

**UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano**

**Il dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano  
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015  
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

**N. 359 del 27/04/2022**

**OGGETTO: Rimborso iscrizione master - dipendente AB - copertura economica FINANZIAMENTO DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE REGIONE LAZIO N. G17606 DEL 19 DICEMBRE 2017, bilancio 2021**

Esercizi/o 2021    Centri/o di costo 502020302  
  
- **Importo presente Atto: € 866,00**  
  
- **Importo esercizio corrente: € 0,00**  
  
Budget  
  
- **Assegnato: € 26819,18 (FIN G17606/17)**  
  
- **Utilizzato: € 11.371,68**  
  
- **Residuo: € 10.505,68**  
  
**Autorizzazione n°: 2021/118247.1286**  
  
Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano    Proposta n° DT-382-2022

**L'estensore**

**Tiziana Lavalle**

**Il Responsabile del Procedimento**

**Tiziana Lavalle**

**Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e  
del Capitale Umano**

**Tiziana Lavalle**

La presente determinazione si compone di n° 4 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

- ricevuta pagamento iscrizione master on line
- Determina Regionale Telemedicina 2017

***Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano***

- Visto                      il Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto                      il Decreto Legislativo 16.10.2003, n. 288;
- Vista                      la Legge Regionale 23.01.2006, n. 2;
- Visto                      l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21/01/2021, e n. 380 del 25.03.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;
- Premesso                che la dipendente Annamaria Biscu, matricola 3321, infermiera assegnata alla UOSD Neuro-oncologia ha richiesto al Responsabile la possibilità di frequentare il Master di coordinamento della Università Pegaso in modalità on line;
- che il Responsabile della UOSD ha dato la disponibilità a coprire le spese di iscrizione di suddetto Master di primo livello con i fondi presenti nel FINANZIAMENTO DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE REGIONE LAZIO N. G17606 DEL 19 DICEMBRE 2017;
- che tali fondi sono ancora disponibili, in quantità sufficiente per rimborsare l'intera quota di iscrizione al Master alla dipendente Biscu Annamaria;
- che tale possibilità è stata verificata e approvata dal Direttore della UOC Risorse Economiche che ha indicato che la copertura finanziaria sarà dei fondi

della DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE REGIONE LAZIO N. G17606 DEL 19 DICEMBRE 2017, ancorché la spesa sarà imputata sul conto 502020302;

Considerato      che la dipendente Biscu ha anticipato la somma di 866€ per l'intero anno di Master di primo livello e di ciò ha presentato regolare documentazione rilasciata dalla Università Pegaso;

Verificato      che non sono stati richiesti altri rimborsi e che, in virtù del presente atto, non saranno successivamente esigibili ulteriori richieste;

Ritenuto      pertanto opportuno di:

- procedere al rimborso della somma di € 866,00 in favore della dipendente Annamaria Biscu, matricola 3321, in ragione delle spese sostenute circa la partecipazione Master id primo livello in funzioni di coordinamento, tenuto dall'Università Pegaso in modalità on line;
- far gravare la relativa spesa di € 866,00 sul conto 502020302, ma la copertura finanziaria sarà attribuita al FINANZIAMENTO DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE REGIONE LAZIO N. G17606 DEL 19 DICEMBRE 2017, bilancio 2021 a copertura;

Attestato      che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 7 agosto 1990, n. 241, come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

#### Determina

Per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- procedere al rimborso della somma di € 866,00 in favore della dipendente Annamaria Biscu, matricola 3321, in ragione delle spese sostenute circa la partecipazione Master id primo livello in funzioni di coordinamento, tenuto dall'Università Pegaso in modalità on line;

- far gravare la relativa spesa di € 866,00 sul conto 502020302, ma la copertura finanziaria sarà attribuita al FINANZIAMENTO DI CUI ALLA DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE REGIONE LAZIO N. G17606 DEL 19 DICEMBRE 2017, bilancio 2021 a copertura;
- notificare il presente atto alla UOC Risorse Umane per il rimborso della dipendente con la prossima mensilità stipendiale.

La UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

**Tiziana Lavalle**

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

# Regione Lazio

## DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

### Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 19 dicembre 2017, n. G17606

**Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss., Legge 11 dicembre 2016, n. 232. Impegno della somma complessiva di 12.168.335,00 in favore di amministrazioni locali per le attività di "Accessibilità alle cure domiciliari" e "Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina" - Capitolo H11715 - Missione 13 - Programma 01 - Aggregato 1.04.01.02.000. Esercizio finanziario 2017.**

**Oggetto:** Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss., Legge 11 dicembre 2016, n. 232. Impegno della somma complessiva di 12.168.335,00 in favore di amministrazioni locali per le attività di "Accessibilità alle cure domiciliari" e "Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina" – Capitolo H11715 – Missione 13 – Programma 01 – Aggregato 1.04.01.02.000. Esercizio finanziario 2017.

## IL SEGRETARIO GENERALE

**SU PROPOSTA** dei Dirigenti dell' Area Cure Primarie e dell' Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management;

**VISTA** la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

**VISTO** lo statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modificazioni, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. 837 del 11 dicembre 2017 con la quale è stato attribuito al Segretario generale *pro tempore* il potere di adozione di atti e di provvedimenti amministrativi inerenti la direzione regionale "Salute e Politiche Sociali";

**VISTO** articolo 2, comma 68, lett. a) e b) legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)" che autorizza il Ministero dell'economia e finanze a concedere alle Regioni a statuto ordinario e alla Regione siciliana anticipazioni nella misura del 97 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta al netto delle entrate proprie e per la Regione siciliana, al netto della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria, o al livello del 98 per cento per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli adempimenti previsti della normativa vigente;

**VISTO** articolo 2, comma 68, lettera c), della summenzionata legge che prevede "*al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, per gli anni 2010,*

*2011 e 2012 [...] la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera b) rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore [...]*”;

**VISTO** l'art. 15, comma 24 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, che rinnova, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni inerenti all'accesso alla quota premiale del Servizio sanitario nazionale di cui all'art.2, comma 68, lettera c) della L. 191/2009;

**VISTA** la legge 11 dicembre 2016 n. 232, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019”;

**VISTO** l'art. 1, comma 385 e ss. della medesima L. 232/2016 con cui si stabilisce che, “*al fine di promuovere e conseguire una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi sanitari regionali, in coerenza con gli obiettivi di crescita e di sviluppo del Servizio sanitario nazionale:*

- **la quota di premialità** di cui all'art. 2, comma 68, lettera c), legge n. 191/2009, “*è incrementata, a livello sperimentale per l'anno 2017, di una quota pari allo 0,1 per cento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale*”;
- a livello sperimentale per l'anno 2017, **ogni regione può proporre** al Comitato LEA “*un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, anche sulla base delle valutazioni operate dal Comitato stesso in ordine all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e tenuto conto delle valutazioni del sistema di garanzia di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. [...] I programmi di cui al comma 385, di durata annuale [...] individuano aree prioritarie d'intervento specifiche di ciascun contesto regionale, definendo i relativi indicatori di valutazione. Per le regioni sottoposte a piano di rientro, tali programmi integrano, ove necessario, il programma operativo di prosecuzione del piano di rientro e sono approvati dal Comitato LEA congiuntamente con il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005 [...]*”;
- entro il 31 gennaio 2017 con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, devono essere disciplinate **le modalità di riparto tra le regioni dell'incremento sperimentale della quota di premialità per il 2017**;
- “*la mancata presentazione del programma ovvero la verifica negativa annuale dell'attuazione del programma medesimo determina, per la regione interessata, la perdita, per il medesimo anno 2017, del diritto di accesso alla quota prevista*”;

- VISTO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 1, comma 388 della legge 11 dicembre 2016, n. 232, concernente le modalità di riparto tra le Regioni dell'incremento sperimentale della quota di premialità per l'anno 2017 di cui all'articolo 1, comma 385, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 e l'accesso alle forme premiali in attuazione dei programmi di cui al medesimo comma (di seguito: Accordo). Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2017;
- VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO** il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" e successive modifiche;
- VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- VISTO** il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- VISTA** la legge regionale 20 novembre 2001, n. 25 "Norme in materia di programmazione, bilancio e contabilità della Regione";
- VISTA** la legge regionale 31 dicembre 2016, n. 17, recante: "Legge di stabilità regionale 2017";
- VISTA** la legge regionale 31 dicembre 2016 n. 18, recante: "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019", di cui in particolare quanto disposto con l'articolo 1, comma 16, laddove *"nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 56, comma 6, del d.lgs. n. 118/2011 e successive modifiche e del principio contabile applicato concernente la contabilità finanziaria di cui all'allegato n. 4/2 del citato decreto legislativo, per ogni provvedimento che comporta l'assunzione di un impegno di spesa, a valere sul bilancio annuale e pluriennale, deve essere predisposto il piano finanziario di attuazione nel quale è indicato, dettagliatamente, il cronoprogramma degli impegni e dei pagamenti, nonché le sue relative rimodulazioni"*;
- VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 20 dicembre 2016, n.782 recante: "Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2016", da considerarsi nelle more dell'aggiornamento del



perimetro sanitario per l'esercizio 2017, che stabilisce tra l'altro che *“le Direzioni regionali, alle quali sono stati assegnati capitoli del bilancio regionale non appartenenti al perimetro sanitario, ma le cui risorse siano eventualmente impiegate in favore degli Enti del SSR, non possano procedere con l'inserimento della determinazione di impegno, nel sistema informativo contabile regionale (SIRIPA), senza una specifica richiesta alla Direzione Regionale Programmazione Economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio, di istituzione di appositi capitoli di bilancio regionale, derivati dai capitoli originari, con uno stanziamento pari all'importo da impegnare a favore del SSR, e da qualificarsi come appartenenti al perimetro sanitario.”*;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 31 dicembre 2016, n. 857, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi e macroaggregati per le spese.”*;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 31 dicembre 2016, n. 858, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa”*;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 17 gennaio 2017, n. 14, recante: *“Applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 2 e articolo 39, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche, e ulteriori disposizioni per la gestione del bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019”*;

**VISTA** la circolare del Segretario Generale della Giunta regionale prot. N. 44312 del 30 gennaio 2017 e le altre eventuali e successive integrazioni, con la quale sono fornite indicazioni in riferimento alla gestione del bilancio regionale 2017-2019, conformemente a quanto disposto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 14/2017;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 21 marzo 2017, n. 126, concernente *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Assegnazione dei capitoli di spesa alle strutture regionali competenti, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, lettera c), della legge regionale 31 dicembre 2016, n. 18.*

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 19 maggio 2017, n. 249 *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Assegnazione dei capitoli di spesa alle strutture regionali competenti, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, lettera c), della legge regionale 31 dicembre 2016, n. 18. Modifica della deliberazione della Giunta regionale 21 marzo 2017, n. 126”*;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale 16 giugno 2015 n. 284 *“Agenda Digitale della Regione Lazio. Linee guida per lo sviluppo del Lazio Digitale”* con cui viene

inserita, all'interno del Programma Operativo 2016 – 2018, l'adozione di un piano regionale di Telemedicina;

**VISTO** il decreto del Commissario ad acta 1 ottobre 2015 n. U00458, con cui viene recepito il documento “Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali” sancito dall’Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2014. Rep. Atti 16/CSR;

**VISTO** il decreto del Commissario ad acta 7 ottobre 2015, n. U000474 “Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo”;

**VISTO** il decreto del Commissario ad acta 30 dicembre 2015, n. U00606, recante: “Attuazione dei Programmi Operativi 2013/2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6”;

**VISTA** la determinazione dirigenziale 8 febbraio 2016, n. G00860, recante: “Ridenominazione nel Sistema Informativo Regionale Integrato Procedimenti Amministrativi (S.I.R.I.P.A.) delle AA.SS.LL. secondo quanto stabilito dal DCA U00606 del 30.12.2015 e conseguenti adempimenti relativi al S.I.R.I.P.A. per la piena attuazione dello stesso decreto”;

**VISTO** il decreto del Commissario ad acta 22 febbraio 2017, n. U00052 avente ad oggetto: “Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”;

**VISTO** il decreto del Commissario ad acta 7 luglio 2017, n. U00283 “Adozione dei requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti”, in cui nell’allegato D è definito lo specifico fabbisogno di cure domiciliari;

**VISTO** il “Programma di Miglioramento e Riqualificazione ai sensi dell’art. 1, comma 385 e ss., Legge n.232/2016” della Regione Lazio (di seguito: Programma), allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante (Allegato 1) e che si articola in due principali attività: Area 1.“Accessibilità alle cure domiciliari” ed Area 2.“Qualità delle cure attraverso l’implementazione della Telemedicina”;

**VISTA** la nota prot. N. 0461797 del 15-09-2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali con la quale è stato trasmesso alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ed alla Segreteria del Comitato LEA il Programma della Regione Lazio;

**PRESO ATTO** che con la nota prot. N.0033357-P-20/10/2017 la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha comunicato che:

- in data 21 settembre 2017 il Comitato LEA, congiuntamente con il Tavolo Tecnico, ha approvato il Programma della Regione Lazio;
- la somma complessiva di € 12.168.335,00 è stata assegnata alla Regione Lazio, quale riparto della quota di premialità di cui all'art. 2, comma 68, lettera c), della L. 191/2009 secondo l'incremento stabilito in via sperimentale per l'anno 2017 di cui all'art. 1, comma 385, della L. 232/2016;

**CONSIDERATO** pertanto necessario avviare la realizzazione del Programma della Regione Lazio;

**RITENUTO** pertanto opportuno utilizzare, quali criteri per la ripartizione tra le strutture pubbliche del finanziamento assegnato alla Regione Lazio relativamente al Programma in argomento, i seguenti indicatori:

- popolazione della Regione Lazio 2017 con età  $\geq$  65 anni (fonte ISTAT);
- n. pazienti affetti da insufficienza cardiaca che hanno effettuato impianto di defibrillatore impiantabile automatico con funzioni di resincronizzazione nel 2016 (fonte SIO);
- n. pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ad altissima complessità ai sensi del DCA U00467 del 7.11.2017;
- n. strutture pubbliche sede di Pronto Soccorso e di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (PS/DEA) secondo il ruolo nelle reti ai sensi del DCA U00257/2017 e s.m.i.;
- n. IRCCS con ruolo nella rete oncologica e nella rete delle malattie infettive;
- n. strutture pubbliche con U.O. di Cardiologia che hanno effettuato nel 2016 attività di impianto di defibrillatore automatico impiantabile con funzioni di resincronizzazione (dati SIO);
- n. Centri ADI distrettuali;

**RITENUTO** necessario provvedere all'impegno della somma complessiva di € 12.168.335,00 in favore di amministrazioni locali per le attività di

“Accessibilità alle cure domiciliari” e “Qualità delle cure attraverso l’implementazione della Telemedicina” – Capitolo H11715 – Missione 13 – Programma 01 – Aggregato 1.04.01.02.000, Esercizio finanziario 2017;

**RITENUTO** opportuno stabilire che, ai sensi della lettera c) dell’Accordo, la somma impegnata sarà erogata in due tranches, ovvero un acconto del 30 per cento per la fase di avvio ed il restante 70 per cento all’esito positivo della verifica annuale della realizzazione del Programma;

**RITENUTO** inoltre, in base ai criteri sopra descritti, di destinare l’importo complessivo di € 12.168.335,00 alle Aziende sanitarie secondo la tabella di seguito riportata:

<b>Codice creditore</b>	<b>Azienda</b>	<b>Importo totale</b>	<b>Quota acconto</b>	<b>Quota saldo</b>
165025	ASL Roma 1	€ 2.213.428,02	€ 664.028,41	€ 1.549.399,61
165024	ASL Roma 2	€ 2.483.362,90	€ 745.008,87	€ 1.738.354,03
24188	ASL Roma 3	€ 1.171.667,60	€ 351.500,28	€ 820.167,32
24190	ASL Roma 4	€ 595.565,22	€ 178.669,57	€ 416.895,65
24194	ASL Roma 5	€ 904.938,20	€ 271.481,46	€ 633.456,74
24189	ASL Roma 6	€ 1.047.630,06	€ 314.289,02	€ 733.341,04
24277	ASL Frosinone	€ 1.056.103,73	€ 316.831,12	€ 739.272,61
24276	ASL Latina	€ 1.128.727,51	€ 338.618,25	€ 790.109,26
24278	ASL Rieti	€ 367.591,85	€ 110.277,55	€ 257.314,30
24092	ASL Viterbo	€ 731.450,95	€ 219.435,29	€ 512.015,66
25957	AO San Camillo Forlanini	€ 113.096,12	€ 33.928,84	€ 79.167,28
25905	AO San Giovanni Addolorata	€ 57.133,62	€ 17.140,09	€ 39.993,53
61022	AO Policlinico Tor Vergata	€ 81.333,62	€ 24.400,09	€ 56.933,53
60046	AO Sant'Andrea	€ 69.233,62	€ 20.770,09	€ 48.463,53
57036	AO Policlinico Umberto I	€ 93.433,62	€ 28.030,09	€ 65.403,53
30158	IRCSS Spallanzani	€ 26.819,18	€ 8.045,75	€ 18.773,43
3067	IFO Regina Elena	€ 26.819,18	€ 8.045,75	€ 18.773,43

**RITENUTO** infine di approvare il documento, rivolto alle Aziende sanitarie destinatarie del finanziamento di cui sopra, denominato “Disposizioni regionali per il raggiungimento degli obiettivi del “Programma di Miglioramento e Riquilificazione ai sensi dell’art. 1, comma 385 e ss., Legge n.232/2016 – Dotazione necessaria”, parte integrante del presente atto (Allegato 2);

**ATTESO** che con successivo atto saranno indicate le procedure attuative per la realizzazione del Programma;

**ATTESO** che l’obbligazione di cui al presente atto giungerà a scadenza nell’esercizio finanziario in corso;

per le motivazioni espresse nelle premesse che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

### **DETERMINA**

1. di avviare la realizzazione del “Programma di Miglioramento e Riqualificazione ai sensi dell’art. 1, comma 385 e ss., Legge n.232/2016” della Regione Lazio (Allegato 1);
2. di utilizzare, quali criteri per la ripartizione tra le strutture pubbliche del finanziamento assegnato alla Regione Lazio relativamente al Programma in argomento, i seguenti indicatori:
  - popolazione della Regione Lazio 2017 con età  $\geq 65$  anni (fonte ISTAT);
  - n. pazienti affetti da insufficienza cardiaca che hanno effettuato impianto di defibrillatore impiantabile automatico con funzioni di resincronizzazione nel 2016 (fonte SIO);
  - n. pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in altissima complessità ai sensi del DCA U00467 del 7.11.2017;
  - n. strutture pubbliche sede di Pronto Soccorso e di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (PS/DEA) secondo il ruolo nelle reti ai sensi del DCA U00257/2017 e s.m.i.;
  - n. IRCCS con ruolo nella rete oncologica e nella rete delle malattie infettive;
  - n. strutture pubbliche con U.O. di Cardiologia che hanno effettuato nel 2016 attività di impianto di defibrillatore automatico impiantabile con funzioni di resincronizzazione (dati SIO);
  - n. Centri ADI distrettuali;
3. di impegnare la somma complessiva di € 12.168.335,00 in favore di amministrazioni locali per le attività di “Accessibilità alle cure domiciliari” e “Qualità delle cure attraverso l’implementazione della Telemedicina” – Capitolo H11715 – Missione 13 – Programma 01 – Aggregato 1.04.01.02.000, Esercizio finanziario 2017;
4. stabilire che, ai sensi della lettera c) dell’Accordo, la somma impegnata sarà erogata in due tranches, ovvero un acconto del 30 per cento per la fase di avvio ed il restante 70 per cento all’esito positivo della verifica annuale della realizzazione del Programma;

5. destinare, in base ai criteri sopra descritti, l'importo complessivo di € 12.168.335,00 alle Aziende sanitarie secondo la tabella di seguito riportata:

<b>Codice creditore</b>	<b>Azienda</b>	<b>Importo totale</b>	<b>Quota acconto</b>	<b>Quota saldo</b>
165025	ASL Roma 1	€ 2.213.428,02	€ 664.028,41	€ 1.549.399,61
165024	ASL Roma 2	€ 2.483.362,90	€ 745.008,87	€ 1.738.354,03
24188	ASL Roma 3	€ 1.171.667,60	€ 351.500,28	€ 820.167,32
24190	ASL Roma 4	€ 595.565,22	€ 178.669,57	€ 416.895,65
24194	ASL Roma 5	€ 904.938,20	€ 271.481,46	€ 633.456,74
24189	ASL Roma 6	€ 1.047.630,06	€ 314.289,02	€ 733.341,04
24277	ASL Frosinone	€ 1.056.103,73	€ 316.831,12	€ 739.272,61
24276	ASL Latina	€ 1.128.727,51	€ 338.618,25	€ 790.109,26
24278	ASL Rieti	€ 367.591,85	€ 110.277,55	€ 257.314,30
24092	ASL Viterbo	€ 731.450,95	€ 219.435,29	€ 512.015,66
25957	AO San Camillo Forlanini	€ 113.096,12	€ 33.928,84	€ 79.167,28
25905	AO San Giovanni Addolorata	€ 57.133,62	€ 17.140,09	€ 39.993,53
61022	AO Policlinico Tor Vergata	€ 81.333,62	€ 24.400,09	€ 56.933,53
60046	AO Sant'Andrea	€ 69.233,62	€ 20.770,09	€ 48.463,53
57036	AO Policlinico Umberto I	€ 93.433,62	€ 28.030,09	€ 65.403,53
30158	IRCSS Spallanzani	€ 26.819,18	€ 8.045,75	€ 18.773,43
3067	IFO Regina Elena	€ 26.819,18	€ 8.045,75	€ 18.773,43

6. di approvare il documento rivolto alle Aziende sanitarie destinatarie del finanziamento di cui sopra, denominato "Disposizioni regionali per il raggiungimento degli obiettivi del "Programma di Miglioramento e Riquilificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss., Legge n.232/2016 – Dotazione necessaria", parte integrante del presente atto (Allegato 2).
7. di stabilire che con successivo atto verranno indicate ulteriori disposizioni regionali relative alle procedure attuative per la realizzazione del Programma.

Il presente provvedimento sarà notificato alle Aziende interessate e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it).

Il Segretario Generale  
Andrea Tardiola

**Regione Lazio****Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi del 'art. 1, comma 385 e ss.  
Legge 11 dicembre 2016 n. 232**

Durata del programma: dal 1/10/2017 al 1/10/2018

**Capitolo I: Analisi della situazione regionale**

La Regione Lazio ha ottenuto un punteggio pari a 169 nella valutazione relativa agli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2015. La Regione risulta, quindi, nell'area di "adempienza" e tuttavia, analizzando i singoli indicatori, si rilevano alcuni ambiti per i quali il punteggio ottenuto si discosta dal valore standard di riferimento. Tra questi, nel livello di assistenza distrettuale, le cure domiciliari rivolte a persone non autosufficienti necessitano di interventi migliorativi, come peraltro previsto dal Programma Operativo 2016 – 2018 (DCA 52/2017). In particolare, l'indicatore della Griglia LEA relativo alla "Percentuale di anziani  $\geq 65$  anni trattati in ADI", per l'anno 2015, è risultato pari a 1,57%, in crescita rispetto agli anni precedenti (2013 - 0,95%; 2014 - 1,13%) ma ancora al di sotto dello standard di riferimento di 1,88%. A tal fine all'interno del DCA 283/2017 "Adozione dei requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti", allegato D, viene definito lo specifico fabbisogno di cure domiciliari.

La seconda area di adempimento regionale dei LEA che necessita di un intervento migliorativo riguarda i sistemi di Teleassistenza, sia a livello ospedaliero che domiciliare. La Regione ha recepito, con Decreto del Commissario ad Acta n. U00458 del 1 ottobre 2015, il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014. Inoltre, ha definito la strategia di crescita digitale con la Del. Giunta Regionale del 16/06/2015, n. 284 "Agenda Digitale della Regione Lazio. Linee guida per lo sviluppo del Lazio Digitale" ed ha inserito l'adozione di un piano regionale di Telemedicina all'interno del Programma Operativo 2016 – 2018.

Riguardo l'area territoriale, in coerenza con il DM 70/2015 e con il Programma Operativo 2016-2018 (DCA 52/2017), le attività di Telemedicina sono state inserite sia nel sopracitato DCA 283/2017, sia nel PDTA relativo allo Scompensato Cardiaco (DCA U000474 del 7 ottobre 2015). I servizi di Telemedicina applicati all'Assistenza domiciliare si rivelano particolarmente utili nel caso di soggetti affetti da malattie che necessitano di interventi assistenziali di elevata intensità, di

monitoraggio frequente di numerosi parametri clinici ed il conseguente contatto con il personale medico per controllo ed eventuale modifica della terapia. Nella Regione Lazio sono stati stimati circa 600 posti letto ADI per pazienti che richiedono livelli di assistenza di altissima complessità.

In letteratura ci sono esempi di applicazione di servizi di Telemedicina per la gestione a domicilio di pazienti con diverse malattie croniche evolutive neurologiche, cardiologiche, metaboliche, respiratorie. Un'esperienza italiana pilota ha applicato i servizi di Telemedicina nella gestione dei pazienti a domicilio affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica dimostrando un sensibile miglioramento della qualità della vita ed un minor numero di re-ospedalizzazioni<sup>1</sup>. Nel caso di pazienti con Insufficienza Cardiaca, il Telemonitoraggio è associato ad una significativa riduzione della mortalità rispetto alle cure tradizionali<sup>2</sup>. Nel 2015, inoltre, è stato pubblicato un documento di consenso da parte delle società scientifiche di aritmologia internazionali<sup>3</sup>, con l'indicazione di dati di numerosi studi in cui, il controllo remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili, ha permesso sia la riduzione del numero di visite di follow-up di routine, sia la diagnosi precoce di eventi clinicamente significativi. In merito ai dispositivi cardiaci impiantabili più complessi, nel 2016, il sistema Informativo Ospedaliero (SIO) ha rilevato 243 dimissioni di pazienti con insufficienza cardiaca (codice ICD9CM:428), di cui il 75% con età  $\geq 65$  anni, che hanno richiesto l'impianto di defibrillatore automatico (codice ICD9CM: 00.51) con funzione di resincronizzazione cardiaca.

In ambito ospedaliero, l'avvio delle attività di Telemedicina nelle reti dell'emergenza è oggetto del presente programma di miglioramento e i dati di letteratura confermano un vantaggio dell'applicazione di servizi di Telemedicina sia per gli operatori che per i pazienti, con particolare riferimento alla possibilità di trasferimento dei dati strumentali ed di Teleconsulto<sup>4</sup>. Ad esempio, la Telemedicina si è rivelata utile nella gestione di ictus<sup>2</sup> o trauma<sup>5</sup>:

- per l'avvio del trattamento nella "golden hour";
- per la riduzione dei trasferimenti non necessari;
- per la predisposizione del team e del materiale necessario all'arrivo al centro "Hub" del paziente trasferito per continuità di soccorso,

determinando un miglioramento della prognosi sia a breve che a lungo termine ed un risparmio di risorse per i centri "Hub" e "Spoke". Nella Regione Lazio sono state avviate, nell'area dell'emergenza, diverse reti assistenziali che prevedono l'uso dei sistemi di Telemedicina per la trasmissione dei referti ed il Teleconsulto fra i vari centri "Hub" e "Spoke".

Nel 2016 hanno avuto accesso al Pronto Soccorso (PS) mediante ARES/118 circa 290.000 pazienti, di cui il 35% ha esitato in un ricovero o un trasferimento e l'1,9% dei pazienti è stato trasferito ad altro PS in continuità di soccorso.



La rete ictus, come indicato nel DCA 257 del 2 luglio 2017, prevede un'organizzazione con 4 UTN di II livello con neuroradiologia interventistica, 7 UTN di I livello e 12 Presidi di PS in grado di assicurare l'inizio precoce della terapia fibrinolitica endovenosa. In un anno il volume di ricoveri per ictus è pari a circa 10.000, di cui il 30,3% per ictus emorragico, il 58,9% per ictus ischemico ed il 10,8% con diagnosi di vasculopatie cerebrali mal definite.

La rete dell'emergenza cardiologica prevede 5 unità cardiologiche provviste di UTIC, Emodinamica interventistica h24, Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare; 16 unità cardiologiche con UTIC ed Emodinamica interventistica; 9 unità cardiologiche con UTIC. Sono presenti, inoltre, altre quattro unità cardiologiche senza PS di cui 2 (Nuova Itor e Città di Roma) con Cardiologia ed UTIC ed altre 2 (Policlinico Campus Biomedico ed European Hospital) con Emodinamica interventistica e Cardiocirurgia, che svolgono una funzione di supporto alla rete per le emergenze cardiocirurgiche. Nel 2016 i ricoveri per infarto sono stati circa 11.000, con il 93% della copertura da parte della rete cardiologica – cardiocirurgica.

La rete Trauma – Neurotrauma è organizzata sui tre livelli tra loro funzionalmente connessi: 3 Centri Trauma ad alta Specializzazione (CTS) di cui due pubblici, 6 Centri Trauma di Zona (CTZ) pubblici e 23 Presidi di PS per trauma (PST), di cui 18 pubblici in grado di gestire, prima di un eventuale trasferimento, i casi di lesioni in pazienti clinicamente instabili. Nel 2016 nella Regione Lazio il volume di accessi in PS per trauma è stato pari a circa 515.000, di cui circa il 5% aveva un codice di triage rosso/giallo ed un esito ricovero/trasferimento o decesso.

Infine, dal punto di vista economico, studi recenti hanno dimostrato che l'aggiunta della Telemedicina alle terapie standard determina una riduzione del numero di giornate di ricovero, del numero assoluto di ricoveri e del tempo da dedicare alle visite di follow-up. Nel 2012, ad esempio, il Dipartimento Americano Veterans Affairs ha seguito circa 150.000 pazienti con i servizi di Telemedicina, riscontrando un risparmio annuale di circa 6500 dollari per paziente rispetto alle cure standard ed una riduzione del 25% sulle giornate di ricovero e del 19% dei ricoveri ospedalieri<sup>6</sup>.

#### Riferimenti bibliografici:

1. Vitacca M et al. A pilot trial of telemedicine-assisted, integrated care for patients with advanced amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers. *J Telemed Telecare*. 2010;16(2):83-8.
2. Rashid L, Bushahr et al. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions for Chronic Disease Management. *TELEMEDICINE and e-HEALTH*. VOL. 20 NO. 9, SEPTEMBER 2014.
3. HRS Expert Consensus Statement on remote interrogation and monitoring for cardiovascular implantable electronic devices. *HeartRhythm* 2015;12: e69-e100.
4. Kolsoum Deldar et al. Teleconsultation and Clinical Decision Making: a Systematic Review, *ACTA INFORM MED*. 2016 AUG; 24(4): 286-292.
5. R. Latif et al. Telemedicine and telepresence for trauma and emergency care management. *Scandinavian Journal of Surgery* 96: 281-289, 2007
6. Realizing the potential of telehealth: Federal and state policy is evolving to support telehealth in value-based care models. *Deloitte Center for Health Solutions and the Deloitte Center for Regulatory Strategy* 2016.

## **Capitolo 2: Aree prioritarie di intervento**

### *Area di intervento 1: Accessibilità alle cure domiciliari*

Nell'ambito delle cure domiciliari, si intendono prioritariamente attivare iniziative relative al miglioramento organizzativo dell'assistenza e alla qualificazione dei sistemi informativi. Per quanto riguarda il primo aspetto, potenziamento, qualificazione e aumento dell'offerta di cure domiciliari rispetto all'esistente, è stato avviato il percorso di accreditamento di soggetti che realizzano servizi di assistenza domiciliare e alla realizzazione delle procedure selettive tra i soggetti accreditati. Il modello operativo nelle diverse realtà, le procedure di selezione, le tipologie di pazienti assistiti, e modalità di inquadramento tariffario e di classificazione dei pazienti risultano ancora non omogenei a livello regionale.

Per quanto sopra rappresentato si rende necessario concludere il percorso per giungere all'accREDITAMENTO e alla contrattualizzazione dei soggetti erogatori di servizi di Assistenza Domiciliare che, da un lato, tenga presente le necessità di continuità delle cure e che, dall'altro, consenta in tempi brevi di pervenire al modello di accREDITAMENTO di soggetti che, in un sistema unitario a livello regionale, garantiscano la necessaria offerta di servizi, secondo quanto previsto dal DCA 283/2017. Tale processo, attraverso specifici accordi contrattuali tra le ASL e i soggetti erogatori accreditati, all'interno dei quali saranno definiti i volumi delle prestazioni e il numero dei soggetti da seguire, consentirà un aumento dell'offerta assistenziale con conseguente incremento complessivo della copertura degli anziani in ADI, fino a raggiungere nel medio termine il 2,5 % della popolazione di età  $\geq 65$  anni.

Il Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT) supporta i Distretti Sanitari territoriali, gli enti erogatori e le strutture sanitarie regionali nella gestione dell'intero processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale (domiciliare, residenziale e semiresidenziale non autosufficienza e riabilitativo).

Superando l'organizzazione dei servizi territoriali, tanto numerosi quanto non collegati in un disegno organizzativo strategico, le attività di assistenza territoriale sono riorientate, sperimentando nuovi modelli organizzativi e di cura per la gestione delle cronicità: presa in carico del paziente attraverso valutazioni multidimensionali e Piani di Assistenza Individuali che coinvolgono medici e figure professionali interdisciplinari.

Il sistema SIAT, integrato con ulteriori sistemi informativi del Sistema Informativo Regionale (S.I.R.) e organizzato in componenti modulari, è concepito quale strumento di supporto per gli operatori dei distretti sanitari territoriali, per gli enti erogatori e per le strutture regionali. A partire dalla presa in carico dell'assistito, il sistema SIAT permette alle ASL la gestione dell'intero

processo di definizione, erogazione e monitoraggio di un progetto assistenziale, nell'ambito dei seguenti servizi:

- "assistenza domiciliare non autosufficienza";
- "assistenza residenziale non autosufficienza";
- "assistenza semiresidenziale non autosufficienza";
- "assistenza residenziale cure palliative;"
- "assistenza domiciliare cure palliative";
- "assistenza Riabilitativa (ex art.26)" residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale";

L'accesso a questi servizi avviene attraverso un complesso workflow che gestisce le fasi di accettazione, inquadramento e valutazione del bisogno, coordinate da SIAT attraverso i moduli:

- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Unità di Valutazione multidimensionale (UVM).

I punti nodali dei processi interni al percorso assistenziale territoriale gestiti quindi dal sistema sono:

- Realizzazione di un livello unico per l'ingresso nel sistema, attraverso la rilevazione del bisogno e la sua prima valutazione, tale da consentire un instradamento corretto del soggetto richiedente verso il corretto percorso assistenziale;
- Valutazione del bisogno assistenziale complesso e definizione del piano di assistenza individuale, mediante l'utilizzo della piattaforma VM INTERRAI;
- Erogazione assistenza e verifiche periodiche fino alla conclusione del trattamento;
- Rendicontazione e fatturazione delle prestazioni erogate;
- Gestione dei flussi dati per il soddisfacimento dei debiti informativi verso Regione e Ministero della Salute;
- Monitoraggio e programmazione aziendale e regionale.

*Area di intervento 2: Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina.*

In merito all'implementazione dei servizi di Telemedicina, si intende attivare prioritariamente alcune iniziative sia a livello territoriale, sia a livello ospedaliero. A livello territoriale, verranno attivati dei servizi di Telemedicina (monitoraggio di parametri clinici e Teleconsulto) da parte dei Centri accreditati per la gestione domiciliare di:

- pazienti in altissima intensità;
- pazienti affetti da insufficienza cardiaca e dimessi dagli ospedali dopo impianto di Defibrillatore Automatico con funzioni di Resincronizzazione Cardiaca (CRT-D).

L'attivazione dei servizi, la programmazione del piano di interventi ed il monitoraggio delle attività avverrà da parte dei Centri Ospedalieri e delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD) di riferimento del paziente, in modo da garantire una gestione integrata ospedale-territorio.

A livello ospedaliero, verrà attivata la piattaforma "Advice" per il trasferimento in lettura di immagini diagnostiche, analisi di laboratorio e per il teleconsulto fra centri "Hub" e centri "Spoke", che consenta di erogare tempestivamente gli interventi appropriati e ricorrere al trasferimento del paziente solo nei casi effettivamente necessari. Il presente progetto è orientato a definire la procedura, implementare le postazioni di telemedicina nei PS/DEA della rete dell'emergenza ed avviare le attività di telemedicina per l'uso sistematico di tale pratica, anche oltre lo specifico ambito progettuale.

*Tab.1. Aree prioritarie d'intervento*

<b>Area prioritarie di intervento</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore iniziale dell'Indicatore</b>	<b>Target da conseguire</b>
<i>Area 1: accessibilità alle cure domiciliari</i>	<i>% anziani <math>\geq 65</math> anni trattati in ADI/ totale anziani <math>\geq 65</math> anni</i>	<i>1.57%</i>	<i>&gt;1.88%</i>
<i>Area 2 qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina</i>	<i>% Aziende Sanitarie e Ospedaliere, IRCSS pubblici e Policlinici Universitari in cui vengono implementati i servizi di Telemedicina/totale di Aziende Sanitarie e Ospedaliere, IRCSS pubblici e Policlinici Universitari</i>	<i>0</i>	<i><math>\geq 25\%</math></i>

*Fonte dati indicatore area 1: SIAD*

*Fonte dati indicatore area 2: Report Azienda Sanitaria/ Sistema Informatico Assistenza Territoriale della Regione Lazio (SIAT)/ADVICE*

### Capitolo 3. Definizione del piano di intervento

Area prioritaria di intervento	Intervento	Peso intervento	Indicatore di risultato	Valore iniziale	Risultato intermedio atteso	Risultato finale atteso
Area 1: Accessibilità alle cure domiciliari	Intervento 1.1 Accreditazioni erogatori	60	Numero erogatori accreditati	0	≥ 4	≥ 8
	Intervento 1.2 Sistema informativo	40	Numero ASL con VM INTERRAI in uso	1	≥ 3	≥ 7
Area 1		100%	% Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	1,57%		>1,88%
Area 2: qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina	Intervento 2.1 Telemedicina nelle Reti Ospedaliere dell'Emergenza	40	% PS/DEA con Telemedicina	0	0*	≥ 60%
	Intervento 2.2 Teleassistenza domiciliare per i pazienti in altissima complessità	30	% Centri di ADI distrettuali con servizi di Telemedicina per i pazienti in altissima complessità	0	0*	≥ 50%
	Intervento 2.3 Teleassistenza domiciliare per i pazienti con insufficienza cardiaca dimessi dopo impianto di CRT-D	30	% Centri di ADI distrettuali con servizi di Telemedicina per i pazienti con insufficienza cardiaca dimessi dall'Ospedale dopo impianto di CRT-D	0	0*	≥ 50%
Area 2		100%	% Aziende Sanitarie e Ospedaliere, IRCSS pubblici e Policlinici Universitari in cui vengono implementati i servizi di Telemedicina	0		≥ 50%

\*Secondo il cronoprogramma le attività di telemedicina partiranno dal mese 7

#### Fonti indicatori:

*indicatore 1.1: competente ufficio regionale (provvedimenti di accreditamento)*

*indicatore 1.2: Sistema Informatico Assistenza Territoriale della Regione Lazio (SIAT)*

*indicatore 2.1.: Report piattaforma regionale ADVICE*

*indicatore 2.2: Sistema Informatico Assistenza Territoriale della Regione Lazio (SIAT)*

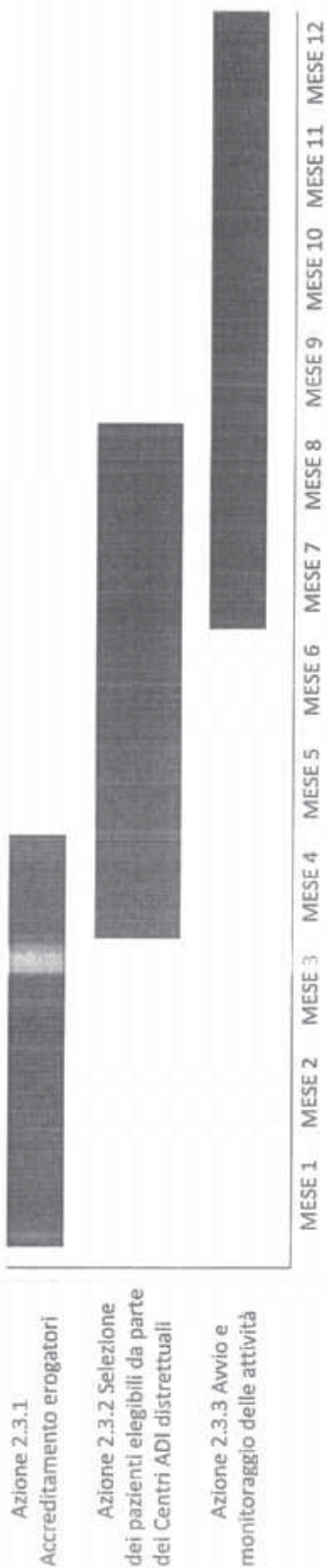
*indicatore 2.3: Sistema Informatico Assistenza Territoriale della Regione Lazio (SIAT)*





Area prioritaria di intervento: Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina

Intervento 2.3 Teleassistenza domiciliare per i pazienti con insufficienza cardiaca dimessi dopo impianto di CRT-D







**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali**

## **ALLEGATO 2**

**Disposizioni regionali per il raggiungimento degli obiettivi del “Programma di Miglioramento e Riqualificazione ai sensi dell’art. 1, comma 385 e ss., Legge n.232/2016”.**

### **Dotazione necessaria**

#### **1. Area 1: Accessibilità alle cure domiciliari**

Per la realizzazione di tale intervento è necessario che le Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali si dotino di almeno n. 2 tablet per l’utilizzo della piattaforma InterRAI al domicilio del paziente, e di almeno n. 2 PC di ultima generazione nelle sedi distrettuali compatibili con le altre piattaforme informatiche regionali dedicate all’assistenza domiciliare.

#### **2. Area 2: qualità delle cure attraverso l’implementazione della Telemedicina**

Intervento 2.1: Telemedicina nelle Reti dell’Emergenza: è necessario che tutte le strutture di PS/DEA si dotino di almeno n. 2 PC di ultima generazione con piattaforma GIPSE e webcam ad alta risoluzione, collegati alla rete internet per effettuare i teleconsulti e la trasmissione delle immagini;

Intervento 2.2: Telemedicina domiciliare per i pazienti in altissima complessità: i Centri ADI dovranno dotarsi di:

- almeno n.1 PC di ultima generazione con webcam compatibile per eseguire l’accesso alla piattaforma di telemedicina ed effettuare il monitoraggio dei parametri clinici ed la televisita. La strumentazione di telemedicina per i pazienti sarà fornita dal Centro Erogatore di riferimento (DCA U00283/2017);

Intervento 2.3: Telemedicina domiciliare per i pazienti con insufficienza cardiaca dimessi dopo impianto di CRT-D: le UO di Cardiologia che selezioneranno i pazienti affetti da scompenso cardiaco ed impianto di Defibrillatore Biventricolare, ed i Centri ADI di riferimento dei pazienti stessi, dovranno dotarsi di:

- almeno n.1 PC di ultima generazione con webcam compatibile per eseguire l’accesso alla piattaforma di telemedicina per effettuare il monitoraggio dei parametri clinici ed la televisita. La strumentazione di telemedicina per i pazienti sarà fornita dal Centro Erogatore di riferimento (DCA U00283/2017) e dalla ditta produttrice del dispositivo cardiaco

Le Direzioni Aziendali dovranno inviare alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali un report trimestrale sulle attività eseguite. Con successivo atto verranno indicate ulteriori disposizioni regionali relative alle procedure attuative per la realizzazione del programma.



## UnitelmaSapienza

Università degli Studi di Roma

Si certifica che BISCU ANNAMARIA, nata a ROMA (RM) il 20/04/1970, è iscritta al primo anno del Master di Primo Livello in MANAGEMENT E FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE (D.M. 270/2004) per l'anno accademico 2020/2021 in qualità di studente in corso.

Dati relativi al versamento delle tasse universitarie nell'anno solare 2021

Causale Pagamento/Rimborso	Importo	Data vers./rimb.
<b>TASSA D'ISCRIZIONE CORSI POST LAUREA</b>		
IMPOSTA DI BOLLO VIRTUALE	€ 16.00	10/09/2021
CONTRIBUTO UNIVERSITARIO	€ 200.00	10/09/2021
	<b>Totale:</b>	€ 216.00
CONTRIBUTO UNIVERSITARIO	€ 200.00	02/11/2021
	<b>Totale:</b>	€ 200.00
CONTRIBUTO UNIVERSITARIO	€ 200.00	24/11/2021
	<b>Totale:</b>	€ 200.00
CONTRIBUTO UNIVERSITARIO	€ 250.00	15/12/2021
	<b>Totale:</b>	€ 250.00
	---	----
<b>Totale versato nell'anno solare 2021:</b>	<b>€ 866.00</b>	

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi, a norma della legge 183/2011 all'art.15.

Si rilascia il presente certificato in carta libera, per gli usi consentiti dalla legge (D.P.R. 26/10/1972 n.642 all.B)

ROMA, 31/01/2022

Area Servizi Agli Studenti

*Dott.Edmondo Fei*

I dati del presente certificato sono estratti dal sistema informativo automatizzato di questa università.

La firma è omessa ai sensi dell'art.3, comma 2, D. Lgs. 12/02/1993, n.39.