dell'UCA;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, con le associazioni di cittadini, volontariato, etc., anche per favorire processi di programmazione e valutazione condivisa;
- integrazione con i servizi sociali anche attraverso la presenza degli assistenti sociali, quando possibile, presso la sede della CdC; a seconda dei bisogni della popolazione, si ravvisa la possibilità di integrare all'interno delle Case di Comunità, anche alcuni dei servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza da identificarsi in coordinamento con il Dipartimento di Salute Mentale.

Le CdC sono messe in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, OdC, hospice e rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi: le CdC possono essere fisicamente ed operativamente integrate con posti letto territoriali (OdC e pp.II di RSA) e/o posti letto di hospice e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.

Infine, in coerenza con il DM/77, si ritiene che le CdC debbano essere in rete anche con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri.

6.1.2 - Gli Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di comunità (OdC) rispondono all'esigenza di assicurare ai soggetti portatori di complessità assistenziali o particolari fragilità la continuità assistenziale, attraverso l'attivazione di strutture di cure intermedie che accompagnino la transizione dal momento acuto della malattia alla presa in carico domiciliare o che possano offrire un adeguato supporto assistenziale di maggior intensità rispetto a quello erogabile a domicilio per un breve periodo di tempo utile alla riorganizzazione dei servizi territoriali o alla attivazione di un setting di long term care più specifico. Si tratta di una struttura residenziale territoriale intermedia, di ricovero breve, che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e/o adattamento alle nuove necessità assistenziali da fornire a domicilio (es. attivazione NAD, acquisizione presidi e ausili necessari alla domiciliazione in sicurezza, riorganizzazione della rete familiare e/o rimodulazione spazi abitativi). Si integra con la rete ospedaliera e la rete territoriale attraverso un alto grado di interdisciplinarietà. Gli standard prevedono la presenza di almeno 1 ospedale di comunità ogni 100.000 con 20 PL (0,2 PL ogni 1000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale (37 OdC).

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- a) MMG;
- b) medico di continuità assistenziale;
- c) medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- d) medico del pronto soccorso.



La gestione dell'accesso ai pp. Il degli OdC è assicurata dalle COT e il ricovero può avere una durata massima di 20/30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi per lo stretto tempo indispensabile alla risoluzione delle criticità o alla attivazione del trasferimento verso setting più appropriato, previa rivalutazione della situazione.

Il DM77/2022 aggiorna le indicazioni del DCA 8/2011 e s.m.i e del DCA 370/2014.

6.1.3 - Le Centrali Operative Territoriali (COT)

La COT svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale (i professionisti della salute che operano all'interno delle CdC, delle UCA, gli operatori dell'ADI, i MMG/PLS, e i professionisti che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere, i professionisti che operano nei servizi sociali e sociosanitari). L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza. La COT rappresenta uno degli strumenti che consente di "tradurre" la funzione di committenza, svolta dalle Aziende Territoriali e dai Distretti, in modalità operative finalizzate alla continuità dell'assistenza nei setting assistenziali più appropriati, ed alla integrazione orizzontale dei servizi. La COT interverrà nella gestione dei processi di transizione, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting. In ragione di tale scopo, essa si concentra sulla gestione delle situazioni in cui fisiologicamente la «navigazione» all'interno della rete dei servizi si svolge con difficoltà costante e/o in tempi non adeguati a via della complessità del bisogno non solo sanitario e dell'accessibilità al setting di destinazione (tra cui anche il domicilio). Per tale motivo, la COT interviene su:

- a. i transiti occasionali, quali quelli in dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso step down) nelle situazioni di «dimissione difficile» sia per via delle condizioni sociosanitarie del paziente che per questioni relative all'accesso al setting di destinazione;
- b. i transiti tra setting di intensità diversa attivati dagli operatori del territorio (in primis dai MMG) per la gestione dell'accesso alle cure intermedie, anche per la popolazione affetta da malattie croniche in situazioni di fragilità o di complessità clinico assistenziale (tipicamente flusso step up). Nei casi di maggiore frammentazione della filiera dei servizi, la COT può supportare il MMG nella gestione dei percorsi dei pazienti cronici stabili.

La COT interviene direttamente sulla transizione all'interno della rete dei servizi per i casi a maggiore complessità assistenziale (per questioni spesso legate a fabbisogni socio-assistenziali) e collabora direttamente con la CdC e l'IFeC nella gestione della casistica cronica in condizione di stabilità (anche pluripatologica) a cui si rivolgono i loro servizi. Infatti, il DM77/2022 prevede lo sviluppo di una piattaforma che consenta il reclutamento del paziente e la gestione del suo PAI anche attraverso un sistema di prenotazione e recall per l'accesso alle prestazioni pianificate. Si tratta di una forma di cure di transizione, non direttamente in capo alla COT, che beneficia degli strumenti tecnologici, degli expertise dei professionisti che collaborano nei territori e dello scambio di informazioni sulla gestione della casistica. La COT rappresenta il nodo operativo per l'accesso alle cure intermedie ed agli OdC, alla riabilitazione estensiva e alla residenzialità (compresa quella psichiatrica) a fronte di una complessità clinico assistenziale e sociale del paziente. In questo caso si coordina con le UVM (che con



modalità semplificate sono già attive nelle strutture ospedaliere) e con i PUA.

La COT è altresì coinvolta nella ricomposizione dell'offerta di servizi, attraverso il coordinamento ed il raccordo con il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA), che svolge la funzione di accesso per il cittadino alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi territoriali, laddove la COT svolge la propria funzione prettamente di back-office, facilitando il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, mediante l'attivazione di tutte le risorse sanitarie e sociali presenti sul territorio di riferimento, anche con l'utilizzo dei sistemi di telemedicina.

Il modello di riferimento regionale prevede un'organizzazione su due livelli che concorrono all'erogazione delle funzioni unitariamente attribuite alla COT:

- la COT A rappresenta l'interfaccia di collegamento nella gestione dei transiti tra strutture di offerta di aziende sanitarie diverse (ad esempio, tra AO e ASL) e di quelli in dimissione dai presidi della rete ospedaliera regionale, pubblici e privati, che afferiscono al territorio delle ASL e che devono essere prioritariamente gestiti nel distretto sociosanitario di residenza del paziente. Il focus prioritario di intervento è il flusso step down dall'ospedale verso i servizi territoriali. La COT A gestisce direttamente l'accesso presso strutture di offerta la cui scala operativa è aziendale (le RSA, gli OdC sono gli esempi tipici poiché soddisfano la domanda aziendali) ed invia alla COT D quando è previsto l'accesso presso strutture di offerta e servizi di scala distrettuale o interdistrettuali (ad esempio, l'ADI, le UCA). In alcuni casi la COT A può assolvere a specifiche funzioni anche nella dimensione sovra- aziendale o addirittura regionale, laddove è molto elevata la specificità della interconnessione fra la domanda ed il sistema dell'offerta, assolvendo alla funzione di esercizio della committenza su funzioni di alta specializzazione;
- la COT D è incardinata nei distretti sociosanitari e può operare all'interno delle CdC ed in ogni caso è con esse integrata. Essa si focalizza: a) sugli interventi all'interno della rete dei servizi distrettuali portando a compimento le funzioni segnalate e concordate con la COT A nella gestione delle dimissioni difficili, attivando servizi ed equipe presenti nel territorio di riferimento. In questa direzione la COT D porta a compimento il flusso step down organizzando i servizi presenti nella filiera distrettuale; b) sulla gestione della rete di prossimità soprattutto per la casistica cronica, organizzando gli accessi in regime ambulatoriale, alle cure intermedie e domiciliari attraverso piattaforme informatiche; in questa direzione la COT D sviluppa i flussi step up sia in situazioni di occasionalità del bisogno che di frequenza di accesso come nel caso del paziente cronico.

La COT, dunque, quale strumento aziendale, è una funzione interna alla rete dei servizi aziendali e interaziendali, non direttamente contattabile dai pazienti. La relazione con il paziente è prioritariamente gestita dai professionisti (MMG, specialisti, infermieri, ecc.) o dalle strutture dedicate (ad esempio il PUA, NEA 116117). Gli operatori della COT (indicati nel DM 77/2022) possono contattare il paziente e la sua famiglia solo in casi specifici, quali ad esempio l'approfondimento del quadro informativo sul contesto familiare e sociale se indispensabili per la gestione della transizione.

7 - LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

7.1 - Logica e coerenza temporale: i programmi in atto ed evoluzione delle politiche di investimento

L'offerta sanitaria del Lazio è caratterizzata da un elevato livello di eccellenza e si pone all'avanguardia a



livello nazionale, e non solo, in molteplici specializzazioni, particolarmente nei campi dell'emergenza – urgenza.

Il raggiungimento di questi risultati è stato possibile grazie ad un continuo e mirato aggiornamento ed ammodernamento delle strutture sanitarie all'interno delle quali sono erogate le prestazioni sanitarie e delle attrezzature e delle dotazioni tecnologiche che supportano la competenza ed il lavoro delle risorse umane, mediche e delle professioni sanitarie, nella definizione della diagnosi e nella complessiva "presa in carico" del paziente.

In termini di risorse attivate e di scelte programmatiche, il "Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico" avviato ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88 è da sempre il riferimento principale. La Regione Lazio ha sviluppato ed attivato la I, la II e la III Fase di detto programma.

Le altre attribuzioni finanziarie, sia statali che regionali, sono attivate di volta in volta per perseguire obiettivi mirati o emergenze sanitarie attraverso l'assegnazione di fondi, anche considerevoli, che consentono di provvedere all'ammmodernamento o alla vera e propria messa in opera di servizi specifici per la popolazione (Delibera CIPE n. 51/2019).

Quale che sia l'origine, i fondi necessari per dare attuazione all'intero documento programmatico, nel loro insieme, si articolano nella copertura di tre grandi tipologie di interventi:

- la ristrutturazione/manutenzione straordinaria per vetustà/obsolescenza o inadeguatezza dei presidi sanitari esistenti, allo scopo di migliorarne le prestazioni o mantenerne inalterati i livelli di efficienza e consentire l'adeguamento a norma delle strutture. Interventi che rappresentano l'ossatura portante dei finanziamenti statali;
- la realizzazione di nuovi luoghi dell'offerta sanitaria sia per il territorio che per le emergenze, la cui copertura finanziaria è garantita in parte dai fondi statali e in parte da fondi regionali;
- l'acquisto mirato di attrezzature allo scopo di ammodernare e potenziare i mezzi tecnologici in dotazione e di fornire prestazioni innovative, che trova copertura in normative statali volte a perseguire obiettivi di efficienza specifici e, in misura maggiore, ai sensi di normative regionali che nel corso degli ultimi anni hanno provveduto a sviluppare uno specifico piano di ammodernamento;
- la realizzazione di nuovi spazi sanitari con nuovi edifici o ampliamenti di quelli esistenti.
- la realizzazione di nuovi interi ospedali.

7.2 - Strategie di sviluppo di nuovi programmi di investimento

Le linee di intervento che si intendono promuovere con il prosieguo della programmazione degli investimenti in coerenza con il Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, sono di seguito sintetizzati:

1. Completare l'ammissione a finanziamento degli interventi dell'Accordo di Programma 2017 Stralcio 1.A (€ 264.441.089,72), 82 schede.
2. Completare l'ammissione a finanziamento degli interventi di cui alla delibera CIPE n. 16/2013 (€ 8.924.531,06), 20 schede.
3. Avviare l'assegnazione di finanziamento alle Aziende sanitarie per gli investimenti ex art. 20 L. 67/88 relativi allo Stralcio 1.B.1, tenuto conto della recente sottoscrizione dell'Accordo di Programma con il Ministero della Salute (€ 86.096.772,43), 17 schede.



4. Attivare la programmazione delle risorse messe a disposizione dalle Delibere CIPE n. 97/2008, n. 98/2008, n. 51/2019 e dalle Leggi di Bilancio statali n. 178/2020 e n. 234/2021.
5. Innovare la rete ospedaliera mediante la realizzazione di nuovi ospedali in sostituzione di alcuni esistenti e la riconversione ad altre funzioni di parte del patrimonio ospedaliero non più disponibile all'adeguamento.
6. Completare le procedure per l'attivazione dei nuovi investimenti previsti nella Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 e nella Legge n. 160 del 27 dicembre 2019 per i fondi ad investimento finalizzati alla manutenzione straordinaria e all'ammmodernamento tecnologico dei presidi delle Aziende Sanitarie.
7. Completare l'utilizzo di fondi statali assegnati (es. art. 71 L 448/98).
8. Proseguire nella realizzazione degli interventi finanziati dal PNRR/PNC, nel rispetto dei *target* e delle *milestone* previsti.
9. Avviare la realizzazione degli interventi previsti nell'ambito del Giubileo 2025.

7.3 - Fondi statali

Si riporta di seguito la sintesi dei filoni principali di finanziamento attivati o da attivare:

Tabella 17 - Fondi statali

Finanziamenti in conto capitale	a carico dello Stato	a carico della Regione Lazio	a carico di altri Enti	Totale	Note
Finanziamento ex art. 20 L 67/88 III fase (Stralcio Giubileo 2015) – DCA U00346/2015	33.512.338,00 €	1.763.807,26 €	- €	35.276.145,26 €	A.d.P. sottoscritto
Finanziamento ex art. 20 L 67/88 III fase (Stralcio 1.A) – D.G.R. 861/2017: 82 Schede	251.219.035,23 €	13.222.054,49 €	- €	264.441.089,72 €	A.d.P. sottoscritto
Adeguamento alla normativa antincendio Delibera CIPE n. 16/2013 – D.G.R. 180/2018 – 20 Schede	8.478.304,51 €	446.226,55 €	- €	8.924.531,06 €	Approvato dal Ministero della Salute e dal MEF
Finanziamento ex Art. 20 L 67/88 III Fase (Stralcio 1.B.1) – D.G.R. 122/2023 – 17 Schede	81.791.933,81 €	4.174.838,62 €	130.000,00 €	86.096.772,43 €	A.d.P. sottoscritto
Finanziamento ex Art. 20 L 67/88 (Giubileo 2025) – D.G.R. 622/2023 – 34 Schede	155.000.000,00 €	- €	- €	155.000.000,00 €	In attesa DPCM
Finanziamento ex Art. 20 L 67/88 (Piano di adeguamento antincendio) – D.G.R. 378/2023 – 70 Schede	357.008.881,15 €	18.789.941,11 €	- €	375.798.822,26 €	Oggetto del presente documento
Finanziamento ex Art. 20 L 67/88 - Delibera CIPE n. 51/2019 – D.G.R. 378/2023	111.756.401,88 €	5.881.915,89 €	- €	117.638.317,77 €	A.d.P. da attivare
Finanziamento ex Art. 20 L 67/88 - Importi residui di cui all'art. 1 c. 442 e 443 L. n. 178 del 30/12/2020 - (Legge di bilancio 2021) al netto delle quote assegnate dall'art. 1 c. 264 e 265 della L. n. 234/2021 per le sole Regioni (riparto PANFLU € 90.752.236,00) - D.G.R. 378/2023	303.191.866,00 €	15.957.466,63 €	- €	319.149.332,63 €	A.d.P. da attivare
Finanziamento ex Art. 20 L 67/88 - Legge n. 234/2021, Art. 1, c. 263 – D.M. 20 luglio 2022 - D.G.R. 378/2023	185.587.800,26 €	9.767.778,96 €	- €	195.355.579,22 €	A.d.P. da attivare
Art. 71 L. 448/98 – Policlinico Umberto 1	103.495.798,78 €	88.750.733,71 €	602.760,44 €	192.849.292,93 €	Progettazione degli interventi da parte dell'Azienda



Art. 71 L. 448/98 – Ospedale Sant'Andrea	104.995.687,58 €	- €	- €	104.995.687,58 €	Esecuzione dei lavori in corso
REMS - D.G.R. 404/2015 - ASL FR (Ceccano), ASL RM5 (Ospedale Angelucci di Subiaco) e ASL Rieti	16.820.110,07 €	5.211.120,23 €	- €	22.031.230,30 €	In corso di attuazione, monitoraggio interventi
Legge 232/2016 art. 1, c. 140 – 4 Schede	173.166.814,00 €	- €	- €	173.166.814,00 €	DM 25 gennaio 2018 - Convenzione ratificata con D.G.R. 725/2019 - Richiesta rimodulazione
Legge 232/2016 art. 1, c. 602-603 - Fondi INAIL	286.776.348,00 €	- €	- €	286.776.348,00 €	DPCM 14 settembre 2022 - Richiesta rimodulazione
Legge di Bilancio n. 145/2018 art. 1 c. 95 - Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese	39.080.907,56 €	- €	- €	39.080.907,56 €	Ratificato Accordo tra Regione Lazio e Ministero della Salute
Legge di Bilancio 160/2019 art. 1 c. 14 - Richiesta di utilizzo del Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministr. centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese.	58.866.162,43 €	- €	- €	58.866.162,43 €	In attesa DPCM
TOTALE FINANZIAMENTI	2.270.748.389,26 €	163.965.883,44 €	732.760,44 €	2.435.447.033,14 €	

8 - PROGRAMMI DI INVESTIMENTO A VALERE SULL'ART. 20 DELLA L. 67/88

La Regione Lazio intende completare la programmazione dell'intero stanziamento assegnato con Delibere CIPE n. 98/2008, n. 97/2008, n. 51/2019 e leggi di bilancio n. 178/2020 e n. 234/2021 confluite nella programmazione aggiornata con D.G.R. 378/2023 "Piano degli Investimenti in Edilizia Sanitaria ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67. Approvazione del piano degli interventi aggiornato" e con D.G.R. 622/2023 "Decreto-legge 22 giugno 2023, n. 75 recante "Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa Cattolica per l'anno 2025", convertito con modificazioni dalla legge 10 agosto 2023, n. 112 – Approvazione del Piano degli interventi".

Con il presente Documento Programmatico viene programmato l'intervento necessario al completamento del Centro di Protonterapia degli IFO.

8.1 - Centro di Protonterapia degli IFO

La protonterapia costituisce, da un punto di vista clinico, un trattamento radiante di precisione effettuato con particelle pesanti (protoni) e rivolto a pazienti affetti da patologie tumorali.

L'erogazione della terapia richiede un'apparecchiatura di produzione delle particelle (ciclotrone o acceleratore lineare), un sistema di trasporto del fascio dedicato ed un sistema di rilascio sul paziente (gantry) tecnologicamente avanzato. Inoltre, la protonterapia consente di effettuare trattamenti più efficaci e meno tossici sui tumori complessi che allo stato attuale non si possono trattare con le tecnologie convenzionali.

8.1.1 - Dati epidemiologici e valutazione casi trattabili

Il numero di pazienti potenziali secondo una stima della Commissione del Ministero della Salute sarebbe di 1000 pazienti all'anno per la CATEGORIA A e 12.000 pazienti/anno per la CATEGORIA B (giòva ricordare che il numero di pazienti sottoposti a RT convenzionale all'anno in Italia è di c.ca 120.000 pz/anno).



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

E' stata stimata una durata di 1 ora per i casi pediatrici con anestesia, 30 minuti per casi testa e collo e pelvici, 24 minuti per tumori della prostata. Per semplificare, si farà riferimento a solo due tipologie di trattamenti, complessi (durata 1 ora) e semplici (durata 30 minuti).

Come si evince dalla tabella seguente, il numero di casi erogabili al giorno dipende dal "case mix".

	Complessi (60 minuti)	Semplici (30 minuti)	# frazioni in 1 aa	# pz in 1 aa (100% prot)
	0	22	5500	196
	1	20	5250	188
	2	18	5000	179
	3	16	4750	170
	4	14	4500	161
	5	12	4250	152
# pz	6	10	4000	143
	7	8	3750	134
	8	6	3500	125
	9	4	3250	116
	10	2	3000	107
	11	0	2750	98

In realtà è improbabile ipotizzare un numero di casi complessi al giorno superiore ai 2 per sala di trattamento. Quindi, si farà riferimento solo alle prime tre situazioni, cioè quelle di casi complessi tra 0 e 2 per sala di trattamento. Mentre i casi pediatrici sono quasi sempre esclusivamente erogati con protoni, quelli "semplici" lo possono essere solo in una parte. Il numero di pazienti trattabili con protoni varia in funzione della tipologia dei casi come si evince nella tabella che segue.

Durata	Complessi/giorno (60 minuti)	Semplici/giorno (30 minuti)	% pz che ricevono protonterapia				
			100%	75%	50%	25%	10%
	0	22	196	262	393	786	1964
# pz	1	20	188	247	366	723	1795
	2	18	179	232	339	661	1625

Pertanto, un centro ideale deve potere disporre (in modo spazialmente integrato) sia di protoni sia di fotoni. In tal senso la proposta IFO effettua terapie con fotoni di eccellenza (per numero e tipologia di tecnica utilizzata) in grado di essere complementari con l'offerta della protonterapia, rappresentando un punto di forza per la Regione Lazio.

8.1.2 - Perché realizzare il centro di protonterapia presso gli IFO

La collocazione geografica ideale di un centro di protonterapia per i pazienti del Centro-Sud Italia è rappresentata dalla Regione Lazio. Di seguito si trovano stime di fabbisogno sia di radioterapia convenzionale sia di protonterapia limitatamente alla Regione Lazio. La popolazione residente nel Lazio è di 5.879.276 abitanti, e a Roma di 2.873.842 abitanti. Ogni anno vengono diagnosticati nel Lazio circa 34.000 nuovi casi di tumore. Attualmente, il 50% dei



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

pazienti affetti da tumore solido effettua la radioterapia nel corso del proprio iter terapeutico. Nel Lazio, circa 17.000 pazienti effettuano radioterapia con macchine convenzionali ogni anno. Come riferimento si usa un valore del 2.4 per 1000 residenti, ovvero dello 0.24%. Con questo valore, il numero di nuovi casi attesi per radioterapia convenzionale sono circa 13.500 nel Lazio e 6.300 a Roma. Se si ammette che almeno il 10% dei pazienti trattati con terapia convenzionale beneficiano del trattamento con protoni, soltanto nel Lazio è previsto un numero di pazienti/anno di circa 1500, di cui la metà circa da Roma. Per arrivare a una stima di 2500 pazienti/anno trattabili per centro, basterebbe aggiungere le popolazioni di Molise (314.000 abitanti), Abruzzo (1.326.000 abitanti), Umbria (895.000 abitanti) e Marche (1.551.000 abitanti). In altre parole, un centro di protonterapia nel Lazio raggiungerebbe i 2500 pazienti anno coprendo anche alcune delle regioni limitrofe (Umbria, Abruzzo, Molise e Marche), alle quali aggiungere anche l'assistenza a pazienti del Centro-Sud già fornita dagli IFO.

Gli IFO rappresentano il perfetto candidato in quanto:

- Rappresentano un HUB oncologico della Regione Lazio, che persegue sia obiettivi assistenziali che di ricerca traslazionale;
- È l'unico IRCCS del Lazio dedicato alla cura delle malattie neoplastiche in grado di offrire le più moderne terapie ai pazienti del Lazio e del centro-Sud Italia;
- Possiede già il know how necessario alla gestione della Protonterapia in quanto gli IFO sono impegnati da diversi anni nello sviluppo di un prototipo di acceleratore lineare per protonterapia;
- Ha acquisito delle aree funzionali alla realizzazione del Centro di Protonterapia sia clinico che sperimentale. Tali aree sono adiacenti e perfettamente integrate con l'edificio principale e la tecnologia ivi presente;
- E' dotato dell'expertise medica, ingegneristica e fisica necessaria all'implementazione di un centro di protonterapia;
- La U.O.C. di Radioterapia ha dimostrato, negli anni, di sapere sfruttare adeguatamente le attrezzature installate. Attualmente vengono programmati 96 trattamenti al giorno di radioterapia convenzionale a fasci esterni che utilizzano le più alte tecniche radioterapiche con acceleratori classici. È ormai, inoltre, consolidato l'utilizzo della metodica radioterapeutica più innovativa sul mercato e relativa alla radiochirurgia con sistema Cyberknife che, con precisione sub-millimetrica permette trattamenti di precisione per ulteriori 10-15 pazienti al giorno. Un eventuale centro di protonterapia permetterebbe di adeguare le prestazioni erogabili dalla U.O.C. di Radioterapia al carico di lavoro degli IFO. Infatti, il reparto è sottodimensionato rispetto alle necessità. Se si stima che il 50% dei pazienti affetti da tumore solido necessiti di radioterapia nel corso del proprio iter terapeutico ed ammettendo che agli IFO vengano visti complessivamente non meno di 5000 nuovi pazienti all'anno, il reparto dovrebbe essere dimensionato per potere trattare più di 2500 pz, invece degli attuali 1200 circa. Inoltre, è dimostrato che il fabbisogno non solo qualitativo ma anche quantitativo di macchine di terapia aumenta del 3,5-4% all'anno, e la dotazione quantitativa degli IFO è sostanzialmente ferma da 15 anni.

Gli IFO sono impegnati nella realizzazione di un progetto di sviluppo e di potenziamento della radioterapia degli IFO con la Realizzazione del Centro di Protonterapia. Il progetto si compone di due parti distinte posizionate in punti diversi della struttura ospedaliera, che interessano l'attuale reparto di Radioterapia e parte delle aree assegnate alla Medicina Nucleare ma che non hanno nessun impatto nel reparto e nei percorsi clinico-assistenziali in quanto trattasi di aree nello stato di "rustico" o adibite a servizi amministrativi in parte già ricollocati e comunque facilmente movibili. Il progetto prevede ovviamente anche l'utilizzo dell'area esterna presso i terreni appositamente acquisiti dagli IFO nel 2009, per la realizzazione del Centro di Protonterapia. I due interventi, ancorchè separati fisicamente, sono funzionalmente integrati fra di loro, in quanto afferiscono alla unica UOC di Radioterapia, con utilizzo e gestione degli spazi e delle funzioni in modo unitario ed integrato.



Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

Il Piano degli investimenti in edilizia sanitaria intende svilupparsi per stralci funzionali in coerenza con la programmazione regionale e obblighi normativi vigenti, esposti nei paragrafi precedenti. Nel caso specifico, intende svilupparsi attraverso il completamento dell'intervento 1B.1-16 di € 24.980.000,00 previsto nello stralcio 1B.1 ex art. 20 L. 67/88, per il quale recentemente è stato sottoscritto dal Ministero della Salute e dalla Regione Lazio il relativo Accordo di Programma.

Il sopra richiamato intervento 1B.1-16 prevede la realizzazione delle opere edili ed impiantistiche necessarie per l'installazione del ciclotrone per protonterapia, per accogliere le aree cliniche necessarie alla gestione dei nuovi pazienti (sale d'attesa, ambulatori, studi medici, aree tecniche, ecc..) e, nella versione che sarà oggetto di rimodulazione, l'acquisizione dei sistemi IOS, TPS, dosimetria funzionale ai piani di trattamento, Target per una sala, extraction system e sistema di Intelligenza Artificiale.

Il completamento del Centro di Protonterapia in argomento, di cui al presente Documento Programmatico prevede, invece nello specifico all'acquisto del ciclotrone per protonterapia e dei sistemi di ritenuta strettamente connessi al funzionamento dell'apparecchiatura stessa.

Gli IFO, a seguito di formale richiesta della Regione Lazio, hanno trasmesso lo studio di fattibilità dell'intervento di completamento sopra richiamato per l'importo complessivo di € 23.000.000,00, di cui € 21.850.000,00 a carico dello Stato ed € 1.150.000,00 a carico della Regione Lazio, come da tabella sotto riportata:

Azienda	Titolo	Descrizione	Fonte di finanziamento	Denominazione struttura	Indirizzo	Comune	CUP	Importo di finanziamento	Importo a carico dello Stato (95%)	Importo a carico della Regione Lazio (5%)
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	IFO - Centro di Protonterapia	Acquisizione Tecnologie sanitarie per il completamento del Centro di Protonterapia	art. 20 L. 67/88	Ospedale	via Elio Chianesi, 53	Roma	H87G23000140001	23.000.000,00	21.850.000,00	1.150.000,00

9. – SISTEMI DEI CRITERI E DEGLI INDICATORI

9.1- Analisi S.W.O.T.

Si riporta di seguito il quadro sintetico del contesto e dei punti di forza e di debolezza, individuati nei fattori che possono incidere a vario titolo:

Analisi S.W.O.T.

PUNTI DI FORZA (<i>Strenght</i>)	PUNTI DI DEBOLEZZA (<i>Weakness</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Obbligatorietà, perentorietà e ristretti margini temporali delle disposizioni previste dal Piano di rientro e obiettivi operativi • Significativi margini per il recupero di efficienza • Attivazione e presenza di diversi punti di eccellenza nella rete dell'offerta ospedaliera • Posizione geograficamente centrale della Regione 	<ul style="list-style-type: none"> • Perentorietà e ristretti margini temporali per portare a termine le disposizioni previste dal Piano di rientro e obiettivi operativi • Mobilità passiva • Domanda di assistenza che supera i confini regionali • Livelli di inappropriatazza in alcune tipologie di prestazioni ospedaliere difficili da ricondurre nella norma • Presenza di alcuni indicatori di salute negativi che



	<p>potrebbero acuirsi a seguito del riordino per diminuzione della velocità di risposta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il rapido incremento di popolazione nella provincia per il trasferimento di molti romani nelle aree <i>dell'hinterland</i>, potrebbe subire variazioni non in linea con le proiezioni su cui si sono rimodellate le risposte di sanità. • Distribuzione altamente disomogenea dell'offerta di servizi tra le diverse aree regionali • Disuguaglianze interprovinciali nella distribuzione dei servizi • Carenza e disuniformità delle risorse umane in relazione all'assetto organizzativo esistente • Elevati livelli di costo a fronte di una efficacia organizzativa non ottimale • Scarsa pubblicizzazione dell'offerta di assistenza • Progressivo aumento della popolazione anziana • Inappropriatezza dei ricoveri, in particolare nel <i>day hospital</i>, ritardo nella diffusione della <i>day surgery</i> difficile da arginare • Difficoltà della popolazione ad abituarsi a forme alternative di Ospedale rispetto al tradizionale Presidio
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITA' ESTERNE (<i>Opportunities</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo Patto sulla Salute che prevede finanziamenti premiali per le Regioni in difficoltà che ottemperino alle misure di contenimento della spesa • Riorganizzazione delle reti secondo logiche integrate di <i>governance</i> di sistema • Sviluppo di nuove tecnologie di informazione di attrezzature ospedaliere di ultima generazione • Sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati, ma stemperata da una visione differenziata dalla mera valutazione finanziaria 	<p style="text-align: center;">RISCHI ESTERNI (<i>Threats</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bassi investimenti nella ricerca e nell'innovazione • Frammentazione, localismo e conflittualità, quali ostacoli che possono condizionare negativamente le possibili sinergie tra sottosistemi territoriali • Reazioni delle categorie portatrici di interessi e delle popolazioni interessate agli interventi di razionalizzazione del sistema sanitario regionale • Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo) • Sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati, se non stemperata da una visione più completa e complessa della mera valutazione finanziaria • Sviluppo di nuove tecnologie e spinta all'introduzione di attrezzature ospedaliere di ultima generazione forzata da fattori esterni che non garantiscono un pari aumento di livello di prestazioni



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

	<p>in relazione al costo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesa farmaceutica in aumento • Immigrazione: nuove problematiche legate alle diversità socio culturali e al riemergere di patologie che si ritenevano debellate • Malattie tropicali, rischi di nuove epidemie
--	--

9.2 - Indicatori

Ciascun atto regionale esplicita gli indicatori di risultato delle azioni intraprese, definendo criteri e modalità di misura degli effetti sull'offerta.

Oltre agli indicatori specifici per il monitoraggio degli effetti della programmazione su ciascuna rete, ai cui relativi decreti si rimanda, è opportuno definire un insieme di indicatori di efficienza ed efficacia per il monitoraggio distinto e mirato degli interventi inseriti nel programma ex art. 20 L. 67/88, i cui effetti tuttavia, è bene sottolineare, concorrono, anzi sono finalizzati, al perseguimento degli obiettivi messi a punto dalla Regione nell'ambito dei piani operativi nel suo complesso.

9.3 - Criteri relativi agli obiettivi

9.3.1 - Criteri ed indicatori di risultato

Messa a norma dei Presidi:

- aumento dell'efficienza e l'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie;
- riduzione delle liste di attesa;
- risposta adeguata e al passo con i progressi scientifici rapportata alle effettive esigenze di salute;
- garanzia di sicurezza del paziente;
- garanzia di standard edilizi, impiantistici e tecnologici necessari per l'accreditamento delle strutture;
- verifica di attuazione del piano triennale;
- piani consolidati annuali preventivi e consuntivi del SSR;
- rapporto annuale sul Servizio sanitario regionale
- determinazione dell'appropriatezza e qualità delle cure
- Implementazione dei sistemi di monitoraggio per le reti e di valutazione esiti

9.3.2 - Indicatori di contesto

Gli indicatori di misura per il controllo degli effetti progettuali degli interventi saranno:

Area assistenza ospedaliera

Dotazione posti letto x 1000 abitanti

Indice di fuga totale %

Complessità della casistica erogata e in mobilità



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

N. accessi in Pronto soccorso

Saranno inoltre calcolati i seguenti indicatori di realizzazione fisica.

9.3.3 - Indicatori di tempo

Scostamento % dal tempo di realizzazione previsto

$$\frac{\text{Tempo di realizzazione effettivo} * \text{Tempo di realizzazione previsto}}{\text{Tempo di realizzazione complessivo previsto}} * 100$$

9.3.4 - Indicatori di costo

Scostamento % dal costo di realizzazione previsto

$$\frac{\text{Costo totale di realizzazione effettivo} * \text{Costo totale di realizzazione previsto}}{\text{Costo totale di realizzazione previsto}} * 100$$

9.3.5 - Gli indicatori di efficacia ed efficienza

Gli indicatori di efficacia ed efficienza, quali derivati degli indicatori di contesto e di programma, hanno intrinsecamente un'alea dovuta sostanzialmente alla complessità della pianificazione e programmazione sanitaria rispetto le quali interferiscono anche fattori politici, economici e sociali.

9.3.5.1 - Indicatori di efficacia

Gli indicatori di efficacia misurano il conseguimento degli obiettivi del Programma, ovvero il rapporto tra gli effetti ottenuti e quelli attesi.

Allo scopo gli indicatori presi a riferimento sono:

- *indicatore di attivazione*: misura l'efficacia del processo realizzativo degli interventi rispetto quanto stabilito in sede di programmazione.

Questo indicatore può essere espresso sinteticamente nel seguente modo :

$$I \text{ attivazione} = \frac{n. \text{ interventi attivati entro la data programmata}}{n \text{ interventi totali}} > 70\%$$



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

9.3.5.2 - Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza che si intendono adottare per questo Programma stimano gli effetti ottenuti rispetto alle risorse finanziarie mobilitate e l'evoluzione organizzativa del modello di erogazione di prestazioni sanitarie rese possibili dal raggiungimento dell'obiettivo specifico di adeguamento ed implementazione della rete ospedaliera.

In particolare, gli indicatori di efficienza sono finalizzati a rappresentare i costi di realizzazione degli interventi e gli *outcome* di tipo sanitario.

9.4 – Strumenti e mezzi di monitoraggio

Il monitoraggio e il controllo dello stato di attuazione degli interventi previsti nell'ambito dell'Accordo di Programma per il completamento del Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 L. 67/88 sono a cura dell'Area Patrimonio e Tecnologie della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria, secondo quanto previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19/12/2002. E' cura della Regione Lazio collezionare e aggiornare i dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e farli pervenire al Ministero della Salute.

In sintesi, gli strumenti attualmente in essere sono:

- Monitoraggio direzionale mensile: strumento non definito dal legislatore, ma divenuto prassi, che offre ai dirigenti del SSR ai vari livelli (strategico, tecnico e operativo) uno strumento tempestivo di valutazione delle dinamiche – assistenziali ed economiche– della programmazione annuale;
- Rendiconti trimestrali: momento formale di controllo delle attività delle Aziende rispetto alle previsioni di programma annuale e di bilancio preventivo dal punto di vista economico, finanziario e gestionale e per proporre gli interventi correttivi.

Tutte le variazioni e le eventuali criticità riscontrate dalle Aziende in relazione all'attuazione degli investimenti vengono, inoltre, condivise con le Aziende al fine di verificare i risultati rispetto ai programmi pluriennali e annuali regionali e aziendali e predisporre gli eventuali interventi correttivi per il riallineamento degli obiettivi di politica sanitaria e delle azioni intraprese: oltre ai rendiconti trimestrali lo strumento ufficiale deputato a tale finalità è il controllo annuale.

Attraverso questi strumenti vengono costantemente monitorati i dati significativi di tutte le fasi di attuazione degli interventi.

9.4.1 - Monitoraggio finanziario

Il Monitoraggio finanziario viene effettuato con i dati relativi al piano finanziario dei singoli interventi, attraverso la verifica dello stato di attuazione della spesa, in rapporto al quadro economico iniziale, alle eventuali variazioni in corso di realizzazione, alla copertura finanziaria, all'andamento dei singoli interventi in relazione al cronogramma di progetto/contratto.



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

9.4.2- Monitoraggio tecnico

Il Monitoraggio tecnico viene effettuato mediante la verifica dei dati relativi al livello di realizzazione dei singoli interventi:

- fase realizzativa (livello di progettazione/procedura di affidamento in corso/cantiere in corso/in fase di collaudo/intervento concluso);
- date presunte o effettive di inizio e fine della fornitura e relativa installazione;
- attivazione della struttura.

9.4.3 - Monitoraggio procedurale

Il monitoraggio procedurale è relativo all'efficienza delle procedure di attuazione dei singoli interventi, viene effettuato dalle strutture centrali incaricate della programmazione e controllo degli investimenti regionali e dei rapporti con il Ministero.

Tutte queste fasi di monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo e dei relativi interventi vengono effettuate dalle strutture centrali incaricate della programmazione e controllo degli investimenti regionali e dei rapporti con il Ministero, sulla base dei dati raccolti e trasmessi dalle Aziende titolari degli interventi attraverso sistemi di monitoraggio già in uso presso la Regione per gli investimenti finanziati con fondi regionali, oltre al sopra citato modulo C.

Oltre agli strumenti normalmente utilizzati per la gestione dei programmi regionali di investimento, nel caso degli interventi inseriti nel presente Accordo verranno seguite e utilizzate le procedure previste dall'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso l'Accordo di programma.

9.5- Impatti del programma

9.5.1 - Accettabilità sociale del programma

Spesso le riorganizzazioni, in quanto modifica di un assetto ormai consolidato e ritenuto familiare, vengono interpretate come peggioramento o come taglio indiscriminato o riduzione di servizio: molte volte la non conoscenza porta a timori e apprensioni non supportati da reali motivazioni.

La chiusura di alcuni reparti specialmente negli ospedali di Provincia viene immediatamente interpretata dalla popolazione locale come un declassamento del territorio di appartenenza ed una svalorizzazione delle persone che vi risiedono, nel timore di non potere più avere l'assistenza necessaria in casi di estrema urgenza come *ictus* od infarto. La scelta di chiudere alcuni Pronto Soccorso, mantenendo in molti casi un punto di primo soccorso in grado di stabilizzare il paziente critico per il trasferimento d'urgenza, è stata ponderata sulla base delle mutue distanze relative tra i nodi della rete avendo cura di considerare le situazioni orografiche e trasportistiche più critiche con una continuativa osservazione del territorio.

In alcuni casi l'assetto è ancora in divenire ed il fine di questo processo progressivo di messa a punto è quello di valutare l'impatto delle prime riconversioni, quelle su ambiti meno critici, e definire - eventualmente - una nuova calibrazione delle politiche di riordino, nel caso si rilevassero aspetti non previsti o non adeguatamente



considerati, con particolare riferimento a quegli ambiti che presentano specifiche criticità nei suindicati termini orografici e trasportistici.

Per risolvere tali criticità è, in ogni caso, necessario sia proseguire nell'intento di rendere pubblico, conosciuto e trasparente il percorso intrapreso dalla Regione Lazio e dalle Aziende, le sue motivazioni, le cause e gli effetti, sia continuare con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, degli operatori, dei cittadini e dei loro rappresentanti, per consentire a ciascuno, con senso di responsabilità, di svolgere la propria parte.

In relazione alla partecipazione delle comunità locali, è indispensabile sottolineare in questa sede le permanenti difficoltà nell'avvicinare Sanità ed Enti locali affinché le decisioni programmatiche avvengano in forma integrata, al medesimo livello in cui dovrebbe compiersi la valutazione dei bisogni, e cioè in ambito sociale esteso. Ciò rende necessario lo sviluppo di strette relazioni a livello locale e della rete dei servizi di base.

10 - IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Si riporta l'elenco indicativo e non esaustivo delle principali norme e riferimenti; per quanto riguarda gli atti regionali vengono riportati i principali provvedimenti emanati.

LEGGE	Art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e s.m.i.
LEGGE	Legge 7 agosto 1990, n. 241 e succ. mod. ed integrazioni
LEGGE	D.L. 32 del 18 aprile 2019, convertito con L. n. 55 del 14 giugno 2019 "Disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici"
DECRETO LEGISLATIVO	D. Lgs 50/2016 - Codice dei Contratti e ss. mm.
DECRETO LEGISLATIVO	Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289
DELIBERA	Delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53 pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;
DELIBERA	Delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio" pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale 169 del 22 luglio 1998
DELIBERA	Delibera CIPE 2 agosto 2002, N. 65 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, N. 388), pubblicata su G.U. n. 243 del 16/10/2002 che ha ripartito alle Regioni la somma di € 1.101.886.615,00.
DELIBERA	Delibera CIPE 20 dicembre 2004, n. 65 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e art. 83, comma 3 della legge 23 dicembre 2000, n. 388), pubblicata su G.U. n. 115 del 19/05/2005



DELIBERA	Delibera CIPE 2 agosto 2002. N. 65 (Prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000. N. 388), pubblicata su G.U. n. 243 del 16/10/2002 che ha ripartito alle Regioni la somma di € 1.101.886.615,00.
DELIBERA	Delibera CIPE 24 luglio 2019 N. 51 - Riparto delle risorse per complessivi 4695 milioni di euro a valere sulla disponibilità dell'art. 1 comma 555 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e sulle risorse residue di cui all'art. 2 comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 per la prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico di cui all'art. 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67.
	Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002,
	Circolare del Ministero della salute prot. N. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8/2/2006 avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art 1 commi 285, 310, 311 e 312, legge 23/12/2005, n. 266
	Delibera Consiglio dei ministri per "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, 311
	L. 9 del 26/01/2016 – Interventi urgenti per il Territorio – Art. 6 – Giubileo Straordinario della Misericordia
DECRETO	DM 19.03.2015 – Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002.
LEGGE	Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari L. 189/2012
DELIBERA	Delibera CIPE 16/2013 – Fondi per prevenzione Incendi
AdP 2017	Accordo di programma Ministero della Salute -Regione Lazio: art. 20 L. 67/88 Stralcio 1.A - DGR 861/2017
DCA U00287/2014	DCA n. U00287 del 16/09/2014 "Recepimento dell'Accordo 2013 n. 4/CU approvata dalla Conferenza Unificata in data 24/01/2013 relativo al "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale"
DCA U00310/2014	DCA n. U00310 del 03/10/2014 "Recepimento dell'Accordo n. 116/CU del 17/10/2013 approvato in Conferenza Unificata. Le strutture residenziali psichiatriche"



DCA U00038/2015	DCA n. U00038 del 18/11/2015 "Recepimento dell'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato - Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" ed adozione del documento tecnico inerente "Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella nel Lazio" ai sensi del DCA n. U00247/2014"
DCA U00419/2015	DCA n. U00419 del 04/09/2015 Adozione del documento tecnico inerente "Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio"
DCA U00551/2015	DCA n. U00551 del 18/11/2015 "Recepimento dell'Atto di Intesa, Rep. N. 144/CSR del 30 ottobre 2014, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016"
DCA U00143/2016	DCA n. U00143 del 05/05/2016 "Rettifica DCA U00039 del 12-02-2016 "Programma investimenti ex art. 20 L. n. 6711988 - Adeguamento alla normativa antincendio. Risorse assegnate con Delibera CIPE n. 16 dell'8 marzo 2013: € 8.924.531,06 di cui € 8.478.304,51 a carico dello Stato ed € 446.226,55 a carico della Regione. Approvazione programma di adeguamento alla normativa antincendio dei presidi sanitari della Regione Lazio: importo complessivo € 333.170.839,74 Stanziamento dell'importo pari a € 446.226,55"
DCA U00030/2017	DCA n. U00030 del 20/01/2017 " Adozione del documento tecnico inerente "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio"
DCA U00094/2017	DCA n. U00094 del 17/03/2017 "Recepimento dell'Accordo n. 137/CU tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"
DCA U00189/2017	DCA n. U00189 del 31/05/2017 "Programma Operativo 2016-2018 (DCA n. U00052/2017). Approvazione documento di indirizzo per la prevenzione secondaria del tumore al seno, gestione delle donne ad alto rischio e follow up delle donne post-trattamento"
DCA U00314/2016	Rettifica del DCA U00190 del 26/05/2016 avente ad oggetto: Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex Art. 20, Legge 11 Marzo 1988, N. 67 - Strutture Sanitarie - Approvazione del Programma Regionale di Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase - Importo complessivo pari a € 264.441.089,72, di cui € 251.219.035,23 a carico dello Stato e € 13.222.054,49 a carico della Regione Lazio. Stanziamento dell'importo pari a € 13.222.054,49 a valere Capitolo H22103 - di cui € 3.305.513,62 nell'esercizio finanziario 2016 - € 4.958.270,44 nell'esercizio finanziario 2017 ed € 4.958.270,44 nell'esercizio finanziario 2018 Annullamento del DCA U00038 del 12/02/2016


**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

DCA U00238/2017	Modifiche al Decreto del Commissario ad acta 2 luglio 2014, n. 219 come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta 8 settembre 2016, n. 274 concernenti la "Riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi pubblici" in attuazione del Programma Operativo Regionale 2016-2018 approvato con il Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. 52.
DCA U00257/2017	Decreto del Commissario ad Acta n. U00257 del 5 luglio 2017 concernente "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del documento tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel D.M. 70/2015""
DCA U00332/2017	Decreto del Commissario ad Acta n. U00115 del 21 aprile 2017 concernente "Attuazione del Programma Operativo Regionale 2016-2018. Revoca del DCA n. 270 del 26 giugno 2015 concernente l'approvazione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio". Approvazione delle nuove direttive e dell'Allegato "Modalità organizzative della medicina di laboratorio nel settore privato accreditato". Proroga del termine per la presentazione delle proposte di aggregazione e riapertura del termine per la presentazione delle dichiarazioni dei laboratori di analisi che intendono rimanere autonomi.
DCA U00358/2017	Adozione del documento tecnico inerente la rete oncologica per "La gestione del tumore della prostata nel Lazio", a cura del Gruppo di Lavoro Regionale di supporto alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per le attività previste nel Programma Operativo sulle Reti Oncologiche, ai sensi del DCA n. U00052/2017.
DCA U00314/2018	Recepimento Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti".
DCA U00413/2017	Recepimento DPCM 12.1.2017:Allegato 7-Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo, Allegato 8bis-Elenco malattie e condizioni croniche invalidanti, Allegato10A-Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale, Allegato10B-Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo, Allegato10C- Condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo. Disposizioni transitorie.
DCA U00551/2017	Recepimento Accordo Stato Regioni concernente: "Schema tipo di convenzione tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, prive di servizio trasfusionale, per la fornitura di sangue e suoi prodotti e di prestazioni di medicina trasfusionale" – Repertorio Atti n.85/CSR del 25 maggio 2017



DCA U00031/2018	Recepimento Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n.251/CSR del 21 dicembre 2017 concernente: "Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del sangue". e successive integrazioni
DCA U00116/2018	Approvazione del documento tecnico denominato "Linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi di Anatomia Patologica della Regione Lazio" in attuazione del Programma Operativo 2016-2018.
DCA U00416/2018	Attivazione Ospedale dei Castelli e disattivazione Polo Ospedali riuniti Albano-Genzano.
DCA U00469/2018	Rettifica del DCA U00292 del 13/07/2018 di oggetto: "Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex Art. 20, Legge 11 Marzo 1988, N. 67 - Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase – Stralcio I.B.1 - Importo complessivo pari a € 109.096.772,43, di cui € 103.641.933,81 a carico dello Stato, € 4.174.838,62 a carico della Regione Lazio ed € 1.280.000,00 a carico degli Enti beneficiari – Costituzione di appositi capitoli all'interno del bilancio regionale per lo stanziamento dell'importo"
DCA U00074/2019	Modifiche ed integrazioni al DCA U00471 del 6 dicembre 2018 relativo a "Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio. Prestazioni di Medicina nucleare e di Tomoscintigrafia PET".
DCA U00182/2019	Recepimento Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Tutela della fertilità nei pazienti oncologici per la definizione di un percorso diagnostico assistenziale (PDTA) per pazienti oncologici che desiderano preservare la fertilità" approvato in Conferenza Stato Regioni in data 21 febbraio 2019 Rep. Atti n. 27/CSR. Individuazione dei centri per la presa in carico integrata del paziente e per l'esecuzione del PDTA.
DCA U00188/2019	Recepimento Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.225/CSR del 13 dicembre 2018 sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per la cessione del sangue e dei suoi prodotti per uso di laboratorio e per la produzione di dispositivi medico – diagnostici in vitro".
DCA U00226/2018	Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale. Testo Unico.
DCA U00111/2019	Recepimento del "Programma Nazionale Trapianto di Microbiota Fecale: aspetti regolatori, clinici e organizzativi".
DCA U00118/ 2019	Recepimento "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi".
DCA U00120/2019	Nuove disposizioni in materia di Medicina Nucleare e relativi macchinari. Modifiche ed integrazioni al DCA 73 del 15/03/2018, al DCA U00471 del 6/02/2018, al DCA U00074 del 27/02/2019, al DCA 313 del 4 luglio 2013 ed al



	DCA n. U00109 dell'11 aprile 2016 e ss.mm.ii. Aggiornamento "Allegato A" del Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale e del Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili a seguito della revisione della stima del fabbisogno.
DCA U00123/2019	Recepimento Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche». (Rep. Atti n. 176/CSR).
DCA U00152/2019	Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021".
DCA U00238/2019	Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR) – Repertorio Atti n.158/CSR del 21 settembre 2017.
DCA U00295/2019	Aggiornamento "Allegato A" del DCA 313/2013 concernente "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012". Estensione dell'erogabilità di alcune prestazioni.
DCA U00302/2019	Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021.
DCA U00306/2019	Definizione delle discipline/attività affini e complementari.
DCA U00318/2019	Adozione del "Documento Operativo per la prevenzione, il controllo e la gestione delle infezioni da Mycobacterium chimaera (micobatteri non tubercolari) associate ad interventi di cardiocirurgia con ricorso a circolazione extracorporea", redatto dal Gruppo di Lavoro Multidisciplinare costituito ai sensi della Determinazione n. G17759/2018
DCA U00321/2019	Ampliamento dotazione posti letto Ospedale dei Castelli di Ariccia. Integrazione Decreto del Commissario ad Acta n. U00416 del 12 novembre 2018.
DCA U00352/2019	Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete Nefrologica Ospedale – Territorio, ex lettera i, comma 5, art.1 DM 70/2015.
DCA U00361/2019	Recepimento dell'"Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraccollamento in Pronto Soccorso", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR).
DCA U00379/2019	Approvazione "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR).


**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

DCA U00409/2019	Integrazione del DCA n. U00306/2019 "Definizione delle discipline/attività affini e complementari".
DCA U00449/2019	Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio. Stima del fabbisogno. Approvazione del documento tecnico: "Analisi delle prestazioni di radioterapia nel Lazio - elementi per la stima del fabbisogno di acceleratori lineari"
DCA U00453/2019	Approvazione del documento denominato "Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR).
DCA U00474/2019	Riorganizzazione delle strutture private monospecialistiche dotate di posti letto per acuti accreditati in numero inferiore a 30 e, se polispecialistiche a 60 posti letto – anche ai sensi del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute relativo a "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", All. 1 - Punto 2.5.
DCA U00475/2019	Recepimento del Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 24 novembre 2017, recante: "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza".
DCA U00488/2019	Istituzione del "Centro Avanzato per la Tutela della Salute della Donna" presso Palazzo Baleani in Roma.
DCA U00319/2019	D.M. 12 febbraio 2019 "Ripartizione del Fondo di 60 milioni di euro per la riduzione della quota fissa per ricetta di prestazioni di specialistica ambulatoriale" pubblicato sulla G.U. del 3 marzo 2019. Individuazione delle categorie vulnerabili per la riduzione della quota fissa sulla ricetta di specialistica ambulatoriale.
DCA U00469/2019	Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo
DCA U00018/2020	Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo". Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019 - IL DCA è stato recepito con DGR 12/2020
DCA U00072/2020	Revisione rete ospedaliera regionale – Ampliamento e nuova configurazione dei posti letto del Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma
DCA U00080/2020	Approvazione del Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammmodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione del Piano Decennale in Materia di Edilizia


**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

	Sanitaria ex Art. 20, Legge 11 Marzo 1988, N. 67 - Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase – Stralcio 1B.1 - Importo complessivo pari a € 109.096.772,43, di cui € 103.641.933,81 a carico dello Stato, € 4.174.838,62 a carico della Regione Lazio ed € 1.280.000,00 a carico di Enti beneficiari.
DCA U00096/2020	Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID -19, art.2 del D.L. 34/2020.
DCA U00102/2020	Approvazione del programma degli investimenti ai sensi dell'art. 20 della L. 67/88 per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del D.L. 17.03.2020, n. 18. Richiesta di ammissione a finanziamento. Importo complessivo pari a € 5.095.918,95, di cui € 4.841.123,00 a carico dello Stato, € 254.795,95 a carico della Regione Lazio - Programma Operativo per la gestione emergenza COVID-19 anno 2020.
DGR 624/2020	Percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti. Attivazione posti in regime residenziale e semiresidenziale
DGR 942/2020	Differimento del termine di conclusione del procedimento di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, avviato con DCA n. U00187/2017.
DGR 476/2021	DGR n. 71 del 09/02/2021 "Piano degli investimenti in ambito sanitario - Riserva di utile di esercizio destinati ad investimenti. Elaborazione di un piano organico propedeutico alla definizione del programma di investimenti per interventi in edilizia sanitaria" - Approvazione del programma di investimenti, ripartizione ed assegnazione delle relative risorse.
DGR 1005/2021	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano – Identificazione delle Strutture del PNRR e del piano regionale integrato
DGR 1006/2021	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione del Piano del PNRR e del piano regionale integrato
DGR 1007/2021	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute - componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile – Identificazione delle strutture del Piano regionale a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e sul Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC).
DGR 75/2022	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero



**REGIONE
LAZIO**

Documento programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del servizio sanitario della Regione Lazio

	(Digitalizzazione) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR.
DGR 322/2022	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute –Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)
Determinazione G01328/2022	Modifica della determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".
DGR 236/2023	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2 – DGR 332 del 24/05/2022 – Rimodulazione del POR
DGR 378/2023	Piano degli Investimenti in Edilizia Sanitaria ex art. 20, Legge 11 marzo 1988, n. 67. Approvazione del piano degli interventi aggiornato.
LEGGE	L. 10 agosto 2023, n. 112 "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 22 giugno 2023, n.75 recante disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa Cattolica anno 2025"
DGR 622/2023	Decreto-legge 22 giugno 2023, n. 75 recante "Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa Cattolica per l'anno 2025", convertito con modificazioni dalla legge 10 agosto 2023, n. 112 – Approvazione del Piano degli interventi
DGR 869/2023	Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".



ALLEGATO B

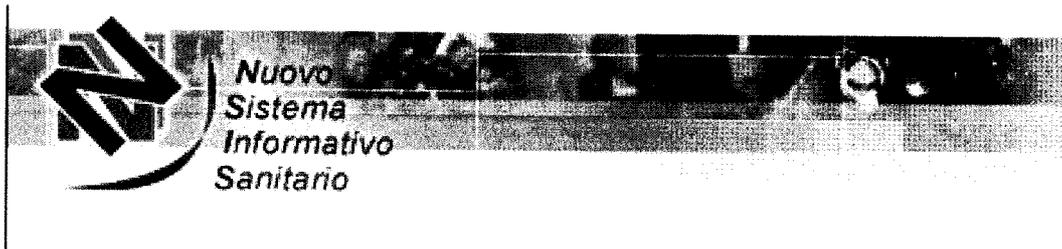
Piano Decennale in Materia di Investimenti in Edilizia Sanitaria ex Art. 20 Legge 11 Marzo 1988 N. 67

Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario della Regione Lazio

Scheda tecnica Stralcio Protonterapia - IFO



Scheda tecnica		
Piano degli investimenti in Edilizia Sanitaria ex art. 20 Legge 11 marzo 1988 - DGR 378/2023		
ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO		
Ente attuatore	ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI	
Titolo	IFO - Centro di Protonterapia	
Descrizione	Acquisizione Tecnologie sanitarie per il completamento del Centro di Protonterapia	
Luogo	via Elio Chianesi, 53 - Roma	
Obiettivi		
Obiettivo generale	Potenziamento HUB della rete oncologica	
Obiettivo specifico	Riqualificazione e specializzazione dell'offerta ospedaliera - Rete oncologica	
Obiettivi operativi	Acquisizione Tecnologie sanitarie per il completamento della dotazione di attrezzature	
Tipo di intervento	Ristrutturazione mc.	
	Manutenzione mq.	
	Nuova costruzione mq. 1.698	
Livello di progettazione	Studio di Fattibilità	
Tempi previsti (mesi)	22	
Note	IMPORTO FINANZIAMENTO	€ 23.000.000,00
	95% STATALE	€ 21.850.000,00
	5% REGIONALE	€ 1.150.000,00
	ALTRE FONTI	€ 0,00
Quadro economico		
A) LAVORI A BASE D'APPALTO		
Lavori	€ 0,00	
Oneri sicurezza	€ 204.000,00	
Arredi/Attrezzature	€ 20.400.000,00	
Totale A) Lavori a base d'appalto		€ 20.604.000,00
B) SOMME A DISPOSIZIONE		
Spese tecniche i.c.	€ 101.960,00	
Incentivi ex art. 113 D.lgs. 50/2016	€ 206.040,00	
IVA	€ 2.088.000,00	
Imprevisti i.c.	€ 0,00	
Totale B) Somme a disposizione		€ 2.396.000,00
TOTALE A) + B)		€ 23.000.000,00



LAZIO - ACQUISIZIONE TECNOLOGICHE SANITARIE PER IL COMPLETAMENTO DEL CENTRO DI PROTONTERAPIA

Programma di Riferimento: PIANO DEGLI INVESTIMENTI IN EDILIZIA
SANITARIA EX ART. 20 LEGGE 11 MARZO 1988 N. 67 APPROVAZIONE
DELL'INTERVENTO "COMPLETAMENTO DEL CENTRO DI
PROTONTERAPIA IFO"

Tipo Atto: DELIBERA REGIONALE

Numero Interventi: 1

Costo Complessivo Atto: 23.000.000,00

Costo a Carico dello stato dell'atto: 21.850.000,00

Costo Complessivo degli interventi: 23.000.000,00

Costo a Carico dello Stato Interventi: 21.850.000,00

Piano Finanziario dell'atto

Anno	Importo	Fonte
2023	21.850.000,00	STATO
2023	1.150.000,00	REGIONE

Riepilogo Finanziamenti Statali

Codice Linea Investimento	Importo	Provvedimento	Importo
A20	21.850.000,00	Deliberazione CIPE n. 51/2019 - riparto risorse art. 2 comma 69 L. n. 191/2009 - art. 1 comma 555 legge 145/2018	21.850.000,00

Lista Interventi

Titolo: IFO- CENTRO DI PROTONTERAPIA

Descrizione: ACQUISIZIONE TECNOLOGIE SANITARIE PER IL COMPLETAMENTO DEL CENTRO DI PROTONTERAPIA

Codice Intervento: 120.120908.I.129

Codice Cup: H87G23000140001

Tipo: ACQUISTO DI ATTREZZATURE

Categoria: OSPEDALI TECNOLOGIE

Posti Letto:

Superficie Lorda interessata(mq):

Comune: ROMA

Stazione Appaltante: STRUTTURA DI RICOVERO ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI - VIA ELIO CHIANESI 53 ROMA - RM

Ente Responsabile: 120908 - ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI - VIA ELIO CHIANESI 53 ROMA - RM

Sede Erogazione: ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI - VIA ELIO CHIANESI 53 ROMA - RM

Soggetto Responsabile: GIUSEPPE NAVANTERI

Costo Complessivo: 23.000.000,00

Importo Finanziamenti Pregressi: 0,00

Tot. Importo a Carico dello Stato: 21.850.000,00

Finanziamento Statale

Codice Quota: 120.120908.I.129.01

Linea di Investimento: PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67 / 1988

Importo a carico dello Stato: 21.850.000,00

Titolo: IFO- CENTRO DI PROTONTERAPIA

Provvedimento Assegnazione Risorse: DELIBERAZIONE CIPE N. 51/2019 -
RIPARTO RISORSE ART. 2 COMMA 69 L.
N. 191/2009 - ART. 1 COMMA 555 LEGGE
145/2018

Piano Finanziario della Quota

Anno	Importo	Fonte
2023	1.150.000,00	REGIONE
2023	21.850.000,00	STATO
