

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 71° - Numero 15

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 14 aprile 2017

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 31 marzo 2017.

Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70 pag. 2

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 31 marzo 2017.

Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale 8 novembre 1988, n. 39;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

Visto il D.A. 17 giugno 2002, n. 890 e successive modificazioni, recante direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante il titolo "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" che prevede, agli artt. 8 e 33, a partire dall'1 settembre, la cessazione delle esistenti Aziende sanitarie e la costituzione delle nuove Aziende del servizio sanitario regionale;

Visto il comma 4, lettere c, d, e, dell'art. 2 della legge regionale n. 5/2009;

Tenuto conto del documento adottato dal comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, in aderenza a quanto previsto dall'intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il "Patto per la salute per gli anni 2010-2012", con il quale sono stati approvati gli standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento;

Visto il Piano sanitario regionale "Piano della salute" 2011-2013, approvato con decreto presidenziale 18 luglio 2011 pubblicato nel S.O. n. 2 della *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 32 del 29 luglio 2011;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazione, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), dispone che le Regioni, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi che saranno definiti con apposito regolamento e tenendo conto della mobilità interregionale, adottino provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per abitanti di cui 0,2 per lungodegenza e 0,5 per riabilitazione, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;

Visto il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014;

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208, ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie Generale n. 302 del 30 dicembre 2015 - Suppl. Ordinario n. 70;

Visto il D.A. n. 46/2015 del 14 gennaio 2015 "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia";

Visto il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Vista la deliberazione n. 119 del 14 maggio 2015, con la quale la Giunta regionale ha approvato i primi criteri applicativi per la valutazione delle unità operative delle strutture pubbliche ai fini dell'allineamento tendenziale agli standard previsti dal regolamento di cui al D.M. n. 70/2015;

Visto il D.A. n. 1181/2015 dell'1 luglio 2015 "Recepimento decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015, n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", con il quale è stato avviato un percorso di rivisitazione generale del D.A. n. 46/2015 per allinearli ai contenuti del D.M. n. 70/2015;

Considerato che la Regione siciliana ha deciso di avvalersi della facoltà prevista all'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012, in continuità con il Programma operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, mediante la predisposizione di un "Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale" per il triennio 2016 - 2018", in corso di approvazione da parte dei Ministeri della salute e dell'economia;

Visto il D.A. n. 1360 del 3 agosto 2015 "Approvazione linee guida per l'adeguamento degli atti aziendali";

Visto il D.A. n. 1380 del 5 agosto 2015 "Approvazione delle linee di indirizzo regionali per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del servizio sanitario regionale";

Visti la nota del Ministero della salute n. 6253 del 22 febbraio 2016 nonché la nota pervenuta via mail in data 6 maggio 2016;

Preso atto delle osservazioni critiche nei confronti del citato D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015, contenute nel parere n. 139-P del 18 settembre 2015 reso dai Ministeri affiancanti, ai cui contenuti la Regione sta dando attuazione;

Vista la circolare assessoriale prot. n. 98551 del 25 marzo 2016 "Avvio delle procedure di reclutamento per la copertura dei posti vacanti e disponibili nelle dotazioni organiche delle aziende ed enti del S.S.R.: disposizioni operative", in particolare il punto 3) nella parte che recita "Nell'ipotesi in cui l'applicazione dei parametri di cui al D.M. n. 70/2015 comporterà l'eliminazione di alcune delle strutture complesse ricadenti nella medesima area metropolitana e/o bacino, l'Assessorato si riserva di valutare, previo raccordo con le Aziende interessate, l'individuazione della uoc che permane nella rete e dei predetti criteri applicativi";

Viste, altresì, le risultanze dell'attività di ricognizione avviata dal Dipartimento pianificazione strategica con note del 27 aprile 2016 indirizzate ai direttori generali delle Aziende sanitarie della Regione;

Preso atto che, a seguito dell'adozione degli atti aziendali da parte delle Aziende sanitarie della Regione, si è realizzata una prima riduzione delle unità operative complesse previste dal D.A. n. 46/2015;

Visti i decreti assessoriali con i quali sono stati approvati gli atti aziendali delle Aziende sanitarie della Regione;

Visto il D.A. n. 1188 del 29 giugno 2016 "Modifica del D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015 a seguito dell'approvazione degli atti aziendali" con il quale, per effetto dell'adozione degli atti aziendali da parte delle Aziende sanitarie della Regione è stato definito il nuovo assetto delle unità operative complesse delle medesime strutture;

Visto il documento AGENAS prot. n. 4969 del 24 maggio 2016 "Documento metodologico per la riorganizzazione della Rete di emergenza-urgenza della Regione siciliana";

Visto il D.A. n. 247 del 13 febbraio 2017, con il quale è stato istituito il Coordinamento del settore unico dell'Emergenza sanitaria al fine di implementare i nuovi modelli organizzativi in relazione alle previsioni del D.M. n. 70/2015 e del Documento metodologico AGENAS del 16 maggio 2016;

Considerato che l'intervenuta normativa di cui al D.M. n. 70/2015, disciplinando gli obiettivi previsti dagli standard in ordine ai bacini di utenza, al numero di accessi e della distanza dal DEA di riferimento alle soglie minime di volume di attività e di esito delle singole discipline, impone un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto. Tale metodologia, così come segnalato dal citato documento dell'AGENAS del 16 maggio 2016 vede la Rete dell'emergenza e urgenza essere allo stesso tempo spina dorsale e punto di partenza per la riclassificazione degli ospedali e la costituzione della nuova rete ospedaliera;

Ritenuto sulla scorta delle superiori direttrici di dover procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere, secondo i livelli di complessità crescente - previsti dal D.M. n. 70/2015 - individuando i presidi ospedalieri di base, i Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione di primo e di secondo livello nonché i presidi ospedalieri di zone disagiate eliminando le discipline duplicate nei singoli presidi/stabilimenti;

Ritenuto, altresì, di dover indicare il numero complessivo delle strutture classificate a livello regionale facenti parte del nuovo sistema di rete dell'emergenza urgenza e riportati nella sottostante tabella:

TOTALE REGIONALE - SICILIA	
DEA II - HUB	7
DEA I - SPOKE	22
PS BASE	14
PS ZONA DISAGIATA	11
PS ALTO RISCHIO AMBIENTALE	1

Ritenuto di dover rimodulare la nuova rete secondo il modello Hub e Spoke tra i DEA di II e di I livello e presidi di base la cui reciproca interazione sarà attuata preservando l'autonomia organizzativa di ciascun sistema nell'ottica sinergica di un necessario coordinamento. Tali strutture sono organizzate in modo da rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili;

Analogamente, la nuova programmazione prevede il necessario potenziamento della rete dell'assistenza territoriale nonché quella dell'emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni;

Ritenuto, inoltre, di dover mettere in atto interventi finalizzati al recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva con particolare riguardo a:

- riduzione di unità operative duplicate nell'ambito della medesima disciplina;
- accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operati-

ve con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli; riorganizzazione degli "ospedali riuniti" attraverso l'eliminazione delle discipline duplicate nei singoli presidi/stabilimenti e la separazione delle discipline afferenti all'emergenza e alle attività di elezione;

- rifunzionalizzazione del ruolo di alcuni ospedali che, ancorché essere riconvertiti, continuano ad assicurare prestazioni sanitarie nel territorio, riorganizzandosi verso una assistenza maggiormente incentrata sulla post acuzie, in tal modo integrando e completando l'offerta dei servizi sanitari degli altri ospedali;

Visto il Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell'emergenza - urgenza della Regione siciliana, prot. n. 25831 del 22 marzo 2017, nel quale vengono declinati gli specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, che si intendono raggiungere nei tempi fissati dal documento POCS 2016/2018 e che si sviluppano secondo le seguenti direttrici:

- adozione degli standards fissati nel D.M. n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- organizzazione su tre livelli di complessità crescente e dimensionata secondo bacini di popolazione, caratteristiche orografiche del territorio e viabilità;

- articolazione in "Hub" (Dea di II livello) e "Spoke" (Dea di I livello), Pronto soccorso di base e Pronto soccorso di area disagiata con la definizione dei fabbisogni per specialità secondo i nodi della rete dell'emergenza e delle patologie complesse tempo-dipendenti nonché l'allocazione delle Unità operative per l'elezione;

- valutazione del profilo epidemiologico nonché delle peculiari caratteristiche oro-geografiche e di viabilità del territorio siciliano che impone una distribuzione dell'offerta sanitaria, in alcuni casi più capillare. La previsione di presidi ospedalieri di area disagiata, in particolare, consente una copertura delle aree periferiche garantendo un servizio volto a prevenire possibili ricoveri più impegnativi, considerata la prevalenza di popolazioni anziane nei bacini montani e insulari.

Le zone insulari peraltro sono, nella quasi totalità dei casi, a forte impatto turistico;

- articolazione dell'offerta delle specialità ad elevata complessità (ad es. neurochirurgia, cardiocirurgia, grandi ustionati, chirurgia vascolare, toracica, maxillo-facciale e plastica) sulla base dei volumi minimi di attività e/o sulla tempestività della risposta al bisogno specifico di salute, nell'ambito delle reti tempo-dipendenti, in quanto fattori determinanti sugli esiti;

- organizzazione delle medesime discipline ad elevata complessità in ragione dei diversi ambiti assistenziali anche per il tramite di integrazioni interaziendali secondo il modello "Hub" e "Spoke";

- articolazione rete emergenza urgenza;

- articolazione delle reti tempo dipendenti: rete ictus, rete trauma, rete cardiologica;

- articolazioni reti per patologia previste dal D.M. n. 70/2015 che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale;

- mantenimento di alcuni "ospedali riuniti" avendo cura di organizzare gli accessi ad un unico pronto soccorso evitando, al contempo, la duplicazione di unità operative all'interno dei presidi riuniti secondo le indicazioni fornite dal documento AGENAS prot. n. 4969 del 24 maggio 2016;

- promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica nei diversi setting assistenziali;

Preso atto delle risultanze del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento, di cui al decreto del

Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 (istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015), tenutosi in data 24 marzo 2017, nel corso del quale i componenti del Tavolo tecnico hanno positivamente valutato i contenuti della relazione tecnico-metodologica subordinando la formale approvazione del documento di programmazione all'adozione di un atto regionale formale ed efficace prima dell'inoltro al Comitato LEA e al Tavolo Adempimenti, unitamente all'adozione di un crono programma degli interventi volti al riallineamento agli standard del D.M. n. 70/2015 da operarsi entro il 31 dicembre 2018, contenente le relative tappe intermedie, cui questa Regione intende adeguarsi;

Vista la nota, prot. n. 10101 del 29 marzo 2017, del direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, con la quale vengono riconfermati i contenuti dell'incontro tenutosi il 24 marzo 2017;

Considerato che il presente atto di programmazione ha valenza pluriennale, gli effetti dello stesso dovranno essere sistematicamente monitorati, al fine di valutarne lo stato di attuazione, l'efficacia degli interventi avvalendosi di tutti gli strumenti disponibili e utili allo scopo e orientare, ove necessario, le scelte programmatiche a livello regionale e aziendale, anche al fine di riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso di assicurare un più adeguato controllo della spesa, divenendo quindi uno strumento programmatico dinamico che possa rispondere agli intervenuti bisogni di salute ed allinearsi alle risultanze del monitoraggio per volumi ed esiti che la Regione opererà nel rispetto dei tempi fissati dal crono programma e dalla proposta POCS 2016/2018, sempre nel rispetto dei parametri e standards fissati dal D.M. n. 70/2015;

Vista la deliberazione n. 156 del 28 marzo 2017, con la quale è stata approvata dalla Giunta regionale il documento di riordino della rete ospedaliera, conformemente alle prescrizioni di cui al verbale della riunione del 24 marzo 2017 del Tavolo ministeriale per il monitoraggio dell'attuazione del decreto ministeriale n. 70/2015, comprensivo di: documento metodologico prot. n. 25831 del 22 marzo 2017, tabelle di sintesi sull'organizzazione per bacini della rete, tabelle di sintesi sull'organizzazione della rete ospedaliera, crono programma degli interventi per la riconduzione delle strutture complesse entro i parametri e gli standard del decreto ministeriale n. 70/2015;

Preso atto del parere favorevole reso dalla VI Commissione legislativa dell'Assemblea regionale nella seduta del 29 marzo 2017 nonché della risoluzione n. 68 adottata dalla Commissione;

Vista la nota prot. n. 28548 del 31 marzo 2017 del Dipartimento pianificazione strategica, con la quale nelle tabelle analitiche sono stati evidenziati alcuni refusi e/o errori materiali da rettificare, emersi a seguito del parere della VI Commissione ARS, di segnalazioni da parte di alcuni direttori generali;

Ritenuto, pertanto, che una volta intervenuta l'approvazione della rete ospedaliera, si procederà all'attività di riallineamento progressivo agli standards richiesti dal Tavolo ministeriale, dando attuazione alle azioni di sviluppo contenute nel documento metodologico del 22 marzo 2017 nonché all'analisi di ulteriori processi di rifunzionalizzazione e/o integrazione sia nel settore pubblico che nel settore privato accreditato e contrattualizzato, nel rispetto

e in coerenza delle previsioni del D.M. n. 70/2015, valutando le osservazioni formulate dalla VI Commissione ARS, dai direttori generali delle Aziende e procedendo all'allocazione dei 164 posti letto per le acuzie e 154 per le post-acuzie ancora da assegnare;

Preso atto, infine, che il progetto di riorganizzazione della rete di cui al presente decreto prevede un allineamento progressivo agli standard previsti dal D.M. n. 70/2015 e che lo stesso troverà compiuto adempimento in linea con il crono programma definito dal Programma operativo di consolidamento e sviluppo per il triennio 2016 – 2018 e con il crono programma di cui all'allegato 4 al presente decreto e che verranno fornite le necessarie direttive ai direttori generali in ordine ai tempi di attuazione delle singole previsioni della rete anche in un'ottica di sinergica integrazione con la rifunzionalizzazione del settore privato accreditato contrattualizzato;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni in premessa citate, è approvato il documento di riordino della rete ospedaliera, conformemente alle prescrizioni di cui al verbale della riunione del 24 marzo 2017 del Tavolo ministeriale per il monitoraggio dell'attuazione del decreto ministeriale n. 70/2015, comprensivo di: documento metodologico prot. n. 25831 del 22 marzo 2017, tabelle di sintesi sull'organizzazione per bacini della rete, tabelle di sintesi sull'organizzazione della rete ospedaliera, crono programma degli interventi per la riconduzione delle strutture complesse entro i parametri e gli standard del D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Consequentemente le strutture ospedaliere della Regione siciliana vengono classificate, secondo i livelli di complessità crescente - previsti dal D.M. n. 70/2015 individuando i presidi ospedalieri di base, i Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione di primo e di secondo livello nonché i presidi ospedalieri di zone disagiate come da Allegati 1 e 2, 3 che costituiscono parte integrante al presente decreto.

Art. 2

Il presente atto di programmazione ha valenza pluriennale e l'allineamento agli standard del D.M. n. 70/2015 avverrà nei tempi e con le modalità definiti nel crono programma definito dal Programma operativo di consolidamento e sviluppo per il triennio 2016 – 2018 e con il crono programma di cui all'allegato 3 al presente decreto e verranno fornite le necessarie direttive ai direttori generali in ordine ai tempi di attuazione delle singole previsioni della rete anche in un'ottica di sinergica integrazione con la rifunzionalizzazione del settore privato accreditato contrattualizzato.

Art. 3

Il presente decreto sarà pubblicato nel sito internet dell'Assessorato regionale della salute e inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione ai sensi dell'art. 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21.

Palermo, 31 marzo 2017.

GUCCIARDI

REPUBBLICA ITALIANA
Regione SicilianaASSESSORATO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
Servizio 4 "Programmazione ospedaliera"Prot.n. 25831Palermo 22-03-2017**OGGETTO: DOCUMENTO METODOLOGICO PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RETE DELL'EMERGENZA – URGENZA DELLA REGIONE SICILIANA.**Al Direttore Generale
Ministero della Salute
Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria
ROMA**ANALISI DI CONTESTO***Premessa*

Il particolare contesto oro-geografico ha da sempre inciso sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari: la vastità del suo territorio, la presenza di arcipelaghi (Eolie, Egadi, Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria) comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

Profilo demografico

La popolazione regionale residente al 01 gennaio 2015 risulta di 5.092.080 unità, di cui 2.472.370 uomini (48,6%) e 2.619.710 donne (51,4%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km², risulta essere la più vasta del Paese.

L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto della popolazione (1.234.507 abitanti pari al 24,2% del totale).

La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) per un totale di 390 comuni.

La provincia più grande è Palermo che con 1.276.525 abitanti rappresenta circa un quarto della popolazione totale dell'isola (tabella 1).

Tabella 1. Popolazione residente in Sicilia e superficie territoriale (anno 2015).

Provincia di residenza	Numero Comuni	Popolazione Residente	superficie in Km ^q	Densità Abitanti per Km ^q
Agrigento	43	447.738	3.052	146,7
Caltanissetta	22	274.024	2.138	128,2
Catania	58	1.116.917	3.574	312,5
Enna	20	171.190	2.575	66,5
Messina	108	645.296	3.266	197,6
Palermo	82	1.276.525	5.009	254,8
Ragusa	12	318.983	1.624	196,4
Siracusa	21	405.111	2.124	190,7
Trapani	24	436.296	2.470	176,6

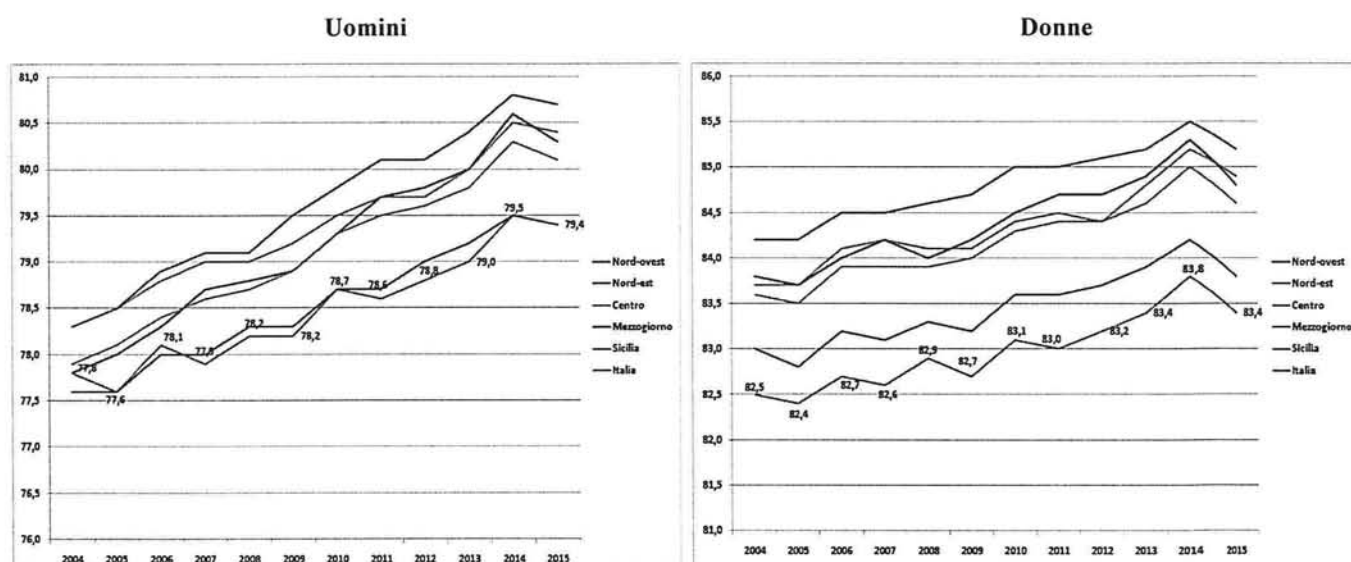
Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

La struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione stanno conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Quanto agli aspetti socio economici che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, alla fine del 2015 il tasso di disoccupazione in Sicilia è pari al 21,4%, superiore al valore di riferimento nazionale (11,9%). Si registra un divario ragguardevole tra uomini e donne: il tasso di disoccupazione femminile raggiunge il 22,7%; 2 punti percentuali in più di quello maschile (20,7%).

Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate.

Figura 3. Andamento della speranza di vita 2004-2015: confronto Sicilia – Italia.
(Elaborazione DASOE su base dati Istat)



Le migrazioni dall'estero degli ultimi anni producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e degli adulti in età da lavoro.

Secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT, nella popolazione della Sicilia la quota di anziani continuerà a crescere nei prossimi decenni a causa dell'allungamento della speranza di vita.

Inoltre, è attesa una riduzione della quota di giovani a seguito dell'esaurimento dell'effetto riequilibrante dovuto all'immigrazione di giovani adulti e alla ripresa della natalità negli anni recenti. Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema sociosanitario regionale.

Quadro nosografico della Regione

Parte Prima: Mortalità

I dati di mortalità riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per la sola Sicilia per il periodo 2007-2015 e dalla base dati di mortalità Istat - HFA (ultimo aggiornamento: 31 dicembre 2013) per i confronti Sicilia-Italia.

1.1 Mortalità infantile

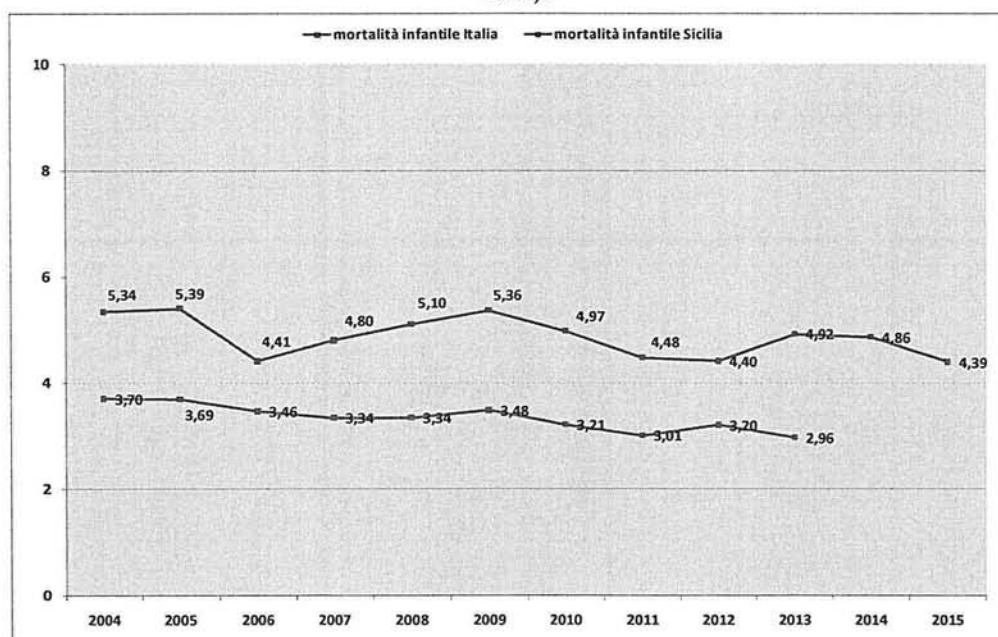
Il tasso di mortalità infantile oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, è considerato nella letteratura internazionale una misura riassuntiva dello stato di salute di comunità e uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili.

Nel 2013 (ultimo anno disponibile per un confronto a livello nazionale) in Sicilia il tasso di mortalità infantile è stato di 4,9 morti per 1.000 nati vivi (Italia: 3 morti per 1.000 nati vivi).

La mortalità infantile in Sicilia si mantiene tendenzialmente più alta rispetto al tasso di mortalità infantile italiano.

Nel periodo analizzato (2004-2015) l'andamento della mortalità infantile in Sicilia (Fig. 4) mostra complessivamente una riduzione nel tempo con tassi che variano dal 5,3‰ del 2004 al 4,4‰ del 2015: malgrado sia rilevabile in ambito regionale un sensibile miglioramento, tuttavia si riscontrano livelli del tasso più elevati rispetto alla media nazionale.

Fig. 4. Andamento dei tassi di mortalità infantile in Sicilia (2004-2015) e in Italia (2004-2013) per 1.000 nati vivi (Elaborazione DASOE su base dati Istat - HFA (versione giugno 2016) e su base dati ReNCaM 2004-2015).



1.2 Mortalità generale

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti sulla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2013, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi risulta più elevato rispetto al valore nazionale (uomini 103,8 vs 98,2 /10.000; donne 70,5 vs 64 /10.000).

Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale (evidenziati in grassetto) si riscontrano in entrambi i sessi per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore.

Per il solo genere maschile valori superiori si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio; mentre per il solo genere femminile si segnala il tumore del colon retto.

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2013				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	30,8	33,1	17,8	18,6
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,5	1,9	0,8	0,9
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	3,4	3,4	2,2	2,0
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	7,8	8,2	1,8	2,3
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			2,8	3,0
Diabete mellito	5,0	3,1	4,1	2,4
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,1	3,5	2,6	2,8
Malattie del sistema circolatorio	39,1	33,3	29,1	23,9
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	11,0	8,0	9,8	6,7
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	13,0	12,5	6,8	6,7
Malattie dell'apparato respiratorio	7,9	7,8	3,3	3,7
Malattie dell'apparato digerente	3,5	3,7	2,3	2,5
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	4,3	4,4	2,1	2,1
Tutte le cause	103,8	98,2	70,5	64,0

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT-HFA. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno di riferimento: 2013.

In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie risulta quindi più elevata che nel resto del paese.

Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete e le malattie respiratorie (specie nel sesso maschile). Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio.

La patologia tumorale, pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese, si avvicina o talvolta si sovrappone ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella e il tumore del colon retto nel genere maschile).

Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio.

Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardio-vascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Mortalità per grandi gruppi di cause in Sicilia

Rango	Grandi Categorie ICD IX - UOMINI	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD IX - DONNE	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni
1	Malattie del sistema circolatorio	9031	37,4	231937,0	Malattie del sistema circolatorio	11207	45,2	106772
2	Tumori maligni	7151	29,6	347022,5	Tumori maligni	5281	21,3	290292,5
3	Malattie dell'apparato respiratorio	1811	7,5	33019	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1635	6,6	30190,5
4	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1261	5,2	42059,5	Malattie dell'apparato respiratorio	1180	4,8	16437,0
5	Cause esterne dei traumi ed avvelenamenti	968	4,0	166398	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1031	4,2	16926,5
6	Malattie dell'apparato digerente	959	4,0	52459	Malattie dell'apparato digerente	902	3,6	22742
7	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	668	2,8	32543	Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	827	3,3	23852
8	Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	665	2,8	31643	Malattie dell'apparato genitourinario	719	2,9	9641,5
9	Malattie dell'apparato genitourinario	650	2,7	11708	Disturbi psichici	670	2,7	5137,5
10	Disturbi psichici	380	1,6	8353	Cause esterne dei traumi ed avvelenamenti	603	2,4	36337
11	Tumori benigni, in situ, incerti e non specificati	149	0,6	7234	Tumori benigni, in situ, incerti e non specificati	148	0,6	7242,5
12	Malformazioni congenite, cond. morb. perinatali	146	0,6	76178,5	Malformazioni congenite, cond. morb. perinatali	126	0,5	65354,0
13	Malattie infettive e parassitarie	126	0,5	9124	Malattie infettive e parassitarie	120	0,5	5266,5
14	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	88	0,4	4330	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	119	0,5	4383,5
15	Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	34	0,1	1627,5	Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	97	0,4	4157,5
16	Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	12	0,0	605	Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	22	0,1	733
17	Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	0	0	150	Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	2	0,0	657,5
	Tutte le Cause	24158	100	1058181	Tutte le Cause	24782	100	647012

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2007-2015.

La distribuzione per numero assoluto delle grandi categorie ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostengono insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame.

La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (7,5%) e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,6%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

In generale pertanto in merito alla mortalità in Sicilia si evidenzia quanto segue:

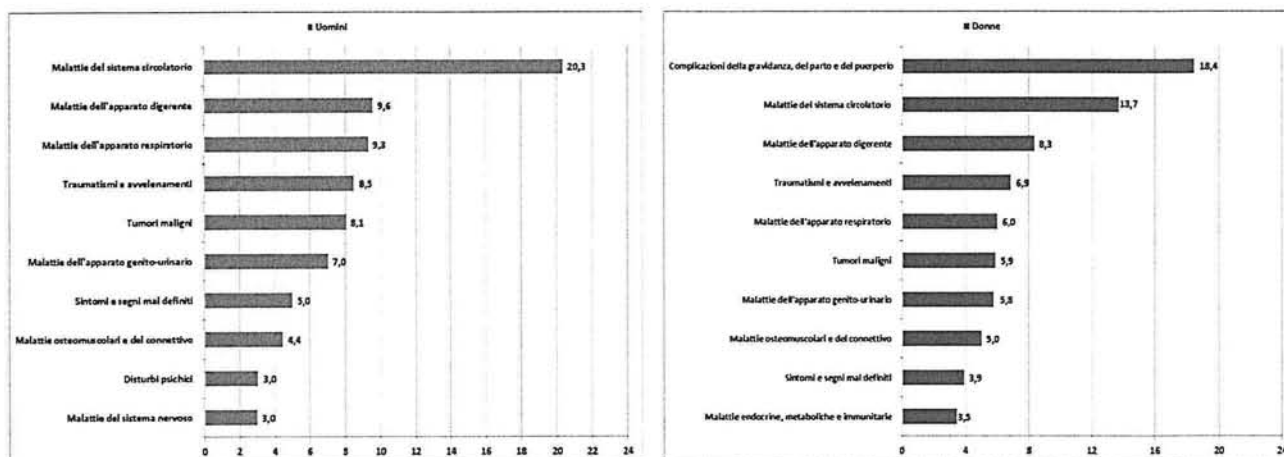
- è aumentata l'aspettativa di vita;
- la mortalità infantile, indicatore sintetico dello stato socio-sanitario di comunità, si mantiene tra i più elevati del Paese, anche se in progressiva riduzione;
- la mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale (in particolare nelle donne);
- le principali cause di decesso sono attribuibili alle malattie del sistema circolatorio e ai tumori;
- la mortalità precoce è principalmente attribuibile ai tumori e, per il genere maschile in particolare, alle malattie del sistema circolatorio e ai traumi ed avvelenamenti;
- il peso di alcune condizioni croniche come le malattie circolatorie (in particolare cerebrovascolari), diabete e broncopatie croniche è particolarmente rilevante in Sicilia e potenzialmente destinato ad un progressivo incremento in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Assistenza Ospedaliera

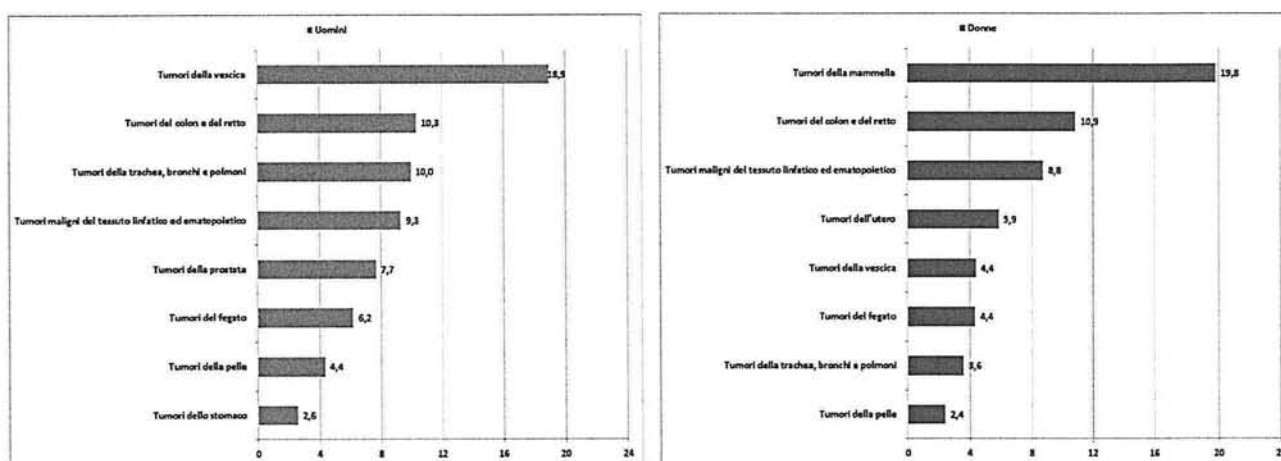
Anche la distribuzione proporzionale dei ricoveri ordinari e in day hospital per grandi categorie ICD IX-CM riportata nei due grafici sottostanti, conferma che le malattie del sistema circolatorio si segnalano come la prima causa di ricovero nella nostra regione tra il genere maschile e come seconda tra il genere femminile. Durante il triennio 2011-2013 infatti, in Sicilia il numero medio annuale di ricoveri per malattie del sistema circolatorio è stato pari a 98.361 di cui il 20,3% tra gli uomini e il 13,7% tra le donne.

Oltre alle cause circolatorie, tra le prime cinque grandi categorie diagnostiche emergono tra le donne i ricoveri per le complicanze della gravidanza e del parto (18,4%), per malattie dell'apparato digerente (8,3%), per traumatismi e avvelenamenti (6,9%). Tra gli uomini si segnalano i ricoveri per malattie dell'apparato digerente (9,6%) e quelli per traumatismi e avvelenamenti (8,5%).

Ospedalizzazione proporzionale per grandi categorie ICD-9 CM in Sicilia (tutte le età)



Come rappresentato nei due grafici seguenti, le cause principali di ospedalizzazione per cause tumorali sono rappresentate nell'uomo dai tumori della vescica (18,9%), seguiti da quelle del colon e del retto (10,3%) e dalle neoplasie dell'apparato respiratorio (10,0%); mentre tra le donne siciliane la prima causa di ospedalizzazione sono i tumori della mammella (19,8%), seguiti dalle neoplasie del colon e del retto (10,9%) e del tessuto linfatico ed ematopoietico (8,8%)



Ospedalizzazione proporzionale per tumori in Sicilia (tutte le età)

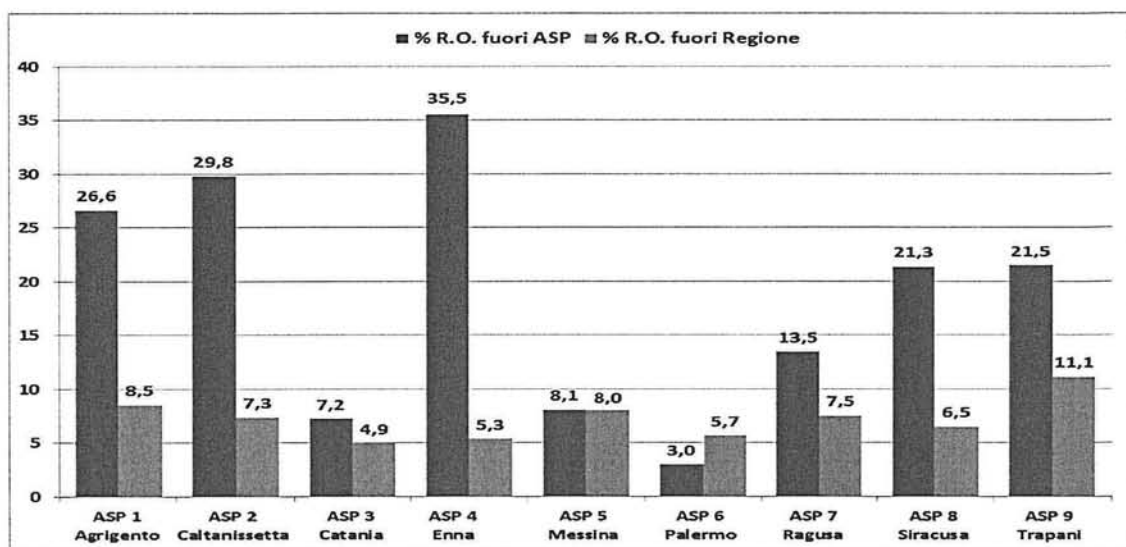
Dimissioni R.O. e D.H. solo diagnosi principale - elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

Mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale, così come riportato nei grafici successivi.

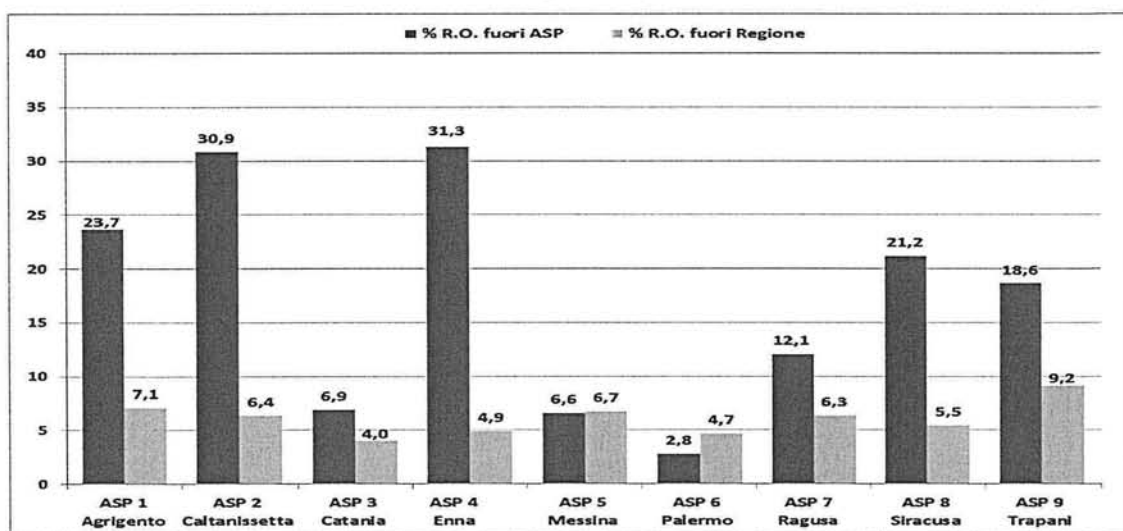
Tra gli uomini rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza, con valori significativamente superiori alla media regionale (13,3%) osservati nelle province di Enna (35,5%), Caltanissetta (29,8%) e Agrigento (26,6%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (11,1%), Agrigento (8,5%) e Messina (8%), valori al di sopra del riferimento regionale (6,8%).

Distribuzione della mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza (2011-2013). Uomini



Tra le donne rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza osservata nelle province di Enna (31,3%), di Caltanissetta (30,9%) e di Agrigento (23,7%), valori significativamente superiori al riferimento regionale (12,1%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (9,2%), Agrigento (7,1 %) e Messina (6,7%), valori al di sopra della media regionale (5,7%).

Distribuzione della mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza (2011-2013). Donne



Elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

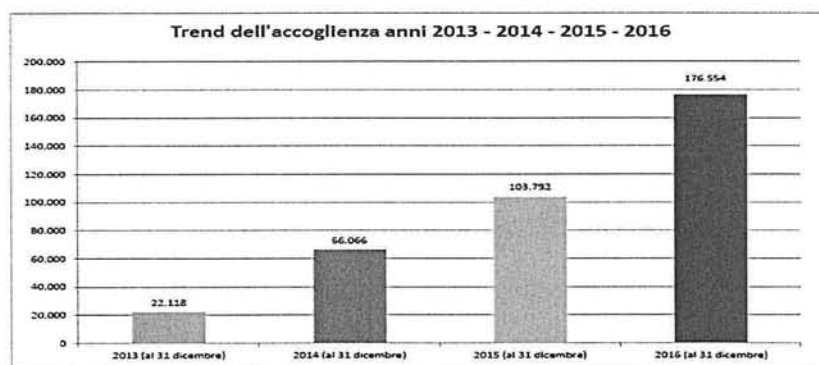
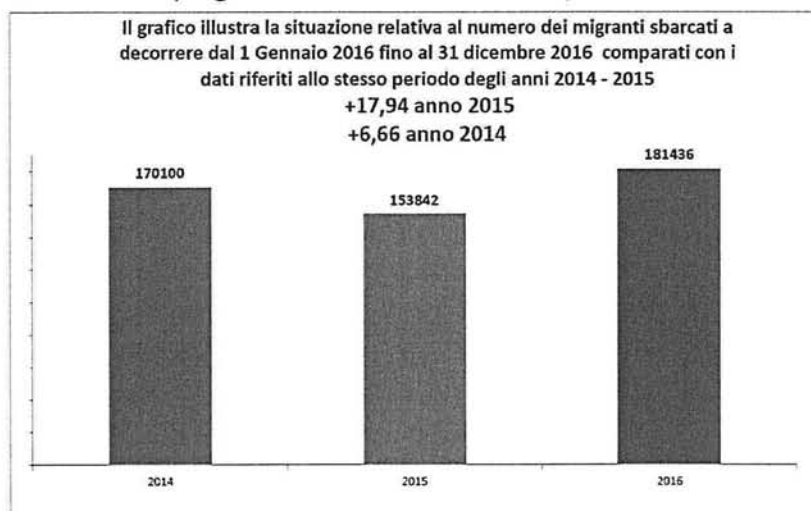
Mobilità infra ed extraregionale per reparto di dimissione

La mobilità passiva, anche se si registra un trend in diminuzione, rappresenta una tematica di grande interesse, sia per i costi ed il disagio agli utenti, sia per gli oneri finanziari addebitati alla regione. Le cause che determinano mobilità passiva sono da ricondurre, oltre che a necessità

logistiche, anche ad una offerta che non tiene in debita considerazione l'orografia del territorio, la viabilità ed i collegamenti in generale.

La mobilità attiva (intesa come ricoveri per soggetti non residenti in Sicilia) è legata allo sbarco dei migranti (che in determinati periodi dell'anno presente picchi non prevedibili), al turismo (specialmente nelle stagioni primaverili-estive), ai ricoveri degli utenti provenienti dalle regioni vicine (come la Calabria) ed alla presenza di alcuni centri di eccellenza come il Bonino Pulejo, l'Ismett, etc.

Per quanto attiene il fenomeno della migrazione, che ha assunto ormai caratteri di stabilità, si riportano i dati forniti dal Ministero dell'Interno che documentano un trend in forte aumento rispetto al 2015 (+ 17.94%) rappresentando di fatto una popolazione paragonabile ad una media provinciale italiana (migranti anno 2016 n. 181436).



Nella nuova rete regionale dei posti letto si punta a razionalizzare l'offerta, mirando ad un contenimento della mobilità passiva oltre che a fronteggiare eventuali emergenze in considerazione che la Sicilia è un territorio a rischio ambientale (aree di Priolo, Augusta, Gela, etc), idrogeologico, terremoti e per eruzioni vulcaniche; inoltre, gli sbarchi dei migranti comportano la necessità di adeguare la rete per far fronte ad eventuali fenomeni di sovraffollamento ed epidemie.

Le discipline per cui è maggiore il numero di ricoveri nel triennio 2011-2013 sono chirurgia generale (313.019 ricoveri in media l'anno), ostetricia e ginecologia (291.297) e medicina generale (264.957).

La percentuale più alta di ricoveri avvenuti fuori regione si riscontra nel reparto di Recupero e riabilitazione funzionale (17%), seguito da Ortopedia e traumatologia (12%) e da Urologia e Oculistica (10%).

Per quanto riguarda invece i ricoveri avvenuti fuori ASP, la percentuale più elevata si registra nei reparti di Oncologia e Oculistica (23%), Neurologia (21%), e di Day Surgery (19%).

Mobilità infra ed extraregionale per reparto di dimissione dei residenti siciliani

Codice Dimissione	Disciplina	Totale Ricoveri	% Ricoveri fuori regione	% Ricoveri fuori ASP
56	Recupero e riabilitazione funzionale	54.931	17%	16%
36	Ortopedia e traumatologia	200.984	12%	15%
43	Urologia	98.634	10%	16%
34	Oculistica	53.912	10%	23%
38	Otorinolaringoiatria	72.136	9%	17%
64	Oncologia	81.921	8%	23%
32	Neurologia	64.482	6%	21%
9	Chirurgia generale	313.019	5%	17%
39	Pediatria	146.759	4%	15%
8	Cardiologia	164.955	4%	13%
26	Medicina generale	264.957	3%	7%
37	Ostetricia e ginecologia	291.297	3%	13%
98	Day Surgery	69.506	3%	19%
24	Malattie infettive e tropicali	47.642	2%	14%
31	Nido	118.039	1%	10%
	Tutte le discipline	2.646.781	16%	6%

Elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

3.3 Mobilità infra ed extraregionale per DRG

I DRG che nel triennio 2011-2013 hanno fatto registrare il maggior numero di ricoveri sono neonato normale (115.756), parto vaginale senza diagnosi complicanti (70.686) ed infine parto cesareo senza CC (61.487).

Per quanto riguarda la percentuale dei ricoveri per DRG avvenuti fuori regione, la quota più elevata è stata osservata per i ricoveri per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (17%), seguita dai ricoveri per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (13%).

Per quanto riguarda invece la percentuale dei ricoveri avvenuti fuori dal territorio provinciale nel triennio 2011-2013, risulta più elevata quella per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia (25%), seguita da quella relativa alle malattie degenerative del sistema nervoso (21%).

Mobilità infra ed extraregionale per DRG dei residenti siciliani

Codice DRG	Descrizione	Totale Ricoveri	% Ricoveri fuori regione	% Ricoveri fuori ASP
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	32.260	17%	25%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	31.777	13%	17%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	25.615	7%	21%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	28.656	7%	18%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	44.283	5%	19%
430	Psicosi	40.740	4%	13%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	42.078	3%	16%
316	Insufficienza renale	35.774	3%	12%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	32.632	2%	8%
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	24.102	2%	13%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	26.798	2%	8%
127	Insufficienza cardiaca e shock	56.642	2%	6%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	70.686	2%	11%
371	Parto cesareo senza CC	61.487	1%	11%
391	Neonato normale	115.756	1%	10%
	Tutte le discipline	2.646.779	6%	16%

Elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DELL'EMERGENZA-URGENZA

L'emanazione del DM 70/2015/2015 impone un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera nella riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e nella metodologia di calcolo della dotazioni dei posti letto. Tale metodologia, così come segnalato dal documento dell'AGENAS del 16.05.2016 vede la Rete dell'Emergenza e Urgenza essere allo stesso tempo spina dorsale e punto di partenza per la riclassificazione degli ospedali e la costituzione della nuova rete ospedaliera.

La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili.

Il riordino della rete ospedaliera regionale persegue quindi specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, che si intendono raggiungere nei tempi fissati dal documento POCS 2016/2018 e che si sviluppano secondo le seguenti direttrici:

- adozione degli standards fissati nel D.M. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- organizzazione su tre livelli di complessità crescente e dimensionata secondo bacini di popolazione, caratteristiche orografiche del territorio e viabilità;
- articolazione in “Hub” (Dea di II livello) e “Spoke” (Dea di I livello), Pronto soccorso di base e Pronto soccorso di area disagiata con la definizione dei fabbisogni per specialità secondo i nodi della rete dell'emergenza e delle patologie complesse tempo-dipendenti nonché l'allocazione delle Unità operative per l'elezione.
- valutazione del profilo epidemiologico nonché delle peculiari caratteristiche oro-geografiche e di viabilità del territorio siciliano che impone una distribuzione dell'offerta sanitaria, in alcuni casi più capillare. La previsione di presidi ospedalieri di area disagiata, in particolare, consente una copertura delle aree periferiche garantendo un servizio volto a prevenire possibili ricoveri più impegnativi, considerata la prevalenza di popolazioni anziane nei bacini montani e insulari.
Le zone insulari peraltro sono, nella quasi totalità dei casi, a forte impatto turistico.
- articolazione dell'offerta delle specialità ad elevata complessità (ad es. neurochirurgia, cardiocirurgia, grandi ustionati, chirurgia vascolare, toracica, maxillo-facciale e plastica) sulla base dei volumi minimi di attività e/o sulla tempestività della risposta al bisogno specifico di salute, nell'ambito delle reti tempo-dipendenti, in quanto fattori determinanti sugli esiti;
- organizzazione delle medesime discipline ad elevata complessità in ragione degli diversi ambiti assistenziali anche per il tramite di integrazioni interaziendali secondo il modello “Hub” e “Spoke”;
- mantenimento di alcuni “ospedali riuniti” avendo cura di organizzare gli accessi ad un unico pronto soccorso evitando, al contempo, la duplicazione di unità operative all'interno dei presidi riuniti secondo le indicazioni fornite dal documento AGENAS prot. n. 0004969 del 24/5/2016.
- promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica nei diversi setting assistenziali

LA RETE DELLA EMERGENZA ED URGENZA INTRA ED EXTRA OSPEDALIERA: ANALISI DELLE CRITICITÀ ESISTENTI E LE PECULIARITÀ “STRUTTURALI E AMBIENTALI DELLA REGIONE SICILIA

Gli ultimi 20 anni, in estrema sintesi, per la Regione Sicilia hanno visto, una politica sanitaria tendente alla centralizzazione delle alte specializzazioni in tre sole aree metropolitane (Palermo, Catania e Messina), una parcellizzazione della organizzazione ospedaliera nelle province in periferia e una manifesta difficoltà alla integrazione territorio-ospedale. Tutto ciò ha avuto delle ripercussioni sul sistema di emergenza e urgenza ospedaliero e territoriale che il documento AGENAS del 16 maggio 2016 fotografa nella sue attuali criticità partendo proprio dalla formulazione “Ospedali-Riuniti” *“la quale ha generato una frammentazione dell'attività ospedaliera tale da rendere difficile il raggiungimento degli obiettivi previsti dagli standard previsti dal DM 70/2015/2015 in ordine ai bacini di utenza, alle soglie minime di volume di attività e di esito delle singole discipline da applicare, in fase di programmazione, a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati.”*

Asse portante e punto di partenza per la classificazione della rete ospedaliera, per i conseguenti adeguamenti della numerosità dei posti letto e delle UU.OO., dei rapporti e della integrazione Ospedale-Territorio, per il DM 70/2015/2015 e per l'AGENAS è la riorganizzazione e la riformulazione della rete dell'Emergenza Ospedaliera e Territoriale.

Il principio che, pertanto, ispira il lavoro che ha portato alla elaborazione del documento propositivo esposto al successivo punto, è stato quello del rispetto e di una corretta interpretazione del DM.70/2015 e delle indicazioni fornite dall'AGENAS, non disgiunto dalla necessità di contemplare le criticità esistenti, si da sviluppare nel primo triennio 2016/2018 tutte quelle attività propedeutiche alla piena adesione a regime alla normativa nazionale. D'altronde tale principio risponde, in particolare in un settore quale quello dell'Emergenza e Urgenza (che costituisce indubbiamente la massima espressione di sanità pubblica e di livello essenziale di assistenza che va comunque garantito), a quello della necessaria graduale trasformazione e risoluzione delle criticità che, per essere risolte in tempi brevissimi richiederebbero investimenti immediati e tempi ben più lunghi del triennio di applicazione previsto dal D.M. 70/2015.

Il disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata) assume quindi a suo supporto i presidi e le specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definisce il bacino di utenza di ciascuna specialità.

LA RETE DELL'EMERGENZA ED URGENZA INTRA ED EXTRA OSPEDALIERA EX DM70/2015 PER IL TRIENNIO 2016/2018

Il "Sistema di Emergenza" vede diversi elementi coinvolti, Centrali Operative 118 (C.O.118), Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), che devono essere tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e i P.S./D.E.A. che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'Emergenza sanitaria.

Il documento AGENAS del 16.05.2016 recita :

“ Relativamente alla classificazione delle strutture ospedaliere per i livelli di complessità crescente previsti dal DM 70/2015, di seguito si riporta la tabella utile a delineare la proposta di rete alla luce delle componenti ospedaliere e territoriali. All'interno sono stati indicati, per ogni singola area geografica, i possibili DEA di II livello, in attesa che la Regione rivaluti l'assetto degli Ospedali riuniti di distretto" la cui programmazione è contenuta nel Decreto 46/2015. Successivamente alla identificazione del ruolo di tutte le strutture. potrà essere completato il

disegno a matrice della rete dell'emergenza urgenza ospedaliera e territoriale per singola area geografica."

Su questa base, sui presupposti sopra citati e dall'analisi complessiva si è proceduto a delineare la proposta di rete dell'emergenza ospedaliera, allegata in tabella 1 al presente documento.

Il bacino di utenza va inteso come area comprensiva di quella popolazione/territorio (numero/metri quadri) che ha come riferimento per la risposta al suo bisogno di salute una offerta sanitaria che partendo dal Territorio, per crescenti e più specialistiche risposte, si rifà a un Presidio di base con PS, ad un Dea di I livello fino ad uno di II livello.

In tal modo vengono definiti, per ciascun livello di complessità nella rete i modelli organizzativi e le strutture definite Presidi, anche sotto il profilo numerico.

In relazione alla popolazione residente, verificati i bacini di utenza minimi e massimi, si possono programmare in Regione Sicilia i seguenti presidi come numero minimo/massimo prevedibile:

- ☐ DEA di II livello: da 4 a 8
- ☐ DEA di I livello: da 17 a 34
- ☐ Ospedali con PS di Base da 34 a 64

Le considerazioni e le analisi precedenti rendono evidente come, a fianco di una programmazione che tende a rendere omogenea un'offerta ospedaliera ancora oggi troppo sbilanciata nei singoli territori aziendali, sia necessario prevedere un adeguamento strutturale, in parte realizzabile nel triennio di vigenza del presente piano, ma anche una progettualità più estesa nel tempo e di maggiore rilevanza che preveda i necessari adeguamenti mediante il reperimento delle risorse finalizzate a consentire l'obiettivo dell'omogenizzazione.

In tema di peculiarità in tale ambito si registra la maggiore criticità tale che una applicazione della normativa sic et simpliciter che non tenga conto della realtà e della peculiarità regionale, potrebbe determinare una raffica di episodi di **"malasanità normata"**.

In pratica alcuni territori ed aree (Trapani Agrigento e Siracusa Ragusa) sono scoperte sotto il profilo in particolare dei DEA di II livello, ma è palese che un adeguamento in tal senso richiede risorse economiche e tempi di realizzazione che non si conciliano con il solo triennio previsto dal DM 70/2015 e pertanto le soluzioni proposte rappresentano una risposta immediata al fabbisogno e al rispetto delle esigenze dei diversi bacini di utenza e gettano le basi per una successiva futura programmazione.

DEA di II livello

Sulla base di tali premesse la rete ospedaliera esistente permette di identificare, quali già attivabili, 5 DEA di II livello, concentrati, nella realtà attuale, nelle aree metropolitane di Palermo (ARNAS Civico e AOUP P. Giaccone), Catania (AO Cannizzaro e AOUP Policlinico) e Messina (AOUP Policlinico), in quanto in possesso dei requisiti previsti senza alcuna integrazione o riorganizzazione (solo efficientamento dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali già esistenti), .

L'attuale concentrazione dei DEA di II livello nelle aree metropolitane permette nel breve e medio periodo di far fronte alle aree geografiche strutturate in 4 bacini che, nel triennio previsto e in prima attuazione del DM70/2015, devono necessariamente avere un punto di riferimento strutturato come terminale di alta specializzazione della rete territoriale e ospedaliera di emergenza e urgenza.

Si tratta di tre grandi aree geografiche: quella della Sicilia centro orientale (Area geografica Palermo Trapani Agrigento Caltanissetta su Palermo: 2.300.000 abitanti), quella della Sicilia orientale e meridionale (Area geografica Catania Enna Siracusa Ragusa su Catania: 2.000.000

abitanti) e quella della Sicilia settentrionale che guarda al territorio della Calabria (Area geografica su Messina: 700.000) .

Per tale ragione e per una più adeguata e rispondente offerta sanitaria alle peculiari necessità del territorio e della popolazione, altri 3 DEA di II livello vengono identificati e saranno attivati entro il triennio previsto dal DM 70/2015 o nel successivo triennio. Tale attivazione coincide con la riorganizzazione del sistema territorio e SUES 118 che è entrata in fase attuativa con la istituzione del *Coordinamento del Settore Unico per l'Emergenza sanitaria* (D.A. n. 247 del 13.02.2017).

Pertanto, l'ARNAS Garibaldi per la Sicilia Orientale con la strutturazione rispondente ai requisiti previsti dal DM 70/2015 sarà attivato funzionalmente come DEA di II livello entro il 31.12.2017.

L' AO S. Elia Caltanissetta - San Cataldo che, per la sua allocazione geografica (Sicilia Centrale) e per essere sede del 4° bacino del sistema di emergenza/urgenza (Agrigento, Caltanissetta, Enna), risponde a una **logica di progressivo "decentramento"** inteso come "avvicinamento al bacino di utenza di riferimento" previsto dal DM 70/2015, sarà attivo come DEA di II livello entro e non oltre il 31.12.2018.

L'AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, per la Sicilia Occidentale, oggi costituita da 2 Presidi Dea di I livello (attualmente uno a vocazione di alta specializzazione medica e chirurgica e uno a vocazione emergenza sanitaria e neurotraumatologica), sarà oggetto di un progetto di unificazione funzionale e strutturale con conseguente rimodulazione delle attività, delle funzioni e delle UU.OO., in modo tale che **nel successivo triennio 2018-2021** possa essere rispondente ai requisiti di un DEA di II livello. Tale Azienda rappresenta peraltro un polo di riferimento anche per il bacino di Trapani e i due presidi offrono un servizio differenziato anche in relazione alla loro posizione e alla fruizione da parte dell'utenza della relativa offerta sanitaria.

Al fine di una più corretta identificazione della qualificazione delle A.O., visto che gli accessi vengono considerati previsti come criterio di classificazione dei Pronto Soccorso, questo Assessorato, sulla scia di quanto riportato in Letteratura e in altri virtuosi modelli organizzativi ospedalieri, ritiene che il numero di accessi da solo non renda conto della qualità e quantità delle prestazioni erogate e dei volumi e dei flussi reali di attività e che , di contro, il numero di prestazioni effettuate presso i presidi di Pronto Soccorso delle AO programmate come DEA di II livello sia di rilevante importanza. Nella sottostante tabella si riporta pertanto il dato prestazioni erogate cui vanno aggiunte le prestazioni di Pronto soccorso Pediatrico non contemplate nella stessa.

Anno 2016			N° prestazioni
190306	P.O. Sant'Elia	Totale	257.289
190921	AO Cannizzaro	Totale	593.894
190922	AO Garibaldi	Totale	525.824
190923	AOUP Catania	Totale	128.629
190925	AOUP Messina	Totale	191.066
190927	AO Civico-Di Cristina	Totale	411.000
190928	AOUP Palermo	Totale	466.545

DEA di I livello

Per i Dea di I livello (strutture dotate sotto il profilo dell'emergenza e urgenza oltre che delle specialità riportate in decreto anche delle Rianimazioni e Terapie Intensive che rappresentano la

ossatura della rete dell'Emergenza Ospedaliera e condizionano con la loro presenza tutto il sistema delle reti tempo dipendenti Hub-Spoke) identifica come già attivabili **22 Dea di I livello**.

I DEA di I livello vengono attivati senza incrementare il numero dei posti letto, tramite redistribuzione dell'esistente nell'ambito dell'ASP di riferimento o tramite il ricorso al principio delle Aree funzionalmente omogenee.

La distribuzione territoriale risponde pienamente ai criteri "bacino" (popolazione/superficie) fermo restando che in tale valutazione per alcune aree geografiche si è dovuto tenere conto delle peculiarità orogeografiche e socio-ambientali (immigrati).

Tutti i DEA di I livello dovranno anche attivare entro il 31.12.2017 le aree di Osservazione Breve Intensiva (OBI), funzione che va differenziata da quella del reparto di Medicina d'Urgenza e che viene riportata sotto per non ingenerare confusione con le UOC di Terapia Intensiva:

L'OBI e' un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possano sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non più di 24 ore. Diversi studi indicano la necessità di 1 letto di OBI ogni 4000-8000 accessi in Pronto Soccorso. La permanenza in OBI a cui non segue il ricovero (di norma nel 70-80% dei pazienti osservati) deve essere rimborsata in quota prestabilita o a prestazione.

In previsione prospettica, sui DEA di II e I livello, sarà quindi data priorità agli investimenti finalizzati a garantirne la piena funzionalità.

L'Assessorato svolgerà in tal senso una continua attività di verifica e monitoraggio, avendo cura di finalizzare le risorse finanziarie che si renderanno disponibili per il comparto dell'ospedalità con l'obiettivo di omogeneizzazione dell'offerta sanitaria.

P.S. di base

Per gli **Ospedali con PS di base e per gli Ospedali in zona disagiata** si identificano **26 Presidi** di cui 11 di zona che deve essere classificata come disagiata e 1 di zona ad alto rischio ambientale, **Augusta (amianto e petrolchimico)** Tale ultima indicazione è motivata dai dati epidemiologici e **dalla LR 10/2014** la quale istituisce presso l'Ospedale "E. Muscatello" di Augusta il Centro di riferimento regionale per la cura e la diagnosi, anche precoce, delle patologie derivanti dall'amianto.

In sintesi, la prima applicazione del DM 70/2015 (2106/2018) ha anche la funzione, per la Regione Siciliana, di gettare le basi per una ottimizzazione anche territoriale nel successivo triennio (2018/2021) che reindirizzi la distribuzione delle strutture di I e II livello su base provinciale anche verso quelle province e aree geografiche attualmente poco coperte sotto il profilo delle alte specializzazioni e sopra citate.

COPIA TRATTA
NON VALIDA

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

Secondo il nuovo modello organizzativo definito dal D.M 70/2015 e dai documenti AGENAS la rete dei DEA e PS di base è fortemente connessa con quella dell'emergenza territoriale.

Per tale ragione e in ottemperanza alle prescrizioni del DM.70 e del Documento metodologico dell'Agenas del 16.05.2016 la Regione Sicilia con D.A. n. 247 del 13.02.2017 ha già istituito il Coordinamento del Settore Unico dell'Emergenza Sanitaria strutturato come da linea guida.

"Il percorso di realizzazione concreta della rete proposto prevede, come conditio sine qua non, l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso il Dipartimento regionale che si avvale di:

- ☐ *coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;*
- ☐ *coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronti Soccorsi;*
- ☐ *coordinamento dei Direttori dei Distretti;*
- ☐ *gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc).*

Prendendo in considerazione l'interazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" e la rete dei D.E.A., è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento."

La gestione appropriata dell'emergenza assume quindi un ruolo di primaria importanza per l'intero sistema, sia consentendo la presa in carico del paziente in pericolo di vita nei tempi adeguati, sia attivando un sistema capillare in grado di effettuare una prima diagnosi trasportando il paziente nel centro ospedaliero più idoneo al fine di sottoporlo ad appropriati accertamenti diagnostici e interventi terapeutici.

Alle luce di queste considerazioni, risulta evidente come una corretta programmazione delle attività ospedaliere di elezione sia possibile solo se la rete ospedaliera è rimodulata al fine di rispondere con tempestività ed efficacia alle esigenze dell'emergenza-urgenza. Il trattamento dei pazienti in urgenza favorisce il dialogo telematico con trasmissione di dati e immagini tra reti e ospedali, orientando verso la multidisciplinarietà e l'utilizzo di singoli specialisti per discipline ad alta complessità su più Presidi che altrimenti non vedrebbero sufficienti volumi di attività in urgenza (vedi ad es. radiologia interventistica ed endoscopia d'urgenza).

Costruita in maniera efficace la rete della emergenza-urgenza, sui nodi della rete stessa si implementano le discipline delle patologie complesse tempo-dipendenti (ima, ictus, trauma), ma anche trapianti, vascolare, neurochirurgica, cardiocirurgica, etc, considerando che molte discipline hanno risvolti legati all'emergenza.

Allo stesso modo anche le reti di elezione (ad esempio, malattie infiammatorie croniche dell'intestino, oncologica, brest), che necessitano sempre di più di approcci multidisciplinari con alte professionalità e tecnologie complicate e costose, rispondono ai criteri di hub e spoke. Inoltre, diventa essenziale, ai fini della disponibilità dei letti in acuzie, la rimovimentazione protetta dei pazienti, trattati presso gli hub, verso gli ospedali di provenienza o di competenza territoriale quando non necessitano più di un trattamento complesso.

Inoltre, da un punto di vista organizzativo, verranno definite le tematiche relative al triage e ai percorsi clinico-assistenziali in emergenza-urgenza, garantendo l'interazione tra la emergenza territoriale e quella ospedaliera, con la condivisione dei PDTA e favorendo l'utilizzo di procedure condivise pur nelle diverse peculiarità organizzative.

Per tale riorganizzazione il Coordinamento del Settore Unico per l'Emergenza sanitaria della Regione Sicilia in data 14.03.2017 ha deliberato gli specifici obiettivi e le seguenti azioni secondo organico cronoprogramma:

OBIETTIVI

1. *Generali a medio termine*
 - a. *Ruolo e funzioni peculiari statuite da Dm 70 e Agenas del Settore Coordinamento Unico per l'Emergenza*
 - b. *Riorganizzazione e creazione Azienda Regionale Siciliana Emergenza Urgenza (ARSEU)*
2. *Specifici a breve termine*
 - a. *Rimodulazione e/o conversione dei PPI su base DM 70*
 - b. *Rimodulazione e riorganizzazione Emergenza e Urgenza 118 Regionale (^ tendente a realizzazione punto 1 b.) :*
 - i. *Procedure, percorsi e protocolli uniformi sul territorio regionale*
 - ii. *Riattribuzione competenze finalizzata alla ottimizzazione e qualificazione dell'offerta in emergenza e urgenza sul territorio*
 - iii. *Riallocazione e qualificazione MSA e MSB su base linee guida DM 70 e nuova rete ospedaliera (Base, Dea I livello, Dea II livello)*
 - iv. *Formazione e certificazione de i percorsi formativi*
 - v. *Creazione di un sistema a rete dove territorio (Medicina di base, 118, PPI) e ospedale (dipartimenti di emergenza e urgenza) trovino una piena integrazione*

Azioni Immediate (propedeutiche agli obiettivi specifici) :

1. *Analisi dei database delle aziende territoriali (PPI) e delle 4 Centrali operative 118 da cui si evincano*
 - a. *Allocazione e tipologia del punto territoriale presente e attivo (PPI-PTE, MSA, MSI, MSB)*
 - b. *Numero e tipologia di prestazioni eseguite per punto territoriale erogante e per distretto sanitario*
 - c. *Risorse impiegate distinte in umane(e rispettive qualifiche e specializzazione), tecnologico-strutturali, strutturali, economico-finanziarie*
 - d. *Programmi di formazione e rispettive certificazioni e accreditamenti*
 - e. *Mappatura del rischio con trasmissione numero e tipologia segnalazioni event avversi (e/o near miss)*

****Con la finalità di cui al punto 1 b. creazione sito informatizzato (intranet) e messa in rete internet nuovo sito digital e Emergenza e Urgenza Regionale**

CLASSIFICAZIONE AREE DISAGIATE

Dal punto di vista metodologico, alla luce di quanto in precedenza espresso, preme comunque sottolineare come non apparirebbe conducente una interpretazione restrittiva del DM 70/2015 quando all'art. 9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso recita: *"La funzione di pronto soccorso è prevista per:*

- *un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti*
- *un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento*
- *un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità "*

Ciò non è confacente alla realtà della Regione, così come descritta nell'analisi di contesto, a meno che non si voglia privare una larga fetta della popolazione del suo diritto alla risposta all'emergenza/urgenza.

In un contesto regionale come quello siciliano (e non solo) il rispetto contestuale dei tre requisiti comporterebbe, per esempio, che una cittadina che si trova a più di un'ora dal più vicino PS, ma che ha una popolazione di 70.000 abitanti, non abbia un PS di riferimento; o ancora una cittadina di 90.000 abitanti che si trova a più di un'ora dal più vicino PS, ma ha un PS che fa meno di 20.000 accessi, veda il suo PS chiuso.

Altra peculiarità di cui non si può non tenere conto nella elaborazione della nuova rete dell'emergenza e ospedaliera è che sotto il profilo orogeografico la Regione Sicilia presenta criticità strutturali connesse al territorio (isole, aree montane, aree interne) e criticità che vedono la rete viaria e ferroviaria gravate da una condizione che non può essere misconosciuta, essendo assunta alle cronache di recente più volte, che può essere sintetizzata con un tempo di percorrenza medio tra capoluoghi di provincia più che triplo rispetto alla media nazionale a parità di distanza e che diventa drammatico se lo si rapporta a cittadine anche di 60/80.000 abitanti che di fatto, pur non trovandosi su isole o su aree montane, è come se lo fossero in rapporto ad equivalenti cittadine del Centro e Nord Italia.

Di questa criticità soffrono particolarmente le aree interne pedemontane della provincia di Catania (Etna), provincia di Messina (Nebrodi), della provincia di Palermo (Madonie) e di Enna e Caltanissetta. In alcune di tali aree (eruzioni, condizioni meteo particolarmente avverse, viabilità estremamente critica e insufficiente) i tempi di percorrenza non possono essere rispettati e il mezzo aereo (eliambulanza), anche a strutture presenti, è spesso inutilizzabile.

Pertanto nella costruzione della bozza del documento di programmazione, **giusto l'art. 3 del DM 70/2015**, si è tenuto conto di tali imprescindibili condizioni orogeografiche e viarie nonché della costante quotidiana presenza di migliaia di sbarchi di migranti che indubbiamente condiziona e stressa il sistema sanitario regionale, soprattutto l'area di riferimento dei presidi ospedalieri delle zone costiere meridionali - ma anche dell'entroterra, con il risultato di *dover supportare le risposte assistenziali con la presenza di presidio ospedaliero DEA di I livello (Spoke) o di unità operative complesse non previste nella normale classificazione del presidio ospedaliero cui le stesse afferiscono*.

Ciò al fine di garantire, su tutto il territorio regionale, l'omogeneità e la continuità assistenziale tra i Pronto Soccorso e/o Dipartimenti Emergenza Urgenza e Accettazione e l'emergenza Territoriale 118 che opera attraverso i quattro bacini di riferimento già definiti secondo la rete di emergenza urgenza (Palermo e Trapani – Agrigento, Caltanissetta ed Enna – Messina – Catania, Ragusa e Siracusa), i quali rappresentano le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria tra loro integrati e cooperanti.

Alla luce delle superiori considerazioni, si riassume, come di seguito indicato, il numero complessivo delle strutture classificate a livello regionale facenti parte del nuovo sistema di rete dell'emergenza- urgenza così distinte:

TOTALE REGIONALE - SICILIA	
DEA II - HUB	7
DEA I - SPOKE	22
PS BASE	14
PS ZONA DISAGIATA	11
PS ALTO RISCHIO AMBIENTALE	1

AREA TERRITORIALE CATANIA - RAGUSA - SIRACUSA - AB. 1.841.011 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)															
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA			PS ZONA DISAGIATA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE			
DEA II			DEA I			PS BASE									
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000									
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	
CATANIA	AO CANNIZZARO		CATANIA	Acireale-Giarre	P.O. "S. Maria e S. Veneri" di Acireale	CATANIA	P.O. "Maria SS. Addolorata" di Buncavilla		CATANIA	P.O. "Carigiione Prentano" di Bronte		SIRACUSA	P.O. "Monsardo" di Augusta		
	AO IARZALI DI	P.O. Gerardo Cento			P.O. "S. Giovanni Di Dio e S. Isidoro" di Giarre		P.O. "S. Salvatore" di Puzos	P.O. "Basso Ragusa Mares" di Modica V.C.							
		P.O. Siracusa			P.O. "Orsini" di Calabrone		SIRACUSA	P.O. "Generale" di Lentini							
	AO/P CATANIA	P.O. Rodolfo	RAGUSA	P.O. "Cirio-OSMA" di Ragusa	SIRACUSA										
		P.O. Vittorio Emanuele		Modica-Scudi											P.O. "Maggiore" di Modica
		P.O. S. Barbara		P.O. "Bianca" di Scudi											P.O. "R. Guarnaschi" di Vittoria
			Vittoria-Caracas	P.O. "Regina Margherita" di Canicatti											
		P.O. "Liberto I" di Siracusa - P.O. "Liberto I" Rione di Siracusa													
		Avola-Noto	P.O. "O. Di Maria" di Avola												
			P.O. "Trigona" di Noto												

BACINO I: CATANIA - RAGUSA - SIRACUSA	
DEA II - HUB	3
DEA I - SPOKE	7
PS BASE	3
PS ZONA DISAGIATA	2
PS ZONA DISAGIATA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE	1

AREA TERRITORIALE MESSINA - AB. 645.296 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)											
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA		
DEA II			DEA I			PS BASE					
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000					
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO
MESSINA	AOLP MESSINA		MESSINA	Barcellona-Milazzo	P.O. "Cutroni Zodda" di Barcellona P.G.	MESSINA	P.O. "Barone Romoo" di Patti		MESSINA	P.O. "Civile" di Lipari	
					P.O. "Generale" di Milazzo			P.O. "Generale" di S. Agata Militello			P.O. "S. Salvatore" di Mistretta
				A.O. Bonino Pulejo- Piemonte	AO Bonino Pulejo						
				AO Piemonte							
				P.O. "San Vincenzo" di Taormina							
				A.O Papardo							

BACINO 2: MESSINA	
DEA II - HUB	1
DEA I - SPOKE	4
PS BASE	2
PS ZONA DISAGIATA	2

AREA TERRITORIALE PALERMO TRAPANI - AB. 1.712.821 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)													
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA				
DEA II			DEA I			PS BASE							
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000							
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO		
PALERMO	AO CIVICO	Ospedale Civico	PALERMO	S. Raffaele Giglio Cefalù		PALERMO	P.O. "Civico" di Partinico		PALERMO	P.O. "Dei Bianchi" di Corleone			
		Ospedale Dei Bambini G. Di Cristina		Buccheri La Ferla Fatebenefratelli	P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese		P.O. "Barone Paolo Agliata" di Petralia Sottana						
	AOLUP PALERMO												
					AOR Villa Sofia-Cervello	P.O. V. Cervello							
						P.O. Villa Sofia-CTO							
					Ingrassia-Villa delle Ginestre	P.O. G. F. Ingrassia		TRAPANI	P.O. "S. Vito e Santo Spirito" di Alcamo		TRAPANI	P.O. "B. Nagar" di Pantelleria	
					Villa delle Ginestre	Villa delle Ginestre			P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano				
					TRAPANI	Trapani-Salemi	P.O. "S. Antonio Abate" di Trapani		P.O. "A. Ajello" di Mazara del Vallo				
							P.O. "Vittorio Emanuele III" di Salemi						
							P.O. "San Biagio" di Marsala						

BACINO 3: PALERMO - TRAPANI	
DEA II - HUB	2
DEA I - SPOKE	7
PS BASE	5
PS ZONA DISAGIATA	3

AREA TERRITORIALE AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA - AB. 892.952 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)											
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA		
DEA II			DEA I			PS BASE					
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000					
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO
CALTANISSETTA	P.O. "S. Elia" di Caltanissetta -P.O. "M. Raimondi" di S. Cataldo		AGRIGENTO	P.O. "S. Giovanni Di Dio" di Agrigento		AGRIGENTO	P.O. "Barone Lombardo" di Canicatti		CALTANISSETTA	P.O. "Maria Immacolata Longo" di Mussomeli	
				Sciaccia-Ribera	P.O. "Fili Parlapiano" di Ribera			P.O. "San Giacomo D'Altopasso" di Licata			P.O. "S. Stefano" di Mazzarino
						P.O. "Ospedali Civili Riuniti" di Sciaccia		ENNA	P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina		ENNA
			CALTANISSETTA	P.O. "Vittorio Emanuele" di Gela			P.O. "Carlo Basile" di Nicosia			CALTANISSETTA	P.O. "Suor Cecilia Basarocco" di Nicosia
			ENNA	P.O. "Umberto I" di Enna							

BACINO 4: AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA	
DEA II - HUB	1
DEA I - SPOKE	4
PS BASE	4
PS ZONA DISAGIATA	4

ARTICOLAZIONE DEI POSTI LETTO

Ai fini del calcolo della dotazione di posti si procede come previsto dall'art. 1 comma 3 del D.M. 70/2015.

Come di seguito dettagliato ed in ossequio alle indicazioni ministeriali, i posti letto sono rimodulati sulla popolazione "pesata", corretta per la mobilità extra-regionale e per i posti letto territoriali equivalenti per ottenere il numero finale dei posti letto programmabili.

Al riguardo, si rappresenta che la Sicilia, come è riportato dalle cronache giornaliera, è sede di cospicui sbarchi di immigrati clandestini necessitanti di assistenza e cure primarie e di ricoveri ospedalieri che incidono fortemente sulle risorse della sanità regionale, con un trend crescente documentato in seno all'analisi di contesto.

Peraltro l'occupazione di posti letto da parte dei migranti di fatto determina un'indisponibilità delle risorse necessarie ad abbattere, o quantomeno, a ridurre la mobilità passiva.

Si propone, di conseguenza, di prendere in considerazione la possibilità di incrementare il numero complessivo di posti letto fino al raggiungimento dello standard 3 per 1000 abitanti, compensando in tal modo la mobilità passiva con quella attiva determinata dall'occupazione dei posti letto da parte degli immigrati.

Per quanto concerne la situazione connessa ai posti letto di post-acuzie, si evidenzia che il nuovo documento di programmazione regionale prevede il raggiungimento del parametro fissato dalla normativa nazionale nei tempi previsti per l'attuazione del nuovo sistema di rete ospedaliera e territoriale.

La nuova organizzazione del sistema di rete ospedaliera ha comportato una riduzione di unità operative con la conseguente riallocazione dei relativi posti letto.

Tabella 1 – Popolazione residente e popolazione pesata

SICILIA	Pop. residente al 1.1.2015*	Pop. pesata e corretta per mobilità
TOTALE	5.092.080	4.979.416

Tabella 2 – Determinazione pl programmati da DM 70/2015/2015

	PL	PL/1000 ab
Acuti	14.637	2.94
Post acuti	3.414	0.69
Totale	18.051	3.63

Tabella 3 Assetto posti letto da programmazione regionale

			PL Attivati HSP12 al 1/1/2016			PROGRAMMAZIONE NOVEMBRE		
ASP	Descrizione ASP	Tipologia	Totale	di cui Acuti	di cui Post-Acuti	Totale	di cui Acuti	di cui Post-Acuti
190201	ASP Agrigento	privato	145	145	0	145	145	0
		pubblico	759	645	114	902	692	210
190201 Totale			904	790	114	1.047	837	210
190202	ASP Caltanissetta	privato	135	83	52	135	83	52
		pubblico	623	597	26	698	584	114
190202 Totale			758	680	78	833	667	166
190203	ASP Catania	SPDC	0			45	45	
		privato	1.401	952	449	1.461	979	482
		pubblico	2.595	2.500	95	2.711	2.454	257
190203 Totale			3.996	3.452	544	4.217	3.478	739
190204	ASP Enna	OASI	352	88	264	352	88	264
		pubblico	463	438	25	549	427	122
190204 Totale			815	526	289	901	515	386
190205	ASP Messina	privato	734	611	123	747	626	121
		pubblico	1.875	1.675	200	1.842	1.528	314
190205 Totale			2.609	2.286	323	2.589	2.154	435
190206	ASP Palermo	Altri enti	138	121	17	167	150	17
		SPDC	0			75	75	
		privato	1.259	1.137	122	1.260	1.138	122
		pubblico	3.101	2.878	223	3.308	2.838	470
190206 Totale			4.498	4.136	362	4.810	4.201	609
190207	ASP Ragusa	privato	92	49	43	92	52	40
		pubblico	695	645	50	882	668	214
190207 Totale			787	694	93	974	720	254
190208	ASP Siracusa	privato	399	349	50	391	341	50
		pubblico	731	699	32	795	679	116
190208 Totale			1.130	1.048	82	1.186	1.020	166
190209	ASP Trapani	privato	199	143	56	257	144	113
		pubblico	640	618	22	919	737	182
190209 Totale			839	761	78	1.176	881	295
PL da Riallocare per contenziosi			0			318	164	154
Totale complessivo			16.336	14.373	1.963	18.051	14.637	3.414

Articolazione delle unità operative complesse rispetto al DM 70/2015

Come in premessa enunciato, rispetto ai parametri definiti dal D.M. 70/2015, particolari situazioni di contesto comportano il mantenimento nel sistema di rete dell'emergenza urgenza della regione di unità operative complesse in numero superiore rispetto agli standards del decreto ministeriale, giusto l'art. 3 del medesimo decreto.

Per tali discipline l'Assessorato alla Salute, nel corso del triennio di vigenza del POCS, effettuerà un'attività di monitoraggio sui volumi ed esiti al fine di operare ulteriori graduali riduzioni delle stesse e ricondurle tendenzialmente ai parametri previsti dal D.M. 70/2015. Verrà altresì effettuata un'attività di monitoraggio sulle strutture complesse, per le quali si valuterà, sempre sulla scorta dei dati di attività, la loro rifunzionalizzazione in strutture semplici. In particolare da tale monitoraggio scaturiranno le indicazioni per strutturare, per esempio gli ospedali di base, con un modello organizzativo che preveda, sulla base dell'esigenze della rete territoriale dell'emergenza-urgenza, il mantenimento di alcune unità operative complesse specialistiche e la trasformazione di altre in unità operative semplici a valenza dipartimentale.

Di converso per talune discipline, tenuto conto dei dati epidemiologici e ai fini di un riequilibrio complessivo, il numero di strutture programmate risultano inferiore o addirittura talora non previste rispetto al range indicato per singola disciplina nel DM 70/2015 e pertanto il monitoraggio da operare potrà consentire una rimodulazione rispondente al fabbisogno sanitario reale.

Nel conteggio complessivo dei presidi ospedalieri e dei relativi punti di erogazione e corrispondenti posti letto, sono stati inclusi anche i nosocomi IRCCS Oasi di Troina, IRCCS Rizzoli di Bagheria ed IRCCS ISMETT di Palermo.

Parimenti occorre monitorare l'IRCCS Bonino Pulejo, in ragione del recente accorpamento del P.O. Piemonte in forza della Legge regionale n. 24/2015 e del DPRS 551/2016, onde valutare eventuali rivalutazioni e/o implementazione delle discipline attualmente previste

L'attenta analisi dei singoli punti di erogazione ha tenuto rigorosamente conto degli indici di performance indicati nella delibera di giunta regionale di governo n. 119 del 11/5/2015 di seguito indicati:

1. *Indice di occupazione delle strutture pari al 75% ($\pm 5\%$)*
2. *Peso medio per singola disciplina valutato secondo la media regionale (± 5)*
3. *Degenza media*
4. *DRG ad alto rischio di inappropriatezza*

In particolare:

1. *Le unità operative complesse, e i relativi posti letto, risultano in linea con i volumi di attività e con i tassi di occupazione, calcolati con i parametri della Delibera di Giunta Regionale di Governo 119/2015 sopra richiamati.*
2. *In prospettiva, a seguito della razionalizzazione dell'offerta assistenziale e l'implementazione del sistema di rete (reti patologie complesse tempo-dipendenti e reti assistenziali - quali quella oncologica, trapianti, sclerosi multipla ecc.), si prevede un ulteriore incremento dei volumi di attività delle discipline presenti nei DEA di I e II livello.*
3. In alcuni presidi di base sono state mantenute delle discipline, non previste per tale livello assistenziale; tale scelta è motivata dalla *stima dei volumi di attività e del fabbisogno espresso dal territorio*, soprattutto nella fascia meridionale dove non insistono DEA di II livello.
4. Inoltre la costante quotidiana presenza di migliaia di migranti e soprattutto l'area di riferimento dei presidi ospedalieri delle zone costiere ma anche dell'entroterra ha determinato

la necessità di supportare le risposte assistenziali con la presenza di presidio ospedaliero DEA di I livello (Spoke) o di unità operative complesse non previste nella normale classificazione del presidio ospedaliero cui le stesse afferiscono.

5. I presidi ospedalieri senza pronto soccorso degli ospedali riuniti sono stati dotati delle discipline dell'area medica in elezione; questi presidi rappresentano il collegamento diretto tra l'ospedale ed il territorio in quanto nelle stesse sedi vengono allocati i Punti Territoriali di Assistenza (PTA), i Punti Unici di Accesso (PUA), talora gli Hospice (secondo la programmazione regionale di settore), le attività distrettuali e le ambulanze medicalizzate (in linea con la programmazione regionale di settore)
6. La peculiarità delle condizioni orografiche ha comportato la scelta di dover mantenere alcuni presidi ospedalieri di base o di unità operative complesse aggiuntive nei presidi ospedalieri allocati nei comuni montani (es. Monti Erei, Madonie, Peloritani, Nebrodi, aree interne)
7. Analoghe considerazioni valgono per i presidi ospedalieri classificati quali "presidi di zona disagiata", in quanto, come già enunciato, si ritiene che i presidi ospedalieri di area disagiata consentano una copertura delle aree periferiche garantendo un servizio volto a prevenire possibili ricoveri più impegnativi, considerata la prevalenza di popolazioni anziane nei bacini montani e insulari questi ultimi, nella maggior parte dei casi, a forte impatto turistico.

L'attività di programmazione delineata secondo tali parametri ha consentito di ridurre il numero delle strutture complesse dal 1241 a 839, con un graduale trend di riduzione che si intende mantenere.

Si passa all'analisi delle singole discipline, così come individuate dal DM 70/2015e dal DM del 5/12/2006, giusta indicazioni operative di codesto Ministero comunicate con nota prot. n. 0006253 del 22/2/2016.

Chirurgia generale (cod. 09): sono state individuate, complessivamente, **50** punti di erogazione — di cui **48** unità operative complesse corrispondenti ai presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), di I livello (Spoke) e di base (PS di base); e **2** presso le IRCCS (Oasi di Troina e ISMETT di Palermo). Nello specifico **8** delle UOC di Chirurgia sono allocate presso i DEA di II livello e tali chirurgie espletano **attività di chirurgia d'urgenza** in rispondenza ai volumi di attività che "assolvono a compiti trattamento specialistico di patologie urgenti" (*punto 9.2.4 del D.M. 70/215*). Inoltre nei tre Policlinici universitari l'esigenza di mantenere una ulteriore UOC di chirurgia è mutuata da specifiche attività didattiche anch'esse correlate a significativi volumi di attività assistenziale/formativa.

Inoltre nell'ambito della chirurgia generale, al fine di razionalizzare l'assistenza, sono state individuate:

- n.7 unità operative semplici dipartimentali **Breast Unit** presso le seguenti Aziende Sanitarie: Villa Sofia-Cervello e ARNAS Civico (Palermo), Cannizzaro (Catania), Policlinico (Messina), OMPA (Ragusa), Borsellino (Marsala) e V. Emanuele (Gela)
- Posti letto **day surgery**: trattandosi di attività in elezione, è stata prevista una unità operativa semplice con 6 posti letto in ciascun presidio ospedaliero di zona disagiata

Medicina generale (cod. 26): sono state individuate, complessivamente, **56** punti di erogazione - su 64 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - corrispondenti ai presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), di I livello (Spoke), di base (PS di base) e di zone disagiate (PS zona disagiata).

Ortopedia e traumatologia (cod. 36): sono state individuate, complessivamente, **43** punti di erogazione di cui **42** unità operative complesse corrispondenti al numero dei presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), di I livello (Spoke) e di base (PS di base) e **1** presso l'IRCCS Rizzoli di Bagheria.

Cardiologia (cod. 08), UTIC (cod. 50) ed Emodinamica: sono state individuate, in totale **38** punti di erogazione di cardiologia con UTIC - rispetto alle 34 possibili secondo i parametri previsti dal DM 70/2015 - 20 delle quali con emodinamica.

Tali discipline fanno parte della rete assistenziale tempo dipendente per l'infarto miocardico acuto (rete IMA). Per tale motivazione si è reso indispensabile individuare la disciplina cardiologia con UTIC anche in alcuni presidi ospedalieri di base.

Considerato che trattasi di rete tempo dipendente, la rete IMA è stata organizzata in funzione delle immutabili condizioni orografiche, delle difficili condizioni di viabilità e dei corrispondenti tempi di percorrenza dei mezzi necessari per consentire il soccorso presso i centri Hub e Spoke della medesima rete IMA entro i tempi previsti. Le strutture con UTIC ed Emodinamica hanno funzione di HUB; mentre quelle con UTIC senza emodinamica hanno funzioni di Spoke.

Si evidenzia che le UTIC, classificate nel D.M. 70/2015 quali strutture complesse, sono state considerate unità operative semplici all'interno delle unità operative complesse di cardiologia.

Ostetricia e ginecologia (cod. 37): sono state individuate, complessivamente, 38 unità operative complesse allocate nei DEA di II, di I Livello ed in alcuni presidi ospedalieri di base in linea con le vigenti disposizioni ministeriali e relativa programmazione regionale di settore inerente i punti nascita; una di queste è stata allocata presso l'ARNAS Civico di Palermo con vocazione assistenziale di tipo oncologico.

A questo numero vanno aggiunte le unità operative semplici corrispondenti ai punti nascita in deroga da parte di codesto Ministero: Licata (Ag), Bronte (Ct), Nicosia (En), Corleone e Cefalù (Pa) e Pantelleria (Tp).

Oncologia (cod. 64 con posti letto): sono stati individuati **22** punti di erogazione che vanno a compensare quelle senza posti letto (cod. 64) per le quali sono state individuate 5 punti di erogazione - rispetto ai 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.

Malattie infettive e tropicali (cod. 24): sono stati individuati **16** punti di erogazione - rispetto ai **8** disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II e di I livello. Di queste **2** coincidono con i poli pediatrici dell'ARNAS Garibaldi di Catania e dell'ARNAS Civico di Palermo). Si è resa indispensabile la scelta di incrementare i punti di erogazione della disciplina in argomento per far fronte al quotidiano massivo arrivo di decine di migliaia di migranti anche in età pediatrica e spesso affetti da patologie acute infettive.

Psichiatria/SPDC (cod. 40): nel rispetto del parametro dei posti letto previsti dal DPR 10/11/1999 "Approvazione del progetto obiettivo tutela e salute mentale 1998/2000" e all'interno dei parametri definiti dal D.M. 70/2015, sono state individuate le **unità operative semplici SPDC**, specificando che i posti letto allocati presso le Aziende Ospedaliere rientrano tra le strutture a diretta gestione del Dipartimento Salute Mentale dell'ASP di riferimento territoriale e quindi conteggiati nei posti letto delle ASP.

Di contro, i posti letto allocati nei tre policlinici Universitari, parimenti identificati con il cod. 40, rappresentano unità operative complesse ospedaliere di psichiatria.

Neurologia (cod. 32): sono state individuate, in totale **23** unità operative complesse di neurologia - rispetto alle 34 possibili secondo i parametri previsti dal DM 70/2015 - corrispondenti al numero dei presidi ospedalieri, quali discipline facenti parte della rete assistenziale tempo dipendente per l'ictus (rete Stroke unit). Considerato che trattasi di rete tempo dipendente, la rete Stroke è stata

organizzata in funzione delle immutabili condizioni orografiche, delle precarie condizioni di viabilità e dei corrispondenti tempi di percorrenza dei mezzi necessari per consentire il soccorso presso i centri Hub e Spoke della medesima rete entro i tempi previsti. Lo schema complessivo della rete tempo dipendente Stroke unit prevede anche la contestuale presenza delle Unità operative complesse di **Neurochirurgia (cod. 30)** alla cui analisi si rimanda per le funzioni di Hub (Stroke unit di II livello) atteso che le funzioni di Spoke (Stroke Unit di I livello) vengono assolve dalle unità operative complesse di neurologia.

Si è ritenuto, attesi i comprovati livelli assistenziali, di mantenere il punto di erogazione della disciplina di Neurologia anche presso l'IRCCS Oasi Maria SS. di Troina (En) già sede di un centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento per il ritardo mentale ed involuzione senile.

Terapia intensiva (cod. 49) La programmazione relativa alla rete delle terapie intensive, con l'ausilio delle società scientifiche di categoria (SIAARTI e AAROI/SIARED).

Nel definire la metodologia per la programmazione dei posti letto di terapia intensiva, si è tenuto conto della necessità di articolare tale disciplina assistenziale in accordo con l'assetto dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i DEA di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" della rete in quanto rappresentano le sedi dove vanno allocati i posti letti di Terapia Intensiva.

Il D.M. 70/2015 non attribuisce ai Presidi di base la possibilità di annoverare le Terapie Intensive tra le UU.OO. di riferimento. Di contro 7 di questi Presidi di base sono in atto sede di Terapia Intensiva coprendo il 20% circa del fabbisogno dei posti letto, essenziali per il mantenimento del livello minimo assistenziale secondo i percorsi codificati anche a livello nazionale da norme e linee guida (fortemente carente oggi rispetto agli standard previsti dal DM 70/2015).

Nello specifico, il documento presentato a questo Assessorato da SIAARTI e AAROI, in concordanza con quanto previsto dalle Linee guida europee, ha rappresentato la necessità che il rapporto, in ogni UOC, tra posti letto, personale medico e infermieristico sia codificato considerando il principio che un modulo di 8 posti letto sia tendenzialmente il modulo minimo base al di sotto del quale il rapporto tra costi ed efficienza e il rapporto tra numero di accessi e prestazioni specialistiche non troverebbe giustificazione.

Per tale ragione lo schema documento di programmazione riporta un'articolazione delle UOC e del numero dei posti letto secondo tale parametro di riferimento.

Sono stati individuati **39** punti di erogazione. Di questi 30 UOC insistono nei DEA di I e II livello, nei quali insistono 2 UOC di terapia intensiva pediatrica (Sicilia occidentale e orientale), 7 UOC in deroga (*per le motivazioni esposte a pag 12-13*) che a regime verranno rifunzionalizzate (31/12/2018). Inoltre sono state identificate 12 strutture semplici di **terapia del dolore**, in accordo con la relativa rete assistenziale.

COPIA TRATTA
NON VALIDA

STRUTTURAZIONE DELLE RETI TEMPO DIPENDENTI

All'interno del quadro riportato, configurato sulla base dell'articolazione dei presidi per livelli di complessità secondo i criteri della rete dell'emergenza-urgenza, è prevista la costruzione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, secondo le indicazioni del regolamento, nonché il collegamento, particolarmente per quanto riguarda le reti per patologie tempo-dipendenti, alla rete emergenza-urgenza.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- ✓ La rete IMA;
- ✓ La rete Stroke;
- ✓ La rete Traumatologica;
- ✓ La rete dell'Emergenze Digestive;
- ✓ La rete Neonatologica con i punti nascita.

Le reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, previsto su due o tre livelli.

Alcune di tali reti, sono già state già organizzate con decreti assessoriali emanati in epoca antecedente al D.M. 70/2015, e pertanto operative e saranno sottoposte a revisione al fine di uniformarne i nodi al nuovo documento di programmazione regionale.

In premessa occorre sottolineare che tale attività sarà svolta, successivamente alla definizione della nuova rete ospedaliera ex DM.70 e comunque entro e non oltre il 31.12.2017, mediante processo di analisi condiviso tra i GDL multidisciplinari già individuati e il Coordinamento del settore Unico per l'Emergenza Sanitaria Regione Sicilia (DA 247/2017)

L'assistenza per le reti tempo-dipendenti, sarà organizzata nell'ambito del sistema di rete ospedaliera con le relative peculiarità direttamente connesse sia alle tipologie di assistenza che di intervento.

Le reti tempo-dipendenti saranno affiancate in prosieguo con successivi atti dalle altre reti di specialità.

Il sistema di rete, rivolto al trattamento nell'emergenza si concretizza nell'individuazione di un percorso assistenziale che supera le logiche organizzative per singola Azienda integrando la rete dei servizi territoriali con le rete ospedaliera aggregando le risorse disponibili delle singole Aziende che diventano patrimonio comune.

L'integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale, presenta oggi qualche criticità che sarà superata migliorando i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118.

Le risorse del territorio, inoltre, andranno raccordate al loro stesso interno con coinvolgimento della Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali, del sistema di trasporto in emergenza urgenza, della Continuità Assistenziale, anche postulando una completa riorganizzazione del percorso di presa in carico.

In particolare, l'ottimizzazione del raccordo tra operatori e strutture coinvolte richiede:

- un costante monitoraggio della attuale organizzazione e delle risorse presenti sul territorio quale premessa fondamentale per una programmazione più efficiente ed efficace;
- la creazione ed efficientamento di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- la formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;

- l'utilizzo di un sistema di indicatori in continuo per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati.

RETE IMA (D.A. n. 1063/2011)

La Rete Per l'Infarto Miocardico Acuto rappresenta un complesso modello integrato di intervento che prevede una stretta collaborazione fra le UTIC, i Laboratori di Emodinamica, i Servizi per l'Emergenza territoriale del 118, i Dipartimenti di Emergenza Urgenza Ospedalieri con i loro Pronto Soccorso, con la finalità di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con infarto miocardico per migliorarne la prognosi razionalizzando al tempo stesso l'impiego delle risorse necessarie. Inoltre, lo stesso costituisce un importante supporto tecnico-organizzativo da destinare alle A.O. e alle ASP per una sua diffusione in qualità di informativa generale rivolta ai Medici di Medicina Generale e di continuità assistenziale affinché attuino iniziative educative su pazienti a più elevato rischio cardiovascolare.

Finalità

- 1) Ottenere il numero più elevato possibile di pazienti riperfusi (angioplastica primaria o trombolisi);
- 2) Utilizzare il sistema di riperfusione più idoneo al profilo di rischio del paziente e nel minor tempo possibile, indipendentemente da dove venga formulata la diagnosi;
- 3) Assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio, ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- 4) Ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione Elettrocardiografica a distanza;
- 5) Migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- 6) Razionalizzare l'impiego delle risorse.

Obiettivi

- 1) Assicurare un trattamento riperfusivo (angioplastica o trombolisi) al 70-80% dei pazienti con STEMI e all'80-90% dei pazienti arrivati entro 12 ore;
- 2) Trattare con angioplastica primaria l'80-90% dei pazienti in shock;
- 3) Aumentare al 40-60% la presa in carico dei pazienti da parte del 118;
- 4) Ridurre la mortalità ospedaliera complessiva al di sotto del 10% e al di sotto del 6% per i pazienti ricoverati in UTIC.

Modello organizzativo

la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto deve prevedere un complesso network per l'emergenza tra ospedali (a diversa complessità assistenziale) e territorio, connessi da un adeguato sistema di trasporto, che abbia lo scopo di assicurare la riperfusione ottimale a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato, con strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato, sul profilo di rischio del paziente e dall'altro, sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Il modello organizzativo è di tipo HUB & SPOKE, una rete di intervento, cioè, che parta dal territorio e si coniughi efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi intra- ed inter-ospedalieri concordati.

Nella rete dell'Infarto Miocardico Acuto (Rete IMA) la sala di emodinamica con UTIC e la contestuale presenza dell'emodinamista h24 costituiscono inscindibilmente l'Hub di riferimento.

Il 118 deve acquisire ed accrescere nel tempo le capacità diagnostiche e di scelta delle strategie terapeutiche in accordo con i Cardiologi dei Centri di riferimento. Il ruolo decisivo del 118 per il funzionamento della rete è completato dal trasporto diretto del paziente con infarto miocardico al Laboratorio di Emodinamica più vicino per l'angioplastica primaria, se indicata dai protocolli adottati, "saltando" Ospedali Spoke ed anche il Pronto Soccorso e le UTIC degli stessi Ospedali Hub.

RETE STROKE UNIT (D.A. 2186/2012)

Epidemiologia

L'ictus è tra le patologie più diffuse e più gravi: è la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza (dopo l'Alzheimer) e la terza causa di morte (sommata alla patologia cardiovascolare sale al primo posto).

In Italia, ogni anno circa 200.000 persone vengono colpite da ictus cerebrale, di questi l'80% sono nuovi casi e il 20% recidive. Il 75% dei casi di ictus colpisce le persone con più di 65 anni e circa 10.000 eventi si manifestano in soggetti di età inferiore ai 55 anni.

Il 10-20% dei soggetti colpiti da ictus cerebrale muore entro un mese dall'evento, mentre il 10% non sopravvive al primo anno.

Criteri Metodologici

I criteri utilizzati per la costruzione della rete assistenziale per l'ictus si basano sulle seguenti premesse:

- ☐ I percorsi assistenziali devono permettere a ogni cittadino, di ricevere la migliore assistenza, indipendentemente dal punto del territorio in cui si verifica l'evento acuto e indipendentemente dalla età della persona e dalla sua situazione sociale, economica e culturale;
- ☐ La rete assistenziale deve dare accesso alle migliori cure, secondo quanto stabilito dalle linee guida internazionali e nazionali - accreditate e condivise dalle società scientifiche neurologiche e di patologia cardio-cerebrovascolare - raccolte sulla base di evidenze scientifiche (EBM);
- ☐ Le linee guida devono tradursi in percorsi assistenziali definiti e condivisi, e devono essere adattate alla situazione specifica della regione e ai diversi nodi della rete per l'emergenza (118), della rete ospedaliera e della rete di assistenza territoriale e di base;
- ☐ Particolare attenzione deve essere posta anche alla creazione di un sistema sufficientemente flessibile e per quanto possibile adattabile ai futuri sviluppi scientifici e tecnologici.

Criteri Scientifici

Per quanto riguarda il trattamento in fase acuta dell'ictus ischemico gli interventi che hanno dimostrato maggiore efficacia sono:

- ☐ La trombolisi sistemica con r-TPA (entro le 4 ore e 30 minuti dall'esordio dei sintomi)
- ☐ Il trattamento endovascolare con trombolisi intrarteriosa, trombectomia meccanica etc entro le 6 ore dall'esordio dei sintomi per il circolo anteriore, entro le 8 ore per il circolo posteriore;
- ☐ Il ricovero in Stroke Unit.

Il risultati con maggiore significatività sul singolo soggetto si ottengono dalla trombolisi e.v., ma sulla popolazione complessiva prevale l'efficacia delle Stroke Unit; questo è dovuto al fatto che, mentre tutti i soggetti possono beneficiare del ricovero in Stroke Unit, solo una ridotta percentuale di essi è eleggibile per la trombolisi e.v. e per le procedure endovascolari.

Una nota particolare va posta sulle analogie e sulle differenze tra il trattamento in fase acuta della patologia cerebrovascolare e di quella cardiovascolare: il tessuto encefalico sanguina molto più facilmente ed è soggetto agli effetti dell'ischemia più precocemente e in modo meno irreversibile rispetto al muscolo cardiaco; questi fatti hanno importanti conseguenze anche sul modello organizzativo.

Pertanto la "rete" per l'assistenza all'ictus in fase acuta, dati i tempi strettissimi di intervento, va strutturata su tutto il territorio regionale per quanto riguarda le procedure di ri-perfusione, per via ev. o per via endovascolare e l'assistenza in Stroke Unit.

Modello organizzativo della rete

Il criterio di realizzazione della Rete delle patologie complesse, di cui la rete tempo dipendente dell'Ictus, è quello di definire i nodi e le sedi di riferimento con l'obiettivo della centralizzazione del paziente, in armonia con:

- La organizzazione funzionale in : Hub (II livello) e Spoke (I livello) ;
- L'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione
- Consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri

La rete funzionale Hub e Spoke, è quindi un modello organizzativo che centralizza i pazienti a seconda della gravità e della complessità delle prestazioni integrandosi con tutte le strutture coinvolte nell'assistenza, non solo per la garanzia della tempestività e il livello tecnologico appropriato rispetto ai casi da trattare, ma anche della qualità degli interventi, inclusi gli aspetti legati alla riabilitazione.

RETE DEL TRAUMA (D.A. 1438/2012)

Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni.

Il trauma maggiore, inteso come quadro clinico caratterizzato da lesioni mono o polidistrettuale tali da rappresentare un rischio immediato o potenziale per le funzioni vitali, rappresenta una patologia

ad alta complessità, i cui esiti in termini di mortalità e di disabilità dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla qualità degli interventi assistenziali, dal territorio all'ospedale fino alle strutture di riabilitazione.

Appare quindi evidente l'importanza di conoscere ed applicare le corrette modalità di gestione del paziente traumatizzato che giunge alle porte del Pronto Soccorso, sulla base delle nozioni ormai patrimonio comune e delle più recenti acquisizioni scientifiche.

In tal senso, lo sviluppo di sistemi integrati di assistenza per questa patologia, ha consentito il raggiungimento di risultati significativi sia in termini di salvabilità delle vittime sia in termini di riduzione delle disabilità residue.

La valutazione ed il trattamento terapeutico di un traumatizzato comincia, spesso in condizioni di difficoltà, al momento del primo soccorso sul territorio, continua durante il trasporto protetto, e prosegue all'interno del Pronto Soccorso dove la possibilità di completare l'iter diagnostico-terapeutico con esami strumentali consente al medico di identificare meglio sede ed entità delle lesioni.

Obiettivi della rete

Generali

1. Avvio dei Sistemi Integrati di Assistenza al Trauma (SIAT) secondo un modello, Hub e Spoke, di rete integrata al fine di ottimizzare, i percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti traumatizzati, anche attraverso un processo di razionalizzazione delle risorse necessarie.
2. Avvio di un sistema a rete integrata di riabilitazione (ospedale territorio) al fine di garantire interventi riabilitativi e continuativi secondo il principio dell'equità nelle condizioni di accesso e fruizione.
3. Attuazione di un piano di prevenzione primaria attraverso iniziative di educazione sanitaria rivolte alla popolazione (campagne di sensibilizzazione all'uso di presidi di sicurezza, strategie comportamentali di astensione all'assunzione di alcool e sostanze stupefacenti, educazione al rispetto delle norme di sicurezza stradale).
4. Contenimento del numero delle morti evitabili e controllo dell'evoluzione del danno da trauma (riduzione della disabilità) anche attraverso la cura della didattica e dell'addestramento del personale medico infermieristico

Specifici

5. Applicazione delle procedure di identificazione e trattamento del trauma grave da parte di ogni unità operativa coinvolta nel trattamento secondo quanto previsto nei protocolli contenuti nel presente documento
6. Sviluppo di una metodologia di lavoro trasversale mediante la identificazione degli operatori responsabili del trattamento multi specialistico del trauma grave, favorendo un lavoro di team al di là della loro appartenenza alle singole unità operative.
7. Definizione dei programmi di formazione specifica per tutti gli operatori coinvolti, rivolto sia alla formazione di base sia allo sviluppo di competenze, in grado di garantire l'eccellenza delle prestazioni.

Modello organizzativo

Il documento tecnico "Documento regionale per l'istituzione della rete del politrauma in Sicilia" è stato elaborato in attuazione delle linee di indirizzo del Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute 2011-2013".

Il sistema **rete per il politrauma**, rappresenta complesso modello integrato di intervento che prevede la interazione tra il Servizio di emergenza territoriale 118 e la rete ospedaliera della emergenza composta dai Dipartimenti di Emergenza Urgenza Ospedalieri (Hub e Spoke) con i relativi Pronto Soccorso, attraverso il coinvolgimento organizzato e razionale di diverse U.O. specialistiche (neurochirurgia, chirurgia generale, ortopedia, radiologia, etc.), al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti traumatizzati per migliorare la prognosi e razionalizzare, al tempo stesso, l'impiego delle risorse necessarie.

Criteri organizzativi

In base alle caratteristiche epidemiologiche e al decorso clinico dei traumi (distribuzione territoriale disomogenea legata al traffico, agli insediamenti produttivi, alla presenza di zone turistiche, etc.) oltre che ai requisiti di qualità (efficacia ed efficienza) che devono essere posseduti da tutti i servizi sanitari al fine di fornire adeguate risposte assistenziali, l'organizzazione della rete, prefigura l'organizzazione dei Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) e per tutta la regione ne identifica 4, facenti capo alle quattro macroaree del 118, comprendenti quattro Trauma Center come di seguito riportato: Palermo-Trapani, Messina, Catania-Ragusa-Siracusa, Agrigento-Caltanissetta-Enna.

Pertanto la rete del trauma, che si estrinseca attraverso il SIAT è pertanto organizzato nei presidi di pronto soccorso secondo i seguenti livelli di intensità:

- PST (Presidio di pronto soccorso per traumi) saranno coincidenti con i PS dell'emergenza base della rete ospedaliera;
- CTZ (centri trauma di zona) saranno coincidenti con i DEA di I Livello (Spoke)
- CTS (centri trauma di alta specializzazione) saranno allocati presso i DEA di II livello (HUB) di Palermo (ARNAS Civico) e Catania (A.O. Cannizzaro).

RETE DELLE EMERGENZE EMORRAGICHE GASTROINTESTINALI

L'emorragia digestiva è un'emergenza clinica drammatica con una mortalità media di circa 10% per episodio (15-20% per le emorragie da varici esofagee e 5-10% per le emorragie da ulcera peptica) (1-2), assai più elevata della mortalità per infarto del miocardio.

In Sicilia, si può stimare che ogni anno i ricoveri ospedalieri per emorragia da varici esofagee siano circa 1500, mentre quelli per emorragia da altre cause sono circa 6000.

Obiettivi

Obiettivo generale della rete è quello di ridurre la mortalità e la morbilità della emorragia digestiva attraverso la ottimizzazione del primo soccorso ed accettazione nella struttura più idonea e più vicina.

Obiettivi specifici

- a) rimuovere le cause strutturali di inadeguatezza e favorire livelli essenziali di assistenza uniforme;
- b) realizzare un sistema di assistenza autosufficiente su base provinciale;

- c) identificare rapidamente i pazienti che non richiedono ospedalizzazione;
- d) adottare implementare e diffondere linee guida per la gestione dell'emorragia digestiva prima e dopo l'accesso in ospedale;
- e) adottare protocolli operativi condivisi
- f) generare un registro delle emorragie digestive attraverso un flusso informatico.

Metodi

Sviluppo di una rete col modello HUB e SPOKE

La struttura di base sarà quella del modello "Hub-Spoke". L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (Spoke), che assicurano l'assistenza di primo livello e selezionano i pazienti da inviare ai centri Hub.

I centri Hub e Spoke sono collegati in rete da protocolli operativi specifici per la patologia. La rete opererà in sinergia con il sistema 118, realizzando un flusso esordio-diagnosi-intervento in un tempo sufficientemente rapido da ridurre la mortalità e la morbidità per la patologia. Obiettivo primario sarà pertanto quello di ridurre al minimo l'intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi ed il primo contatto medico e tra questo ed il raggiungimento del luogo dove può essere somministrata la terapia specifica o essere eseguito l'intervento endoscopico d'emergenza. La riduzione dei tempi di intervento è tanto più necessaria quanto più efficaci sono le terapie disponibili.

Realizzazione un sistema di assistenza autosufficiente su base provinciale.

La rete consisterà di 4 macro-aree corrispondenti con i bacini del 118 in cui sono presenti i centri Hub e Spoke. La condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, insieme al collegamento telematico dei centri, consentirà l'accesso di ogni paziente al miglior trattamento nel minore tempo possibile.

Risorse per la struttura della rete

La rete d'emergenza per le emorragie digestive utilizzerà risorse disponibili per tutte le reti assistenziali e risorse specifiche. Le risorse che dovranno essere utilizzate nella rete, nelle sue varie articolazioni, sono le seguenti:

- ☐ Territorio: tutte le strutture assistenziali del territorio incluso il medico curante, guardia medica, ambulatori territoriali, Presidi di Terapia d'Emergenza (PTE), reti di assistenza per altre emergenze
- ☐ Servizio di primo soccorso e trasporto 118 ed Elisoccorso
- ☐ Unità di Pronto Soccorso
- ☐ Centro trasfusionale
- ☐ Endoscopia Digestiva con reperibilità 24H e disponibilità di tecniche di emostasi endoscopica e legatura delle varici esofagee con personale esperto
- ☐ Medicina generale
- ☐ Chirurgia generale con reperibilità 24H
- ☐ Gastroenterologia con posti letto
- ☐ Terapia intensiva
- ☐ Terapia semi-intensiva
- ☐ Radiologia: TAC, radiologia interventistica

La distribuzione delle risorse sul territorio sarà oggetto di continua verifica in funzione delle disponibilità locali. Compito funzionale della rete sarà quello di rendere tutte le risorse accessibili a tutti i pazienti con emorragia digestiva.

RETE MATERNO-INFANTILE

L'organizzazione della rete ha lo scopo di promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita attraverso una serie di correttivi e di misure di politica sanitaria come, tra gli altri, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 500 parti/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.OO. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, nonché la messa a regime del sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).

Nell'ambito della riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale e in sintonia con gli orientamenti programmatori nazionali e internazionali, la Regione siciliana ha definito la rimodulazione della rete materno-infantile per garantire adeguati standard di qualità relativamente all'organizzazione ed alle funzioni collegate all'assistenza.

L'obiettivo è di migliorare gli indicatori di efficacia, di efficienza, di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento al numero dei parti cesarei garantendo maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

Si è ritenuto, infine, di dover garantire la continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli di continuità assistenziali che consentano la distinzione tra la gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio, attivando in tal senso un sistema fortemente integrato al fine di una collaborazione funzionale tra i vari livelli istituzionali, sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, il distretto territoriale e ospedaliero, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

Si sono riorganizzate le UU.OO. di ostetricia e ginecologia, pediatria, neonatologia e terapia intensiva neonatale, organizzandone i livelli di assistenza anche in relazione alla complessità dell'attività svolta e all'organizzazione in rete dei servizi per patologia, volume e complessità.

Si inteso, infine, valorizzarne ulteriormente il collegamento funzionale con la rete regionale di emergenza e potenziare il Servizio di trasporto per le emergenze neonatali (STEN) e Servizio di trasporto assistito materno (STAM) su base regionale.

Percorso nascita

Epidemiologia

Il percorso della gravidanza, del parto e i periodi successivi alla nascita di un bambino rappresentano fasi molto delicate che richiedono cure e attenzioni di fondamentale importanza per la tutela della salute materno-infantile. Nel tempo i principali indicatori di salute materna e neonatale (età materna, tipo di parto, peso alla nascita, età gestazionale, natimortalità) si sono notevolmente modificati in relazioni a mutate condizioni sociali e assistenza sanitaria.

I parti nel 2015 (fonte SDO) sono 43.065. L'età media al momento del parto nel periodo 2011-2015 è di 31 anni. Nel tempo si sono ridotti i parti in donne <20 anni (3,4% nel 2011; 2,8% nel 2015) e sono aumentati quelli in donne ≥35 anni (27,8% nel 2011; 29,8% nel 2015). Dal confronto temporale delle nascite pretermine si rileva un leggero incremento delle percentuali relative ai nati con periodo di gestazione compreso tra 33-36 settimane (4,4% nel 2011; 4,6% nel 2012; 4,2% nel

2013; 4,4% nel 2014 e 4,5% nel 2015), mentre la percentuale risulta piuttosto invariata per i nati con età gestazionale inferiore a 32 settimane. La quota dei piccoli per età gestazionale (small for gestational age, SGA), ovvero dei bambini nati dopo 37 settimane di gestazione e con un peso <2.500 grammi, risulta quasi invariata dal 2011 (2,97%) all'ultimo anno in osservazione (2015: 2,98%).

Il ricorso al parto cesareo in Sicilia si è progressivamente ridotto nel tempo: in particolare la proporzione di parti cesarei primari è passata dal 40% nel 2009 al 28,3 nel 2015 sulla base di un programma organico di intervento finalizzato a migliorare l'appropriatezza delle cure.

Il 92,6% dei parti nel 2015 si concentra in strutture con almeno 500 parti annui. La media dei parti per punto nascita nel 2015 ha raggiunto il valore di 718 (742 nel 2014).

Parti per punto nascita	2014		2015	
	N° parti	% parti	N° parti	% parti
<200	573	1,3	930	2,2
200-499	3811	8,6	2264	5,3
500-999	16650	37,4	16588	38,5
>=1000	23457	52,7	23283	54,1
Totale	44491	100	43065	100

Situazione dei punti nascita

Sulla base delle direttive impartite dal Ministero della Salute, tese alla chiusura per ragioni di sicurezza di tutti i punti nascita che presentano < 500 parti/anno, questo Assessorato ha inoltrato, al predetto Dicastero, richiesta di deroga al mantenimento di alcuni punti nascita, sentite le esigenze della popolazione locale in ragione delle particolari condizioni oro-geografiche.

Come è noto il Ministero della Salute, con note del 21/5/2015 e del 31/12/2015 ha concesso la deroga al mantenimento dei seguenti punti nascita con un numero di parti /anno <500: Bronte, Licata, Nicosia, Corleone, Pantelleria, Cefalù.

Con nota assessoriale prot.n. 51316 del 22/6/2015 sono state emanate direttive in ordine alla effettuazione di sopralluoghi ispettivi presso tali punti; più recentemente è stata avviata una ulteriore attività di ricognizione al fine di definirne l'attuale operatività e di cui di seguito si sintetizzano i contenuti:

P.N. di Bronte: il Direttore generale dell'ASP di Catania ha comunicato che l'attività è ripresa nel mese di aprile 2016 e che *“il punto nascita di Bronte è adeguato alle richieste della check-list ministeriale e che, per quanto concerne le risorse strutturali, finalizzate alla realizzazione di un più adeguato complesso di sala parto/operatoria, coerentemente con le procedure di affidamento e conclusione lavori iniziati ex art. 20 nel p.o. di Bronte, si prevede il rispetto dei tempi previsti dalla vigente normativa”*.

P.N. di Licata: in atto l'attività è sospesa poiché sono in corso lavori di adeguamento.

P.N. di Nicosia: l'attività del punto nascita è stata sospesa da agosto a dicembre 2015 per eseguire i lavori di adeguamento strutturale e riorganizzare l'attività assistenziale. Come relazionato dal Direttore sanitario aziendale, la U.O. è diretta dal Direttore della struttura complessa di Ostetricia e ginecologia di Enna, nonché Capo del Dipartimento materno.infantile, e ciò *“ha consentito di*

rafforzare la condivisione di protocolli procedure e linee guida tra le due UU.OO. e continuare l'interscambio professionale medico ostetrico".

P.N. di Corleone: il Direttore generale dell'ASP di Palermo ha comunicato di avere *"concluso quasi tutte le procedure per l'adeguamento del punto nascita di Corleone agli standard organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal D.A. 2596 del 2 dicembre 2011 al fine del mantenimento in deroga del punto nascita"*;

P.N. di Pantelleria: il Direttore Generale dell'ASP TP ha disposto la chiusura temporanea del punto nascita di Pantelleria nelle more dell'immissione in servizio del personale necessario a consentire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, poiché sono andate deserte le selezioni del personale medico a tempo determinato atto a garantire la guardia attiva h24 al punto nascita in argomento.

P.N. di Cefalù: come da disposizione ministeriale, sono in corso di valutazione i dati attività in maniera comparativa con il presidio di Termini Imerese.

Con riferimento, invece, ai **punti nascita per i quali non è stata concessa la deroga**, a seguito dei sopra richiamati pareri di codesto Ministero, sono cessate le attività finalizzate all'evento parto presso i seguenti presidi ospedalieri pubblici che effettuavano un numero di parti < 500/anno:

Mistretta, Lipari, Niscemi, Barcellona Pozzo di Gotto, Mazzarino, Piazza Armerina, Leonforte, Augusta, Alcamo, Mistretta, Paternò, Petralia.

Sono stati chiusi, altresì, i punti nascita delle strutture private accreditate Argento e Gibiino di Catania, Demma di Palermo, Attardi di Santo Stefano di Quisquina (AG).

Si evidenzia che, al fine di rendere ancora più uniformi su tutto il territorio regionale le condizioni di sicurezza su tutti i punti nascita, sono state predisposte due distinte checklist, una per i punti nascita di I livello, pubblici e privati accreditati, l'altra per quelli di II livello pubblici, entrambe elaborate dai Comitati Percorso Nascita regionale e aziendale.

Al fine di rendere uniforme l'autovalutazione dei singoli punti nascita della regione sulla sussistenza o meno di tutti i requisiti perché un punto nascita possa funzionare in sicurezza è stata adottata anche un piattaforma web (<http://www.qualitasiciliassr.it/?q=node/51>) alla quale possono accedere in qualsiasi momento con proprie password i singoli responsabili di punti nascita.

Per completare il quadro di interventi che la regione ha posto in essere per migliorare la funzionalità dei punti nascita, in ossequio a quanto richiesto dal Ministero della Salute si è predisposto un programma triennale di formazione, di cui sono già partiti i primi moduli, di tutti gli operatori dei punti nascita di I e II livello, con target differenziati e moduli distinti in ragione dei professionisti coinvolti (ginecologi, neonatologi, anestesisti, ostetrici, infermieri, ecc.). In totale verranno coinvolti oltre mille operatori sanitari con un investimento finanziario di poco inferiore ad un milione di euro.

COPIA TI
NON

Dal punto di vista della programmazione, con D.A. n. 1640 del 30/09/2015 la Regione Siciliana ha definito la “*Rete integrata del percorso nascita*” organizzandone anche i profili di rischio e modalità di integrazione tra ospedale e territorio.

Il percorso nascita è stato articolato all'interno di una rete che comprende a sua volta altre reti di servizi, territoriali e ospedalieri - ivi compresi i punti nascita privati accreditati - afferenti sia all'area materno infantile che a quella dei distretti sanitari quali la rete consultoriale, le reti dei punti nascita di 1° e di 2° livello, le reti STAM e STEN, la rete dei MMG e dei PLS, i punti unici di accesso dei PTA, gli uffici territoriali dislocati nei presidi ospedalieri o altre articolazioni organizzative deputate al governo delle dimissioni protette e facilitate di cui al D.A. 723/2012;

il percorso nascita deve assicurare uniformità della presa in cura e dell'assistenza, in tutte le strutture accreditate del SSR, compresi i criteri di valutazione prevedendo, nel suo complesso, alcune tappe basilari che devono essere garantite in tutte le province, seppure con possibili differenze organizzative legate alle peculiarità dei territori e alle risorse disponibili, quali:

- gestione del periodo pre-concezionale
- prima valutazione del livello di rischio, ostetrico e psicosociale (incluso il rischio di depressione post partum), secondo procedure definite
- assistenza alla gravidanza a basso rischio secondo le raccomandazioni delle linee guida (SNLG Linea guida Gravidanza Fisiologica- agg. 2011) e normativa vigente (DM 10/09/98)
- assistenza alla gravidanza a rischio secondo le raccomandazioni delle linee guida e/o evidenze scientifiche per ciascuna condizione di rischio
- corsi di accompagnamento alla nascita con i requisiti indicati nei “10 PASSI per gli incontri di accompagnamento alla nascita” elaborati dall’ Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTISAN 2012)
- sostegno alle gravide con fragilità sociale o psicologica
- assistenza alla puerpera comprendente: valutazione del perineo, consulenza e sostegno dell'allattamento al seno, consulenza contraccettiva, diagnosi precoce di depressione post partum
- assistenza neonatale

Con D.A. n. 2468 del 31/12/2015 si è proceduto alla “*Rideterminazione Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr) e dei Comitati Percorso Nascita di bacino (CPNb), costituiti ad integrazione del DA n. 2536/2011 e smi*” nel cui contesto sono stati assegnati ai singoli Comitati Percorso Nascita le seguenti attività:

Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr)

- elaborare, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, direttive in ordine alle attività dei punti nascita di I e di II livello, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (Programmazione, Prevenzione, Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo), dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'AGENAS e di questo Assessorato regionale della Salute - verificandone le relative attività attraverso le relazioni dei CPNb (Comitati Percorso Nascita di bacino);
- valutare gli standard e la performance dei punti nascita attraverso specifiche analisi dei dati, messa a punto di indicatori, predisposizione di programmi operativi e di checklist, audit clinico,

monitoraggio, verificandone l'attuazione attraverso le relazioni dei CPNb (Comitati Percorso Nascita di bacino);

- elaborare direttive in ordine alla rete integrata del percorso nascita e della Carta dei servizi in tutte le aziende, verificandone l'attuazione attraverso le relazioni dei CPNb (Comitati Percorso Nascita di bacino);
- elaborare direttive in ordine ai servizi di trasporto assistito materno (STAM) e in emergenza neonatale (STEN) in coerenza con i percorsi individuati dal Ministero della Salute;
- elaborare direttive in ordine alle attività dei CPNb (Comitati Percorso Nascita di bacino) verificandone gli adempimenti.

Compiti del Comitato Percorso Nascita di bacino (CPNb)

- attuare le direttive impartite dal CPNr in ordine alle attività dei punti nascita di I e di II livello, verificandone l'adempimento attraverso le relazioni dei CPNa (Comitati Percorso Nascita aziendali);
- attuare le direttive impartite dal CPNr in ordine agli standard ed alla performance dei punti nascita verificandone l'adempimento attraverso le relazioni dei CPNa (Comitati Percorso Nascita aziendali);
- attuare le direttive impartite dal CPNr in ordine alla rete integrata del percorso nascita e della Carta dei servizi in tutte le aziende verificandone l'adempimento attraverso le relazioni dei CPNa (Comitati Percorso Nascita aziendali);
- attuare le direttive impartite dal CPNr in ordine ai servizi di trasporto assistito materno (STAM) e in emergenza neonatale (STEN), secondo i bacini di riferimento, relazionando al CPNr in merito all'attività espletata.

Compiti del Comitato Percorso Nascita aziendali (CPNa)

- attuare le direttive impartite dal CPNb territorialmente competente, in ordine alle attività dei punti nascita di I e di II livello, pubblici e privati accreditati, verificandone le relative attività e relazionando al CPNb di riferimento, tramite la Direzione Generale della propria Azienda Sanitaria;
- redigere la checklist in merito agli standard dei punti nascita relazionando al CPNb di riferimento, tramite la Direzione Generale della propria Azienda Sanitaria;
- attuare le direttive impartite dal CPNb in ordine alla rete integrata del percorso nascita e della Carta dei servizi, relazionando al CPNb di riferimento, tramite la Direzione Generale della propria Azienda Sanitaria.

Con assessoriale prot.n. 51316 del 22/6/2015, sono state conseguentemente emanate direttive in ordine alla effettuazione di sopralluoghi ispettivi su tutti i punti nascita, con annesse le predette distinte checklist, ivi compresi i punti nascita con numero inferiore di 500 parti/anno ed oggetto di deroga sui quali le ispezioni sono state espletate facendo riferimento alla checklist di I livello.

Rete STEN e STAM

Con il D.A. n. 299 del 26/2/2015 recante “*Riordino e razionalizzazione della rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM)*”, è stato modificato il DA n. 02536/11 riguardo al numero dei Centri STEN e STAM, al fine di rispondere agli obiettivi prioritari del citato Piano Sanitario Regionale 2011/2013 per previsto il potenziamento del Servizio di Trasporto per le emergenze neonatali e del Servizio di Trasporto Materno Assistito in linea con la programmazione di settore.

Con successivo DA n. 767 del 30/4/2015 recante “Procedura operativa rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM)” è stato implementato il protocollo con una procedura operativa standardizzata per tutto il territorio regionale, rispettivamente per lo STEN e lo STAM, per rafforzare le integrazioni funzionali con le varie articolazioni della rete con relativa individuazione delle responsabilità, in ordine anche alle linee di indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto.

Con D.A. 948 del 29/05/2015 recante “Integrazioni procedura operativa rete dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) - Protocolli operativi per la gestione della comunicazione STAM e STEN Sistema di verifica monitoraggio semestrale attività Sues 118 STAM e STEN” è stata approvata e standardizzata su tutto il territorio regionale, l’integrazione della procedura operativa del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) che rafforza il sistema di verifica e monitoraggio semestrale sull’attività del Servizio SUES 118, mirato al trasporto in emergenza della madre e/o del neonato.

Con lo stesso D.A. 948/15 la Regione ha approvato e standardizzato su tutto il territorio regionale, il “protocollo operativo per la gestione della comunicazione” relativa ai Servizi di trasporto STAM e STEN tra le unità operative di ostetricia e ginecologia delle strutture pubbliche e private accreditate, le unità di terapia intensiva neonatale (UTIN), le centrali operative regionali 118.

E’ stata altresì istituita “Commissione Regionale per la verifica e l’appropriatezza della rete dei servizi STAM e STEN dei relativi trasferimenti, degli esiti, degli eventuali eventi avversi” con lo scopo di individuare possibili aspetti di inappropriately dell’utilizzo della rete e/o di problematiche relative alla sicurezza ed apportare le opportune azioni di miglioramento.

IMPLEMENTAZIONE SISTEMA RETI

In un’ottica di ulteriore aderenza agli obiettivi del Ministero della Salute e dell’AGENAS, la Regione Siciliana sta implementando il sistema delle reti con specifici percorsi e progetti finalizzati che, sfruttando il sistema della rete dell’emergenza-urgenza ospedaliera e senza aggravio di costi e/o attivazione di nuove strutture, tenderanno ad ottimizzare ulteriormente l’offerta sanitaria. In tal senso, per esempio, si inserisce un progetto finanziato con fondi di PSN finalizzato alla creazione di un sistema rete per il controllo della sepsi e delle resistenze batteriche che implementerà percorsi indirizzandoli verso l’appropriatezza delle prescrizioni degli antibiotici e dei trattamenti ad alto costo (Stewart ship antimicrobica).

ORGANIZZAZIONE SUES 118

Il Servizio per l'Emergenza Territoriale del 118 rappresenta l'elemento essenziale del passaggio da un sistema assistenziale strutturato su Ospedali "autosufficienti" ad un sistema integrato e collaborativo di Ospedali e Servizi interdipendenti, operanti in "Rete" per garantire i migliori risultati con un ottimale impiego di risorse.

In tale contesto l'organizzazione del SUES 118 funge da cerniera ed è direttamente connessa alla rete ospedaliera facendosi carico del trasferimento dei pazienti sia in autopresentazione ai PS/DEA che dopo trattamento, garantendo al contempo l'assistenza domiciliare in urgenza anche agli abitanti di zone non densamente popolate.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria e il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata.

Il P.S./D.E.A. opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Tale modello naturalmente trasforma l'emergenza territoriale in un modello virtuoso di assistenza, sia alla popolazione che alla rete ospedaliera, per i trasferimenti secondari urgenti dai presidi ospedalieri e pone l'accento ad un nuovo modello la cui attività principale - la chiamata del cittadino - sarà affiancata dalla "chiamata" della rete ospedaliera per i trasferimenti secondari urgenti.

Tale organizzazione presuppone - tuttavia - un correttivo sul numero delle ambulanze medicalizzate che non potrà essere rapportata al territorio di competenza né all'Hub di riferimento che ne allunga i tempi di percorrenza e di impegno: ***diventa imprescindibile quindi la medicalizzazione delle ambulanze in numero sufficiente a garantire sia il soccorso primario che il secondario urgente.***

I presidi ospedalieri sono stati strutturati per specialità e quindi l'accesso al PS del relativo presidio potrà dare assistenza relativamente alle risorse presenti, superando il concetto di invio al PS/DEA più vicino; in tal senso si intende disciplinare l'accesso dei pazienti soccorsi dal SUES-118 mediante la stesura del "Protocollo Provinciale del Sistema di Rete dell'Urgenza-Emergenza, PS/DEA, SUES-118, Reti Ospedaliere".

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e delle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza - Urgenza della Regione Sicilia si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, tra loro non completamente coordinati e spesso utilizzati in modo inappropriato.

Il percorso di realizzazione concreta della rete prevede l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso il Dipartimento regionale che si avvale di:

- ☐ coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;
- ☐ coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronti Soccorsi;
- ☐ coordinamento dei Direttori dei Distretti;
- ☐ gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc).

Prendendo in considerazione l'interazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" e la rete dei D.E.A., è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento.

Centrali Operative, Postazioni di Emergenza Territoriale e Sistema "NUE 112"

Il sistema della emergenza territoriale attuale è costituito da n. 4 Centrali Operative (Catania-Siracusa-Ragusa, Messina, Palermo-Trapani, Agrigento-Caltanissetta-Enna) e da n. 251 Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) complessive dislocate sul territorio provinciale e coordinate dalla Centrale Operativa territorialmente competente.

La legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", all'art. 8, comma 1, lett. a) prevede l'istituzione del Numero Unico Europeo 112 su tutto il territorio nazionale con centrali operative da realizzare in ambito regionale, secondo le modalità definite con i Protocolli d'intesa adottati ai sensi dell'articolo 75-bis, comma 31 del Codice delle comunicazioni elettroniche. La Regione Siciliana ha sottoscritto lo specifico Protocollo d'Intesa per la creazione di punti di risposta integrati per tutte le chiamate di emergenza, cosiddetti PSAP di primo livello (Public Safety Answering Point di primo livello), coincidenti con la Centrale Unica di Risposta (CUR), più volte indicata dai servizi della Commissione Europea come un passo positivo per il miglioramento della capacità di risposta degli Stati membri alle emergenze. In particolare, il modello della CUR è stato individuato dalla Legge n. 124 del 7 agosto 2015 per l'implementazione del Numero Unico di Emergenza Europeo 112.

La riorganizzazione della rete prevede l'implementazione del sistema "NUE 112" mediante la realizzazione di due Centrali Uniche di Risposta presso **Palermo** e **Catania**, sulla base di quanto previsto dallo specifico disciplinare tecnico-operativo per il funzionamento delle stesse.

Elisoccorso

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta ad un codice di valutazione. La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi nei quali i mezzi medicalizzati su gomma impiegherebbero tempi molto elevati per il raggiungimento e/o per la successiva ospedalizzazione e di ricoverare il paziente critico nell'ospedale idoneo con minore disagio. Pertanto, anche in questo ambito si prevede una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione. In particolare si prevede, oltre che la definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso sulla base della nuova rete, la programmazione su base regionale del numero delle basi operative tenuto conto dei parametri relativi al calcolo del fabbisogno differenziato per mezzi diurni e notturni e loro operatività contenuti nel DM 70/2015, la definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate.

Postazioni di Emergenza Territoriale

La distribuzione dei mezzi di soccorso viene ridefinita nel rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015, secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali.

Come previsto dal Regolamento, ai risultati ottenuti dalla formula standard possono essere apposti alcuni correttivi derivanti da fattori specifici quali:

- vie di comunicazione;
- vincoli orografici e climatologici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;

- distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso; distribuzione dei Punti di Primo Intervento anche a seguito di ridefinizioni della rete dei P.S. e eventuali riconversioni;
- flussi turistici stagionali;
- rete elisoccorso.

Criteri di calcolo per la definizione del fabbisogno di MSA

Tabella - Calcolo Fabbisogno MSA - Criteri DM 70/2015

PROVINCIA	MSA
PALERMO	21
TRAPANI	8
CALTANISSETTA	6
AGRIGENTO	10
ENNA	6
CATANIA	18
SIRACUSA	7
RAGUSA	7
MESSINA	13
TOTALE	96

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso (TABELLA 4) avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km², applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali. Il numero totale, comprensivo del correttivo, è stato già validato dall'AGENAS.

A seguito della rimodulazione della rete ospedaliera è previsto il mantenimento nella località sottoelencate di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Entro il 31 dicembre 2017 tutti questi punti ad eccezione di quelli garantiti dal DM70 e da peculiari condizioni di natura orogeografica saranno riconvertiti in postazioni medicalizzate (MSA).

Ciò di pari passo con l'implementazione dell'attività territoriale svolta dal Coordinamento finalizzata a trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non

richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento che saranno temporaneamente operativi non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato.

Nella TABELLA 6 sono riportate le postazioni medicalizzate del SUES 118 il cui assetto, mantenendo il numero complessivo per provincia e su base regionale, sarà oggetto di rivalutazione da parte del Coordinamento previsto dal DM.70/2015.

In tal senso come già citato la Regione Sicilia con D.A. n. 247 del 13.02.2017 si è dotata in ottemperanza alle prescrizioni del DM.70 e del Documento metodologico dell'Agenas del 16.05.2016, del Coordinamento del Settore Unico dell'Emergenza Sanitaria che ha posto in essere le specifiche azioni precedentemente elencate.

TABELLA PPI in fase di riconversione (vedi testo)

Codifica PPI
Denominazione PPI MENFI (AG)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI CAMMARATA (AG)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SAN CATALDO (CL)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI MILENA (CL)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SOMMATINO (CL)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI RANDAZZO (CT)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI GRAMMICHELE (CT)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI MINEO (CT)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI LINGUAGLOSSA (CT)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI RAMACCA (CT)

Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SCALETTA ZANCLEA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SANTA TERESA RIVA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI FRANCAVILLA DI SICILIA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI MESSINA SUD (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI MESSINA NORD (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI TORREGROTTA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI NOVARA DI SICILIA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI FALCONE (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SAN PIERO PATTI (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SALINA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI BROLO (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE

Codifica PPI
Denominazione PPI CAPO D'ORLANDO (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI TORTORICI (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI S. STEFANO DI CAMASTRA (ME)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI CARINI (PA)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI BAGHERIA (PA)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI PALAZZO ADRIANO (PA)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI LERCARA FRIDDI (PA)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE

Codifica PPI
Denominazione PPI CHIARAMONTE GULFI (RG)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SCOGLITTI - VITTORIA (RG)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI POZZALLO (RG)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI PACHINO (SR)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI PALAZZOLO ACREIDE (SR)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI ROSOLINI (SR)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI FAVIGNANA (TP)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SAN VITO LO CAPO (TP)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE
Codifica PPI
Denominazione PPI SALEMI (TP)
Tipologia (territoriale/ospedaliero) TERRITORIALE

TABELLA: Postazioni MSA /MSB a regime (vedi testo)**BACINO DI CL**

PROVINCIA DI AGRIGENTO			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
AGRIGENTO 1	A.M.	AGRIGENTO - ALFA 1 /001	Agrigento
AGRIGENTO 3	MSA	AGRIGENTO - ALFA 3 /003	Agrigento
CAMMARATA	MSA	CAMMARATA - ALFA 14 /014	Cammarata
CANICATTI'	MSB	CANICATTI' - ALFA 4 /004	Canicatti'
CIANCIANA	MSA	CIANCIANA - ALFA 5 /005	Cianciana
LICATA	MSA	LICATA - ALFA 6 /006	Licata
MENFI	MSA	MENFI - ALFA 7 /007	Menfi
CASTELTERMINI	MSA	CASTELTERMINI - ALFA 15 /015	Casteltermini
RIBERA	MSA	RIBERA - ALFA 9 /009	Ribera
SCIACCA	MSA	SCIACCA - ALFA 8 /008	Sciacca
RAFFADALI	MSA	RAFFADALI - ALFA 11 /011	Raffadali
PROVINCIA DI CALTANISSETTA			

POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
CALTANISSETTA S. ELIA	MSA	CALTANISSETTA S. ELIA - CHARLIE 1 /019	Caltanissetta
GELA	MSA	GELA - CHARLIE 6 /024	Gela
MAZZARINO	MSA	MAZZARINO - CHARLIE 8 /026	Mazzarino
MILENA	MSA	MILENA - CHARLIE 9 /027	Milena
SAN CATALDO	MSA	SAN CATALDO - CHARLIE 4 /022	San Cataldo
SOMMATINO	MSA	SOMMATINO - CHARLIE 12 /030	Sommatino

PROVINCIA DI ENNA			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
ENNA ALTA	MSA	ENNA ALTA - ECHO 1 /035	Enna
ENNA BASSA	A.M.	ENNA BASSA - ECHO 2 /036	Enna
PIAZZA ARMERINA	MSA	PIAZZA ARMERINA - ECHO 6 /040	Piazza Armerina
PIETRAPEZIA	MSA	PIETRAPEZIA - ECHO 3 /037	Pietraperzia
REGALBUTO	MSA	REGALBUTO - ECHO 12 /046	Regalbuto
TROINA	MSA	TROINA - ECHO 7 /041	Troina

BACINO DI CT

PROVINCIA DI CATANIA			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
ACIREALE	MSB	ACIREALE - India 1 /073	Acireale
ADRANO	MSA	ADRANO - Papa 6 /071	Adrano
BRONTE	MSA	BRONTE - Mike 9 /062	Bronte
CALTAGIRONE	MSA	CALTAGIRONE - India 7 /075	Caltagirone
CATANIA - LIBRINO	MSB	CATANIA - LIBRINO - India 4 /057	Catania
CATANIA - OSP. CANNIZZARO	MSA	CATANIA - OSP. CANNIZZARO - CT 1 /051	Catania
CATANIA - OSP. GARIBALDI	MSA	CATANIA - OSP. GARIBALDI - Mike 2 /053	Catania
CATANIA - SANTA MARTA	MSA	CATANIA - SANTA MARTA - CT 2 /052	Catania
GIARRE	MSA	GIARRE - Mike 5 /059	Giarre

GRAMMICHELE	MSA	GRAMMICHELE - Papa 1 /066	Grammichele
GRAVINA DI CATANIA	MSA	GRAVINA DI CATANIA - Mike 11 /064	Gravina Di Catania
LINGUAGLOSSA	MSA	LINGUAGLOSSA - Papa 3 /068	Linguaglossa
MILITELLO VAL DI CATANIA	MSB	MILITELLO VAL DI CATANIA - Mike 8 /061	Militello Val Di Catania
MINEO	MSA	MINEO - Papa 2 /067	Mineo
MISTERBIANCO	MSA	MISTERBIANCO - Mike 12 /065	Misterbianco
PALAGONIA	MSB	PALAGONIA - India 5 /074	Palagonia
PATERNO'	MSA	PATERNO' - Mike 6 /060	Paterno'
PEDARA	MSA	PEDARA - Mike 10 /063	Pedara
RAMACCA	MSA	RAMACCA - Papa 4 /069	Ramacca
RANDAZZO	MSA	RANDAZZO - Papa 7 /072	Randazzo
SAN GIOVANNI LA PUNTA	MSA	S. G. LA PUNTA - Mike 3 /058	San Giovanni La Punta
SCORDIA	MSB	SCORDIA - India 8 /076	Scordia
VIZZINI	MSA	VIZZINI - Papa 5 /070	Vizzini

PROVINCIA DI RAGUSA			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
CHIARAMONTE GULFI	MSA	CHIARAMONTE GULFI - Romeo Papa 3 /098	Chiaromonte Gulfi
COMISO	MSA	COMISO - Romeo Bravo 2 /100	Comiso
ISPICA	MSA	ISPICA - Romeo Bravo 3 /101	Ispica
POZZALLO	MSA	POZZALLO - Romeo Papa 5 /099	Pozzallo
RAGUSA C.M.R.	MSA	RAGUSA - Ragusa 1 /093	Ragusa
SANTA CROCE CAMERINA	MSA	S. CROCE CAMERINA - Romeo India 4 /103	Santa Croce Camerina
SCICLI	MSA	SCICLI - Romeo India 2 /102	Scicli
VITTORIA	MSB	VITTORIA - Romeo India 6 /104	Vittoria

PROVINCIA DI SIRACUSA			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
AUGUSTA	MSA	AUGUSTA - Augusta 1 /113	Augusta
LENTINI	MSA	LENTINI - Sierra India 3 /118	Lentini
PACHINO	MSA	PACHINO - Sierra Papa 2 /114	Pachino

PALAZZOLO ACREIDE	MSA	PALAZZOLO ACREIDE - Sierra Papa 4 /115	Palazzolo Acreide
ROSOLINI	MSA	ROSOLINI - Sierra Papa 5 /116	Rosolini
SIRACUSA 1	MSA	SIRACUSA - SR 1 /109	Siracusa
FONTANE BIANCHE da MSB diventa MSA e dal 1° ottobre al 31 maggio viene avvicinata a SIRACUSA	MSA	SIRACUSA FONTANE BIANCHE - Sierra Alfa 6 /112	Siracusa
SORTINO	MSB	SORTINO - Sierra Mike 5 /117	Sortino

PROVINCIA DI MESSINA			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
BARCELLONA P.G.	MSA	BARCELONA P.G. - ME 03 /135	Barcellona Pozzo Di Gotto
BROLO	MSA	BROLO - Delta 25 /147	Brolo
CAPO D'ORLANDO	MSA	CAPO D'ORLANDO - Delta 26 /148	Capo D'Orlando
CESARO'	MSA	CESARO' - Delta 49 /153	Cesaro'
FALCONE	MSB	FALCONE - Delta 23/145	Falcone
FRANCAVILLA DI SICILIA	MSB	FRANCAVILLA DI SICILIA - Delta 14 /141	Francavilla Di Sicilia
LETOJANNI	MSB	LETOJANNI - Delta 12/139	Letojanni
ME - EX OSP. MARGHERITA	A.M.	ME - EX OSP. MARGHERITA - Delta 06/129	Messina
ME - GAZZI (ex Policlinico)	MSB	ME - GAZZI (ex Policlinico) - Delta 09/131	Messina NORD
ME - OSP. PAPARDO	MSB	ME - OSP. PAPARDO - ME 2 /127	Messina
ME - OSP. PIEMONTE	MSB	ME - OSP. PIEMONTE - ME 1 /128	Messina
MESSINA SUD	MSA	MESSINA SUD - Delta 08/130	Messina
MILAZZO	MSB	MILAZZO - Delta 22 /144	Milazzo
NOVARA DI SICILIA	MSA	NOVARA DI SICILIA - Delta 43/150	Novara di Sicilia
PATTI	MSB	PATTI - Delta 24 /146	Patti
SALINA	MSA	SALINA - Delta 80 /154	Santa Marina Salina
SAN PIERO PATTI	MSB	SAN PIERO PATTI - Delta 44 /151	San Piero Patti
SANTA TERESA RIVA	MSA	SANTA TERESA RIVA - Delta 11/138	Santa Teresa Di Riva

SANT'AGATA DI MILITELLO	MSA	SANT'AGATA DI MILITELLO - ME 4 /136	Sant'Agata Di Militello
SANTO STEFANO DI CAMASTRA	MSA	SANTO STEFANO DI CAMASTRA - Delta 29/149	Santo Stefano Di Camastra
SAPONARA	MSB	SAPONARA - Delta 20/142	Saponara
SCALETTA ZANCLEA	MSA	SCALETTA ZANCLEA - Delta 10 /138	Itala
TAORMINA	MSB	TAORMINA - Delta 13/140	Giardini Naxos
TORREGROTTA	MSA	TORREGROTTA - Delta 21 /143	Torregrotta
TORTORICI	MSA	TORTORICI - Delta 46/152	Tortorici
TAORMINA	MSB (dopo il G 7)	TAORMINA - AM 1 /259	Taormina

PROVINCIA DI PALERMO			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
ALTOFONTE	MSB	ALTOFONTE - 20 /192	Altofonte
BALESTRATE	MSA	BALESTRATE - 43 /205	Balestrate
BELMONTE MEZZAGNO	MSA	BELMONTE MEZZAGNO - 38 /200	Belmonte Mezzagno
CARINI	MSA	CARINI - 08 /184	Carini
CASTELBUONO	MSA	CASTELBUONO - 25 /196	Castelbuono
CEFALU'	MSB	CEFALU' - 05 /183	Cefalu'
COLLESANO	MSA	COLLESANO - 26 /197	Collesano
CORLEONE	MSA	CORLEONE - 09 /185	Corleone
PALERMO CENTRO TEATRO MASSIMO/P.zza Sturzo (EX GODRANO Osp./Aiuto Materno)	MSB	GODRANO - 78 /225	Palermo
ISOLA DELLE FEMMINE	MSA	ISOLA DELLE FEMMINE - 40 /202	Isola Delle Femmine
LERCARA FRIDDI	MSA	LERCARA FRIDDI - 12 /188	Lercara Friddi
MISILMERI	MSA	MISILMERI - 45 /206	Misilmeri
Sferra Cavallo (ex MONDELLO)	MSB	MONDELLO - 21 /193	Palermo
MONREALE	MSA	MONREALE - 10 /186	Monreale
PA - AIUTO MATERNO	A. M.	PA - AIUTO MATERNO - 04 /170	Palermo
PA - OSP. BUCCHERI LA FERLA	MSB	PA - OSP. BUCCHERI LA FERLA - 22 /175	Palermo
PA - OSP. CERVELLO	A. M.	PA - OSP. CERVELLO - 14 /173	Palermo
PA - OSP. CIVICO	MSB	PA - OSP. CIVICO - 15 /174	Palermo

PA - OSP. ENRICO ALBANESE	MSA	PA - OSP. ENRICO ALBANESE - 02 /169	Palermo
PA - OSP. GUADAGNA	MSA	PA - OSP. GUADAGNA - 44 /177	Palermo
PA - OSP. VILLA SOFIA	MSB	PA - OSP. VILLA SOFIA - 07 /172	Palermo
PA - POLITEAMA/ TRIBUNALE PA	MSA	PA - POLITEAMA - 06 /171	Palermo
PALAZZO ADRIANO	MSA	PALAZZO ADRIANO - 82 /229	Palazzo Adriano
PETRALIA SOTTANA	MSA	PETRALIA SOTTANA - 11 /187	Petralia Sottana
PIANA DEGLI ALBANESI	MSA	PIANA DEGLI ALBANESI - 39 /201	Piana Degli Albanesi
PRIZZI	MSA	PRIZZI - 28 /199	Prizzi
S. FLAVIA	MSA	S. FLAVIA - 16 /190	Santa Flavia
TERMINI IMERESE	MSA	TERMINI IMERESE - 01 /168	Termini Imerese
TERRASINI	MSA	TERRASINI - 24 /195	Terrasini

PROVINCIA DI TRAPANI			
POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	COMUNE
ALCAMO CMR 19/232	MSA	ALCAMO - 85 /233	Alcamo
CASTELVETRANO 35/239	MSA	CASTELVETRANO - 35 /239	Castelvetro
MARSALA 1 37/243	MSA	MARSALA 1 - 37 /243	Marsala
MAZARA DEL VALLO 32/245 da A.M. diventa MSA	MSA	MAZARA DEL VALLO - 32 /245	Mazara Del Vallo
PETROSINO	MSA	PETROSINO - 53 /249	Petrosino
SALEMI	MSA	SALEMI - 36 /251	Salemi
SAN VITO LO CAPO	MSA	SAN VITO LO CAPO - 34 /252	San Vito Lo Capo
TRAPANI 2	MSA	TRAPANI 2 - 46 /254	Erice
TRAPANI CITTA' - TP 4	MSA	TRAPANI CITTA' - TP 4 - 55 /256	Erice

L'integrazione tra le reti e la connessione fra sistema dell'emergenza e sistema delle cure primarie: la Centrale Operativa del Territorio e il numero "116117"

E' noto che per affrontare le sfide poste alla sostenibilità del Servizio Sanitario universalistico, occorre attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed in particolare è indispensabile diminuire la concentrazione di attività e risorse sulla rete ospedaliera. La rete di emergenza-urgenza fornisce un fondamentale connettore di questo sistema, in quanto deve essere in grado di rispondere ai cittadini su tutto il territorio regionale, garantendo sicurezza e tempestività di intervento. E' altrettanto importante che vi sia appropriatezza nell'utilizzo dei servizi evitando il sovraffollamento dell'area emergenza-urgenza ospedaliera per patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare un'adeguata e migliore risposta clinico-assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di assistenza primaria, ove adeguatamente strutturata. Tale fenomeno, che spesso si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un uso improprio delle strutture e dei servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza. E' noto che il ricorso inappropriato ai servizi di Pronto Soccorso ha diverse motivazioni, tra le quali la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni non differibili ma non urgenti. Tale percezione sarà ben minore se il cittadino si sente accolto in una rete di assistenza primaria in grado di anticipare ed intercettare il suo bisogno di salute considerato non differibile. A tal fine si intendono sviluppare nuovi strumenti organizzativi integrati, con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute del cittadino, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, razionalizzare le risorse presenti sul territorio.

Indicazioni nazionali e direttive europee hanno previsto l'istituzione di un numero unico europeo (il "116117") per il servizio di guardia medica. Nel luglio 2011 il Ministero della salute adottava in materia, un documento di indirizzo sulla "Continuità delle cure in un sistema integrato. Modelli organizzativi 118 e Continuità Assistenziale (CA)", integrativo dell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011.

Su queste basi si prevede l'individuazione di una centrale operativa del territorio (rispondente al numero "116117"), adiacente alla Centrale Operativa del 118, con personale sanitario e tecnico formato allo scopo che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione. Questo stesso servizio fungerà, come sopra detto, anche da portale di accesso per la richieste di Assistenza Primaria (cfr. *Intesa Rep. Atti 36/CSR del 7/02/2013 Rapporti tra il Sistema dellemergenza urgenza e la CA.*).

Il numero 116117 (attivo h24/365 gg all'anno) consentirà quindi la centralizzazione delle chiamate di cure primarie. Le due funzioni ("118" e "116117") devono avvalersi di un'unica piattaforma tecnologica e di una interfaccia informatica che permetta lo scambio reciproco delle informazioni acquisite in caso di shift della richiesta.

Dal punto di vista organizzativo è infatti essenziale la possibilità di interagire fra le due funzioni con un linguaggio condiviso e quindi scambio d'informazioni, chiarezza delle competenze reciproche (chi fa che cosa), individuazione dei percorsi delineando gli ambiti. A questo scopo verranno definite, a livello regionale, apposite linee guida condivise.

Altrettanto determinanti sono: una adeguata, omogenea e preventiva formazione degli operatori, oltre che una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso.

OSPEDALITA' PRIVATA

Per quanto concerne l'ospedalità privata accreditata contrattualizzata gli attuali standard suggeriscono quindi di procedere alla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera privata incentivando la riconversione dei p.l. acuti in post acuti, che, pertanto, vanno implementati, coerentemente alla programmazione complessiva regionale e per bacino, soprattutto in quelle province che presentino maggiori carenze.

Al contempo l'Amministrazione regionale si propone di offrire soluzioni idonee alle strutture che intendono contribuire attraverso istanze di rimodulazione all'efficientamento della rete, al fine di contribuire al miglioramento dell'offerta sanitaria e non disperdere il patrimonio di risorse strutturali, umane e tecnologiche esistenti.

Risulta inoltre funzionale, ai fini di una migliore risposta assistenziale, prevedere l'integrazione dei servizi offerti dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate attraverso il coinvolgimento del privato accreditato all'interno delle reti assistenziali previste dalla programmazione regionale.

Occorre porre in essere ulteriori azioni volte al graduale recupero della mobilità passiva e a promuovere l'attrazione extra regionale recuperando, così, anche la quota di posti letto non computati a causa del tasso di mobilità passiva registrato dalla Regione Siciliana nel corso degli anni.

Si rileva altresì che l'analisi sull'attività delle case di cura accreditate, ai fini dell'efficientamento dell'offerta del privato accreditato, deve essere effettuata tenendo presenti le caratteristiche proprie di tali strutture e l'invalidabilità del tetto di spesa.

In ragione di tutto quanto sopra a conclusione del processo di rifunzionalizzazione tutti i reparti delle case di cura private accreditate, qualificati, ai sensi della L.R. n.39/88, quali Unità Funzionali, saranno riportati nell'emananda rete, senza operare distinzioni sulla base di precedenti analisi e/o valutazioni comparative

Alla rimodulazione nel dettaglio dell'offerta ospedaliera accreditata privata, si procederà secondo il seguente schema

2. CASE DI CURA ACCREDITATE PER MENO DI 40 O 60 POSTI LETTO PER ACUTI:

a) le case di cura con meno di 40 posti letto, non monospecialistiche, potranno richiedere la riconversione finalizzata a trasformarsi in: day surgery autonomi, ovvero in strutture post acuzie, in strutture monospecialistiche oppure, nelle province dove lo standard per gli acuti sia inferiore a quello previsto e purché non si superi il limite massimo dei posti della rete, potranno richiedere un incremento di alcuni posti letto per acuti, fino al raggiungimento della soglia minima della monospecialistica e, comunque, sino ad un massimo di ulteriori 10 p.l. per singola struttura;

b) Monospecialistiche: In assenza e sino all'adozione del provvedimento attuativo nazionale previsto dal punto 2.5 del D.M. 70/2015, in forza di quanto previsto dall'allegato all'art.1 della L.R. n. 39/88 in ordine alla capacità ricettiva minima, la soglia minima delle Case di Cura monospecialistiche è fissata in 30 p.l. per acuti, ai quali possono aggiungersi ulteriori p.l. post acuti per assicurare la continuità assistenziale e/o attività assistenziali complementari;

le eventuali prestazioni in regime diurno delle strutture monospecialistiche dovranno essere erogate, esclusivamente, nell'ambito delle specialità di ricovero ordinario accreditate, ferma restando la possibilità di richiedere l'autorizzazione allo svolgimento di attività in altre discipline in regime libero professionale;

c) le case di cura ad indirizzo specifico neuropsichiatrico sono già considerate monospecialistiche dalla citata legge regionale n. 39/88 e, pertanto, considerata la particolare attività sanitaria erogata, relativa alla salute mentale, in coerenza con tutte le più recenti normative nazionali e regionali, che privilegiano le piccole strutture per la cura delle malattie mentali, onde evitare la riaffermazione di fattispecie simili, per dimensione, agli ex ospedali manicomiali, dette strutture possono essere considerate monospecialistiche psichiatriche, anche ove non raggiungano, con uno scostamento massimo di 5 p.l., la soglia minima delle monospecialistiche individuata nel precedente punto b) (30 p.l. per acuti), purché la struttura sia dotata di ulteriori p.l. (post acuti o residenziali) nei quali effettuare attività di riabilitazione psichiatrica.

3) CASE DI CURA CON NUMERO DI POSTI LETTO PER ACUTI DA 40 A 59

- Le strutture appartenenti ad unico soggetto giuridico o gruppo societario, potranno proporre di rimodulare la loro articolazione mediante trasferimenti o concentrazione di tutti o parte dei posti letto, fermo restando il rispetto dei fabbisogni e degli standard.
- Le Case di Cura con posti letto accreditati per acuti in numero inferiore a 60, ma già autorizzate per 60 o più posti letto per acuti, potranno incrementare i letti accreditati fino a 60, fino ad un massimo di 10 p.l. per singola struttura, ove lo standard provinciale non sia stato raggiunto, nel rispetto del limite complessivo dei p.l. riportato nel piano ospedaliero regionale di rimodulazione della rete.
- le case di cura con numero di posti letto inferiore a 60 potranno, altresì, attivare le procedure per la riconversione in monospecialistica o in post acuti;
- Resta ferma la possibilità di aggregazione, come prevista dal D.M. n. 70/15, attraverso la fusione in un unico soggetto giuridico, pur se in siti diversi, anche se viene preferita la fusione strutturale in unico presidio;
- A partire dal 2017, la sospensione del rapporto contrattuale prevista dal D.M. n. 70/15 per le strutture sotto soglia di 60 p.l., non monospecialistiche, o sotto i 40 p.l. acuti, che non siano ancora aggregate o riconvertite, sarà collegato alla presentazione delle istanze di riconversione o di fusione entro il termine fissato dall'Assessorato. Nelle more della realizzazione delle progettualità di rimodulazione, che verranno autorizzate dalla Regione e dovranno essere completate entro i tempi del cronoprogramma assegnato, che comunque non potrà superare il limite temporale di un anno dall'approvazione del progetto, le Case di Cura, continueranno ad operare con l'attuale assetto;

4) Al fine di incentivare ed agevolare la fase della riconversione dei p.l. privati accreditati, il fabbisogno e gli obiettivi regionali saranno soddisfatti, prioritariamente, attraverso la riconversione delle strutture private accreditate per acuti, a seguito di apposita richiesta di rimodulazione, che potrà interessare le seguenti ipotesi: trasformazione di branca specialistica da acuti ad acuti, di p.l. acuti da ordinari a diurni o da acuti in p.l. post acuti o da acuti in p.l. residenziali (RSA, CTA, CTAP) o in parziale attività ambulatoriale o, comunque, in altre attività residenziali volte ad incrementare l'offerta sanitaria in ambiti di cui la Regione è carente e per i quali la programmazione regionale non ha avuto ancora completa attuazione.

5) Al fine di limitare la mobilità passiva, le Case di Cura, fermo restando il rispetto di standard e fabbisogno, potranno migliorare l'offerta dei servizi sanitari, sia attraverso una parziale riconversione dei posti letto accreditati funzionale ad una migliore efficienza delle strutture stesse, sia attraverso l'erogazione delle prestazioni con il più appropriato *setting* assistenziale che consenta, da un lato, di ridurre la "fuga" dei cittadini siciliani verso altre Regioni e, dall'altro, di esercitare attrazione nei confronti di cittadini di altre regioni.

Stante che il percorso così declinato contribuirà a raggiungere gli obiettivi di standard per bacino di utenza e per singole aree e discipline, come previsto dal DM 70/2015 l'Assessorato procederà, entro 60 giorni dalla presentazione delle istanze di rimodulazione, alla relativa istruttoria e valutazione.

Al fine di evitare che sull'iter volto all'efficientamento possano refluire negativamente altre situazioni in vario modo correlate si stabilisce inoltre che :

6) Allo scopo di favorire il processo di riconversione dei posti letto di riabilitazione psichiatrica in CTAP, così come previsto dal P.O. 2010/12 e dal Piano salute mentale 2013/15, che dovrà essere completato entro un anno dal decreto approvativo della rete ospedaliera regionale, nelle more della definizione delle relative tariffe in funzione dei diversi setting e complessità assistenziali, le attività oggetto di riconversione continueranno ad essere svolte mediante gli attuali assetti organizzativi quali-quantitativi, conservando i profili tariffari correnti.

7) Considerata la complessità organizzativa dei Punti nascita pubblici e privati accreditati, già descritta nell'apposita sezione del presente documento, che si sono adeguati a quanto previsto dalle disposizioni nazionali e regionali, che hanno imposto un assetto organizzativo e tecnologico di alta intensità assistenziale, che assorbe notevoli risorse, si prevede dal 2017 di non applicare gli abbattimenti tariffari per fascia ai Punti nascita pubblici e privati accreditati.

8) Per evitare l'insorgere di nuovo contenzioso in ordine all'applicazione delle riduzioni tariffarie previste nel 2010 e non aggiornate, si prevede che venga istituito entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto approvativo della rete ospedaliera regionale un tavolo di lavoro per supportare l'Amministrazione nella definizione di una nuova differenziazione tariffaria delle strutture ospedaliere legata alla intensità di cure erogate.

9) In tale tavolo congiunto, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza territoriale, saranno formulate proposte tecniche in ordine ai criteri per la valutazione dell'attività delle U.F. delle Case di Cura provate accreditate, saranno valutate idonee misure di riqualificazione funzionali alla partecipazione delle strutture private accreditate alle reti assistenziali specialistiche e di emergenza/urgenza in presenza dei previsti requisiti, e saranno definite nuove e più funzionali modalità di accesso nei reparti di lungodegenza e riabilitazione.

Infine, in un'ottica di sinergica collaborazione nel superiore interesse pubblico del miglioramento dei servizi erogati, dell'implementazione dell'offerta assistenziale in ambiti carenti e della tutela della salute dei cittadini, l'Amministrazione regionale, ove ne sussistano i presupposti, valuterà soluzioni transattive per la risoluzione dei contenziosi instaurati o per evitare che ne sorgano di nuovi.

Con tali modalità si intendono implementare le attività di integrazione pubblico-privato, già in essere, ridisegnando in modo più funzionale tale integrazione e interazione alla luce della presente proposta di rimodulazione della rete ospedaliera.

COPIA TRATTA
NON VALIDA

ALLEGATI

Con riferimento alle indicazioni operative di cui alla nota del 22/2/2016 del Ministero della Salute si allega la seguente documentazione:

- Tabella A con la sintesi della dotazione dei posti letto
- Tabella B: non si compila in quanto in Sicilia non sono presenti le fattispecie ivi elencate.
- Articolazione dello schema di rete per l'emergenza urgenza riportante la classificazione dei singoli presidi ospedalieri
- Tabella C con dettaglio delle discipline per presidio ospedaliero
- Tabella D: Centrali operative (C.O.) 118 e rete territoriale di soccorso.

Il Dirigente Generale
ad interim
Avv. Ignazio Tozzo

L'Assessore per la Salute
On.le Baldassare Gucciardi

Il Responsabile Serv. 4
Dott.ssa Lucia Li Sacchi

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Allegato 2

DISEGNO DEL SISTEMA DI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA - REGIONE SICILIANA

AREA TERRITORIALE CATANIA - RAGUSA - SIRACUSA - AB. 1.841.011 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)																			
HUB				SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE				PS ZONA DISAGIATA			PS ZONA DISAGIATA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE					
DEA II				DEA I			PS BASE				PS ZONA DISAGIATA			PS ZONA DISAGIATA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE					
600.000/1.200.000				150.000/300.000			80.000/150.000												
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO		PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO				
CATANIA	AO CANNIZZARO				Acireale-Giarre	P.O. "S. Maria e S. Venera" di Acireale	CATANIA	P.O. "Marta SS. Addolorata" di Biancavilla		CATANIA	P.O. "Castiglione Prestiani" di Bronte		SIRACUSA	P.O. "Muscatello" di Augusta					
	AO GARIBALDI	P.O. Garibaldi Centro			P.O. "S. Giovanni Di Dio e S. Isidoro" di Giarre	P.O. "Ss. Salvatore" di Paternò			P.O. "Basso Ragusa Mario" di Milite V.C.										
			P.O. Nesima		P.O. "Grovina" di Caltagirone		P.O. "Generale" di Lentini												
	AOUP CATANIA	P.O. Rodolico			P.O. "Civile-OMPA" di Ragusa		SIRACUSA												
			P.O. Vittorio Emanuele		Modica-Scicli	P.O. "Maggiore" di Modica													
			P.O. S. Bambino			P.O. "Busacca" di Scicli													
				Vittoria-Comiso	P.O. "R. Guzzardi" di Vittoria														
					P.O. "Regina Margherita" di Comiso														
				P.O. "Umberto I" di Siracusa - P.O. "Umberto I" Reza di Siracusa															
				Avola-Noto	P.O. "G. Di Maria" di Avola														
			P.O. "Trigona" di Noto																
BACINO I: CATANIA - RAGUSA - SIRACUSA														TOTALE REGIONALE - SICILIA					
DEA II - HUB								DEA II - HUB							7				
DEA I - SPOKE							DEA I - SPOKE							22					
PS BASE							PS BASE							14					
PS ZONA DISAGIATA							PS ZONA DISAGIATA							11					
PS ZONA DISAGIATA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE							PS ALTO RISCHIO AMBIENTALE							1					

AREA TERRITORIALE MESSINA - AB. 645.296 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)													
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA				
DEA II			DEA I			PS BASE							
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000							
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO		
MESSINA	AOUP MESSINA		MESSINA	Barcellona-Milazzo	P.O. "Cantoni Zozda" di Barcellona FG.	MESSINA	P.O. "Barone Romeo" di Patti		MESSINA	P.O. "Civile" di Lipari			
					P.O. "Generale" di Milazzo		P.O. "Generale" di S. Agata Militello			P.O. "S. Salvatore" di Mistretta			
				A.O. Bonino Pulejo-Piemonte	A.O. Bonino Pulejo								
					P.O. "San Vincenzo" di Tormina								
				A.O.Papardo									
BACINO 2: MESSINA													
DEA II - HUB		1											
DEA I - SPOKE		4											
PS BASE		2											
PS ZONA DISAGIATA		2											

AREA TERRITORIALE PALERMO TRAPANI - AB. 1.712.821 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)												
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA			
DEA II			DEA I			PS BASE						
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000						
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	
PALERMO	AO CIVICO	Ospedale Civico	PALERMO	S. Raffaele Giglio Cefalù		PALERMO	P.O. "Civico" di Partinico		PALERMO	P.O. "Dei Bianchi" di Corleone		
		Ospedale Dei Bambini G. Di Cristina		Buccheri La Ferla Fatebenefratelli			P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese			P.O. "Barone Paolo Agliata" di Petralia Sottana		
	AOU P PALERMO			P.O. V. Cervello								
			PALERMO	AOR Villa Sofia-Cervello	P.O. Villa Sofia-CTO	PALERMO	P.O. "S. Vito e Santo Spirito" di Alcamo		TRAPANI	P.O. "B. Nigari" di Pantelleria		
				Ingrassia-Villa delle Ginestre	P.O. G. F. Ingrassia		P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelverrano					
					Villa delle Ginestre			P.O. "A. Ajello" di Mazara del Vallo				
			TRAPANI	Trapani-Salemi	P.O. "S. Antonio Abate" di Trapani				TRAPANI			
					P.O. "Vittorio Emanuele III" di Salemi							
				P.O. "San Biagio" di Marsala								

BACINO 3: PALERMO - TRAPANI	
DEA II - HUB	2
DEA I - SPOKE	7
PS BASE	5
PS ZONA DISAGIATA	3

AREA TERRITORIALE AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA - AB. 892.952 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)												
HUB			SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE			PS ZONA DISAGIATA			
DEA II			DEA I			PS BASE						
600.000/1.200.000			150.000/300.000			80.000/150.000						
PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	PROVINCIA	AZIENDA	PRESIDIO	
CALTANISSETTA	P.O. "S. Elio" di Caltanissetta - P.O. "M. Raimondi" di S. Cataldo		AGRIGENTO	P.O. "S. Giovanni Di Dio" di Agrigento		AGRIGENTO	P.O. "Barone Lombardo" di Camicci		CALTANISSETTA	P.O. "Maria Immacolata Longo" di Mussomeli		
				Sclacca-Ribera	P.O. "F.lli Partupiano" di Ribera		P.O. "San Giacomo D'Altopasso" di Licata			P.O. "S. Stefano" di Mazzarino		
					P.O. "Ospedal Civili Riuniti" di Sclacca		P.O. "M. Chello" di Piazza Armerina		ENNA	P.O. "Ferro Capra Branciforte" di Leonforte		
					P.O. "Vittorio Emanuele" di Gela		P.O. "Carlo Basile" di Nicosia		CALTANISSETTA	P.O. "Suor Cecilia Basarecco" di Niscemi		
			ENNA	P.O. "Umberto I" di Enna								

BACINO 4: AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA	
DEA II - HUB	1
DEA I - SPOKE	4
PS BASE	4
PS ZONA DISAGIATA	4

AREA TERRITORIALE	HUB	SPOKE		PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE										PRESIDIO ZONA DISAGIATA				OSPEDALI DI COMUNITA'				CENTRALI OPERATIVE IIR	POSIZIONI E RIFUGI MEDICIZZATI (PTI) del 2014	POSIZIONI E RIFUGI MEDICIZZATI (PTI) del 2014	PIATTAFORME AL 31.12.2015																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
		COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROFOTO SQUADRE	PS BASE				PS ZONA DISAGIATA				OSPEDALI DI COMUNITA'																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
							COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROFOTO SQUADRE	PS BASE		PS ZONA DISAGIATA		OSPEDALI DI COMUNITA'																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
												COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA					TOT	PRESIDIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
AO CANNIZZARO CATANIA	CATANIA	AUSL AS GARIBOLDI	1	Garibaldi centro (PS centrale)	SI	OPEDALI RIUNITI ACIREALE GUARILE	ASP	1	PO. S. MARIA V. VENERIA (ACIREALE)	SI	PO. S. GIOR. DI FINO E ESTERNO (GRABBO)	PO. M. SS. ADDOLORATA (BIANCAVILLA)	PO. SS. LAZZARINI (PATERNO)	BRONTE	ASP	1	PO. C. PRESTIANI	MILLOVALDI CATANIA	ASP	1	PO. B. RAGUSA	BRONTE	745	RAMACCA	ATTUALE	PROGRAMATO	ADIANO	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA	GRANARACCA

* Da rifinanziamento di strutture ospedaliere

BACINO CATANIA RAGUSA SIRACUSA	
DEA II - HUB	1
DEA I - SPOKE	5
PS BASE	7
PS ZONA DISAGIATA	1
OSP DI COMUNITA'	3

TOTALE SICILIA	
DEA II - HUB	3
DEA I - SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
OSP DI COMUNITA'	3

AREA TERRITORIALE MESSINA - AB. 645.296 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)														
HUB		SPOKE		PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE										
DEA II		DEA I		PS BASE										
644.400/1.200.400		150.000/300.000		84.000/168.000										
2. ALTOP ME	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROVVED. SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROVVED. SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO
		MESSINA	1	PD - P. PULITO PIRANDELLI	SI	MESSINA	BUCCIA	1	PD - P. PULITO PIRANDELLI	SI	MESSINA	BUCCIA	1	PD - P. PULITO PIRANDELLI
		OSPEDALE RIUNITI MILAZZO - BARCELLONETA	2	OSP RIUNITI - PG GENERALE (MILAZZO) - BARCELLONETA	SI	OSPEDALE RIUNITI MILAZZO - BARCELLONETA	ASP	2	OSP RIUNITI - PG GENERALE (MILAZZO) - BARCELLONETA	SI	OSPEDALE RIUNITI MILAZZO - BARCELLONETA	ASP	2	OSP RIUNITI - PG GENERALE (MILAZZO) - BARCELLONETA
		OSPEDALI RIUNITI S. AGATA M.LLO - BARRETTA	3	PG - GENERALE (S. AGATA M.LLO) - M.LLO - BARRETTA	SI	OSPEDALI RIUNITI S. AGATA M.LLO - BARRETTA	ASP	3	PG - GENERALE (S. AGATA M.LLO) - M.LLO - BARRETTA	SI	OSPEDALI RIUNITI S. AGATA M.LLO - BARRETTA	ASP	3	PG - GENERALE (S. AGATA M.LLO) - M.LLO - BARRETTA
		INTI	4	PD - S. AGATA M.LLO - BARRETTA	SI	INTI	ASP	4	PD - S. AGATA M.LLO - BARRETTA	SI	INTI	ASP	4	PD - S. AGATA M.LLO - BARRETTA
		TAORMINA	5	PD - S. VINCENZO	SI	TAORMINA	ASP	5	PD - S. VINCENZO	SI	TAORMINA	ASP	5	PD - S. VINCENZO
		MESSINA	AO P. PIRANDELLI	1	P. PIRANDELLI	SI								
* Da riorganizzazione di strutture ospedaliere														
BACINO MESSINA														
DEA II - HUB		1												
DEA I - SPOKE		1												
PS BASE		5												
PS ZONA DISAGIATA		1												
OSP. DI COMUNITA'		0												

PS ZONA DISAGIATA														
OSPEDALI DI COMUNITA'														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														
PRESIDIO														

TOTALE BACINI SICILIA	
DEA II - HUB	3
DEA I - SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
OSP DI COMUNITA'	3

[illegible]

Da rifunionalizzazione di strutture ospedaliere

BACINO PALERMO TRAPANI	
DEA II - HUB	1
DEA I - SPOKE	5
'S BASE	8
'S ZONA DISAGIATA	3
'S P. DI COMUNITA'	0

TOTALE BACINI SICILIA	
DEA II - HUB	3
DEA I - SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
PS DI COMUNITA'	1

AREA TERRITORIALE AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA - AR. 892.952 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)														
HUB	SPOKE					PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE					PS ZONA DISAGIATA			
	DEA I					PS BASE								
	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO
AO CANNIZZARO CATANIA O ARNAS CATICIO PALERMO (a scelta del medico procedere operativo)	AGRIGENTO	AO - SAN GIOVANNI DE IDIO	1	PO - S. GIOVANNI DE IDIO	SI	CALTANISSETTA	ASP - SAN GIOVANNI DE IDIO	1	PO - S. GIOVANNI DE IDIO	SI	AGRIGENTO	ASP - SAN GIOVANNI DE IDIO	1	PO - S. GIOVANNI DE IDIO
						LICATA	ASP - SAN GIOVANNI DE IDIO	2	PO - S. GIOVANNI DE IDIO	SI				
						AGRIGENTO	ASP - SAN GIOVANNI DE IDIO	3	PO - S. GIOVANNI DE IDIO	SI				
CALTANISSETTA														
ENNA														

TOTALE BACINI SICILIA	
DEA II - HUB	3
DEA I - SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
OSP. DI COMUNITA'	3

BACINO AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA	
DEA II - HUB	0
DEA I - SPOKE	4
PS BASE	3
PS ZONA DISAGIATA	2
OSP. DI COMUNITA'	0

* Da rifunionalizzazione di strutture ospedaliere

AREA TERRITORIALE MESSINA - AB. 645.296 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)																																	
HUB	SPOKE				PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE																												
	DEAI I				PS BASE																												
	1.50.000.000.000				80.000.000.000																												
DEAI II	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROVINTA' SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROVINTA' SOCCORSO	PS ZONA DISAGIATA			OSPEDALI DI COMUNITA'			CENTRALI OPERATIVE IIR			POSTAZIONI TERRITORIALI MEDICAZIATE (PPT NSA)		POSTAZIONI TERRITORIALI MEDICAZIATE (PPT NSA)		PTA ATTIVATI AL 31.12.2015									
2. ALOP ME	MESSINA	AO INVARDO	1	PAPARDO	SI	MESSINA	BUCCIS	1	POI - B. PULEDO PRIMONTE	SI	ASP	1	POI - CIVILE	PRESIDIO AO INVARDO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	URBAGIONE	ATTUALE	PROGRAMMATO	POSTAZIONI TERRITORIALI MEDICAZIATE (PPT NSA)	DA RIORGANIZZAZIONE IN STRUTTURE TERRITORIALI	MILAZZO	MILAZZO	MILAZZO							
						OSPEDALE RIUNITI MILAZZO - B.MARCELLONAI	ASP	2	OSPI RIUNITI - POI GENERALE MILAZZO - POI - 207094	SI																							
						OSPEDALI RIUNITI AGAVA MELLO - MIBRETTA	ASP	3	POI - GENERALE G. AGAVA MELLO - POI - SS. S. GIUSEPPE (MIBRETTA) - PD - 207094	SI																							
						INTI	ASP	4	POI - B. ARNONE ROMEO	SI																							
						TORMINA	ASP	5	POI S. VINCENZO	SI																							

BACINO MESSINA	
DEAI - HUB	1
DEAI - SPOKE	1
PS BASE	5
PS ZONA DISAGIATA	1
OSP DI COMUNITA'	0

TOTALE BACINI SICILIA	
DEAI - HUB	3
DEAI - SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
OSP DI COMUNITA'	3

AREA TERRITORIALE		PALERMO TRAPANI - AB. 1.712.821 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)														
HUB	DEA II	SPOKE		PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE												
		DEA I		PS BASE												
		14.000.000.000		20.000.000.000												
COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PRODOTTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PRODOTTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PRODOTTO SOCCORSO	PS ZONA DISAGIATA	
PALERMO	ASOP	1	POLICENCO	SI	PALERMO	ASP	1	P.O. ROSA SASSA	SI	ORLIONE	ASP	1	P.O. DIBIANCHI	SI	PRESIDIO ARNAS CANTIVITRANO PALERMO	
	A.O. OSPEDALI RIUNITI CERVELLO	2	VILLA SOPA	SI	CEPALU'	ASP	2	P.O. GIGLIO	SI	PETRALIA SOTTANA	ASP	2	P.O. P. AGATA	SI		
	P.O. BUCCHIERA	3	CERVELLO	SI	PARTICUO	ASP	3	P.O. CIVICO	SI							
	P.O. BUCCHIERA FIDELI	4	P.O. BUCCHIERA TERZA	SI	TERMINI DURESE	ASP	4	P.O. CRONO	SI							
ARNAS CIVICO PALERMO																
TRAPANI	OSPEDALI RIUNITI (TRAPANI)	5	P.O. S. ANTONIO ABETE (TRAPANI)	SI	ALCAMO	ASP	5	P.O. S. VITO S. SPIRO	SI	PANTILLERIA	ASP	3	P.O. S. NAGAR	SI	PRESIDIO ARNAS CANTIVITRANO PALERMO	
	OSPEDALI RIUNITI (TRAPANI)	6	P.O. S. VITO S. SPIRO	SI	CANTIVITRANO	ASP	6	P.O. S. VITO S. SPIRO	SI							
	OSPEDALI RIUNITI (TRAPANI)	7	P.O. S. VITO S. SPIRO	SI	MARSALA	ASP	7	P.O. SANBIAGIO	SI							
	OSPEDALI RIUNITI (TRAPANI)	8	P.O. S. VITO S. SPIRO	SI	MAZARA DEL VALLO	ASP	8	P.O. A. MELLO	SI							
PS ZONA DISAGIATA																
OSP DI COMUNITA'																

* Da rifunionalizzazione di strutture ospedaliere

BACINO PALERMO TRAPANI	1
DEA II - HUB	5
DEA I - SPOKE	8
PS BASE	3
PS ZONA DISAGIATA	0
OSP DI COMUNITA'	0

TOTALE BACINI SICILIA	3
DEA II - HUB	15
DEA I - SPOKE	23
PS BASE	7
PS ZONA DISAGIATA	3
OSP DI COMUNITA'	3

AREA TERRITORIALE AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA - AR. 892.952 (popolazione ISTAT al 1/1/2015)														
HUB DEA II	SPOKE			PRESIDIO OSPEDALIERO DI BASE										
	DEA I			PS BASE										
	143.000/300.000			BACINO DI CACCIA										
AGRICENTO	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANTARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	PS ZONA DISAGIATA			
	AGRICENTO	AO - SAN GIOVANNI DI PO	1	PO - S. GIOVANNI DI PO	SI	COMUNE CALTANISSETTA	ASP	2	PO - S. GIACOMO D'ALTOPASSO	SI	COMUNE	AZIENDA SANTARIA	TOT	PRESIDIO
CATTANISSETTA	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANTARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	PS ZONA DISAGIATA			
	CATTANISSETTA	ASP - OSPEDALI RIUNITI S. ELIA CATTANISSETTA	2	PO - S. ELIA CATTANISSETTA	SI	COMUNE	ASP	3	PO - S. ELIA CATTANISSETTA	SI	COMUNE	AZIENDA SANTARIA	TOT	PRESIDIO
ENNA	COMUNE	AZIENDA SANITARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	COMUNE	AZIENDA SANTARIA	TOT	PRESIDIO	PROSTO SOCCORSO	PS ZONA DISAGIATA			
	ENNA	OSPEDALI RIUNITI UMBERTO I (ENNA) ARMANDO (ENNA) LEONFORTE (ENNA)	4	PO - UMBERTO I (ENNA)	SI	COMUNE	ASP	2	BASELLOTTA	SI	COMUNE	AZIENDA SANTARIA	TOT	PRESIDIO
* Da rifunionalizzazione di strutture ospedaliere														

BACINO AGRIGENTO - CALTANISSETTA - ENNA	
DEA II - HUB	0
DEA I - SPOKE	4
PS BASE	3
PS ZONA DISAGIATA	2
OSP. DI COMUNITA'	0

TOTALE BACINI SICILIA	
DEA II - HUB	3
DEA I - SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
OSP. DI COMUNITA'	3

ASP Argentino										DEA1										PRESIDIO DI BASE										PRESIDIO DI BASE										DEA1 - SCIACCA - RIBERA										DEA1 - SCIACCA - RIBERA									
ASP Argentino										P.O. S. Giovanni Di Dio' d'Argentino										P.O. "Barone Lombardo" di Caricatti (AG)										P.O. "San Giacomo D'Altopascio" di Licata (AG)										P.O. "F.lli Petraliano" di Ribera (AG)										P.O. "F.lli Petraliano" di Ribera (AG)									
DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO+DH	UO	C	S	SD											
64	16	80	3	1	18	2	20	2	20	1	0	14	4	18	0	1	16	2	18	1	0	1	14	2	16	1	0	1	14	2	16	1	0	1	14	2	16	1	0	1	14	2	16	1	0	1	14	2	16	1	0	1	14	2	16	1	0	1	
80	16	96	4	1	20	2	20	2	20	1	0	16	4	20	0	1	16	2	18	1	0	1	16	2	18	1	0	1	16	2	18	1	0	1	16	2	18	1	0	1	16	2	18	1	0	1	16	2	18	1	0	1	16	2	18	1	0	1	
96	16	112	5	1	24	2	24	2	24	1	0	18	4	24	0	1	18	2	20	1	0	1	18	2	20	1	0	1	18	2	20	1	0	1	18	2	20	1	0	1	18	2	20	1	0	1	18	2	20	1	0	1	18	2	20	1	0	1	
112	16	128	6	1	28	2	28	2	28	1	0	20	4	28	0	1	20	2	22	1	0	1	20	2	22	1	0	1	20	2	22	1	0	1	20	2	22	1	0	1	20	2	22	1	0	1	20	2	22	1	0	1	20	2	22	1	0	1	
128	16	144	7	1	32	2	32	2	32	1	0	22	4	32	0	1	22	2	24	1	0	1	22	2	24	1	0	1	22	2	24	1	0	1	22	2	24	1	0	1	22	2	24	1	0	1	22	2	24	1	0	1	22	2	24	1	0	1	
144	16	160	8	1	36	2	36	2	36	1	0	24	4	36	0	1	24	2	26	1	0	1	24	2	26	1	0	1	24	2	26	1	0	1	24	2	26	1	0	1	24	2	26	1	0	1	24	2	26	1	0	1	24	2	26	1	0	1	
160	16	176	9	1	40	2	40	2	40	1	0	26	4	40	0	1	26	2	28	1	0	1	26	2	28	1	0	1	26	2	28	1	0	1	26	2	28	1	0	1	26	2	28	1	0	1	26	2	28	1	0	1	26	2	28	1	0	1	
176	16	192	10	1	44	2	44	2	44	1	0	28	4	44	0	1	28	2	30	1	0	1	28	2	30	1	0	1	28	2	30	1	0	1	28	2	30	1	0	1	28	2	30	1	0	1	28	2	30	1	0	1	28	2	30	1	0	1	
192	16	208	11	1	48	2	48	2	48	1	0	30	4	48	0	1	30	2	32	1	0	1	30	2	32	1	0	1	30	2	32	1	0	1	30	2	32	1	0	1	30	2	32	1	0	1	30	2	32	1	0	1	30	2	32	1	0	1	
208	16	224	12	1	52	2	52	2	52	1	0	32	4	52	0	1	32																																										

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

[illegible]

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

[illegible][illegible]

[illegible]

[illegible]

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

AO Garibaldi	DEA II						AO Garibaldi						"Garibaldi - Centro"						"Nesima"						
	Totale estendi						AO Garibaldi						"Garibaldi - Centro"						"Nesima"						
	DO	DH	DO-DH	UO	C	S	DO	DH	DO-DH	UO	C	S	DO	DH	DO-DH	UO	C	S	DO	DH	DO-DH	UO	C	S	
	481	4	477	44	2	0	156	1	155	4	53	1	0	8	24	4	28	1	0	25	4	21	0	1	0
35 - Chirurgia generale	482	5	477	44	2	0	156	1	155	4	53	1	0	8	24	4	28	1	0	25	4	21	0	1	0
36 - Ortopedia e traumatologia	483	2	481	2	0	0	26	2	256	2	28	1	0	0	16	0	16	1	0	26	2	24	0	1	0
37 - Anestesia	484	3	481	3	0	0	13	1	10	0	10	0	0	0	0	0	10	0	0	13	1	12	0	0	0
38 - Radioterapia	485	13	472	13	0	0	20	1	10	0	19	1	0	0	0	0	20	1	0	20	1	19	0	0	0
39 - Oncologia	486	28	458	28	0	0	26	1	12	2	14	1	0	0	0	0	26	1	0	28	0	26	0	0	0
40 - Neurologia	487	32	455	32	0	0	30	1	28	2	30	1	0	0	0	0	30	1	0	32	0	30	0	0	0
41 - Cardiologia	488	30	458	30	0	0	32	1	28	2	30	1	0	0	0	0	32	1	0	30	0	28	0	0	0
42 - Radioterapia	489	36	452	36	0	0	30	2	28	2	30	2	0	0	0	0	30	2	0	36	0	34	0	0	0
43 - Ostetricia e ginecologia	490	6	484	6	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	6	0	4	0	0	0
44 - Radioterapia	491	2	489	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
45 - Radioterapia	492	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
46 - Radioterapia	493	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
47 - Radioterapia	494	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
48 - Radioterapia	495	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
49 - Radioterapia	496	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
50 - Radioterapia	497	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
51 - Radioterapia	498	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
52 - Radioterapia	499	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
53 - Radioterapia	500	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
54 - Radioterapia	501	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
55 - Radioterapia	502	2	487	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	2	0	6	0	0	0
56 - Radioterapia	503	2	487	2</																					

A.O. Università Policlinico di Catania "Rodolfo" A.O. Università Policlinico di Catania "Ferruccio" A.O. Università Policlinico di Catania "S. Bambino"																				
A.O.P. Catania																				
DO	DH	DO-DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO-DH	UO	C	S	SD	DO	DH	DO-DH	UO	C	S	SD
35	10	25	3	0	0	0	32	4	38	2	30	6	32	2	0	0	0	0	0	0
36	6	42	1	0	0	0	32	4	0	0	30	6	36	0	0	0	0	0	0	0
37	2	40	1	0	0	0	15	1	15	1	10	6	16	1	0	0	0	0	0	0
38	1	49	0	0	0	0	16	2	18	1	30	2	32	1	0	0	0	0	0	0
39	2	48	1	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	4	46	1	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	7	34	0	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	4	38	1	0	0	0	4	2	6	1	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0
43	2	46	0	0	0	0	15	1	15	1	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0
44	1	49	0	0	0	0	15	1	15	1	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0
45	1	49	0	0	0	0	15	1	15	1	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0
46	4	46	1	0	0	0	16	2	18	1	30	2	32	1	0	0	0	0	0	0
47	2	48	1	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	2	48	1	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	2	48	1	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	2	48	1	0	0	0	24	2	26	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
52	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
53	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
54	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
55	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
56	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
57	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
58	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
59	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
60	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
61	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
62	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
63	3	45	0	0	0	0	8	1	0	0	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0
64	3	4																		

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione

[illegible]

AO Papardo

Coef. Discipline		DEA I				
		Totale scande				
		AO Papardo				
Coef.	Discipline	DO	PH	DO+PH	C	S
23	Chirurgia generale	14	2	16	1	
24	Medicina generale	26	2	28	1	
25	Ortopedia e traumatologia	24	2	26	1	
26	Neurologia	4	0	0		
27	Neurologia	24	2	26	1	
28	Neurologia	24	2	26	1	
29	Chirurgia e ginecologia	18	0	18	1	1
30	Chirurgia e ginecologia	5	1	6	1	
31	Chirurgia e ginecologia	15	1	16	1	
32	Chirurgia e ginecologia	10	2	12	1	
33	Chirurgia e ginecologia	13	3	16	1	
34	Chirurgia e ginecologia	14	1	15	1	
35	Chirurgia e ginecologia	6	6	12	1	
36	Chirurgia e ginecologia	8	8	16	1	
37	Chirurgia e ginecologia	10	0	10		
38	Chirurgia e ginecologia	14	2	16	1	
39	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
40	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
41	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
42	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
43	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
44	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
45	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
46	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
47	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
48	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
49	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
50	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
51	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
52	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
53	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
54	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
55	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
56	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
57	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
58	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
59	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
60	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
61	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
62	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
63	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
64	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
65	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
66	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
67	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
68	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
69	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
70	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
71	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
72	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
73	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
74	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
75	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
76	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
77	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
78	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
79	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
80	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
81	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
82	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
83	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
84	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
85	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
86	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
87	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
88	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
89	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
90	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
91	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
92	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
93	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
94	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
95	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
96	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
97	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
98	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
99	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
100	Chirurgia e ginecologia	0	0	0		
Totale Audi		302	17	319	18	5
56	Ricovero e stabilizzazione funzionale		0	0		
57	Unità speciale		0	0		
58	Neuro-risabilitazione		0	0		
59	Neuro-risabilitazione		0	0		
60	Neuro-risabilitazione		0	0		
Totale Audi		20	0	20	0	1
Totale Presidio		322	17	339	18	6

USO LOGIC senza posti INTO. SERVIZI		DEA I				
		Totale scande				
		AO Papardo				
		DO				
		PH				
		DO+PH				
		C				
		S				
DTA1 - Centro trasfusoriale					1	0
DTA3 - Laboratorio di analisi					1	0
DTA4 - Centro di diagnostica					0	1
DTA5 - Servizio di anestesia						
DTA6 - Servizio di anestesia						
DTA7 - Servizio di anestesia						
DTA8 - Servizio di anestesia						
DTA9 - Servizio di anestesia						
DTA10 - Servizio di anestesia						
DTA11 - Servizio di anestesia						
DTA12 - Servizio di anestesia						
DTA13 - Servizio di anestesia						
DTA14 - Servizio di anestesia						
DTA15 - Servizio di anestesia						
DTA16 - Servizio di anestesia						
DTA17 - Servizio di anestesia						
DTA18 - Servizio di anestesia						
DTA19 - Servizio di anestesia						
DTA20 - Servizio di anestesia						
DTA21 - Servizio di anestesia						
DTA22 - Servizio di anestesia						
DTA23 - Servizio di anestesia						
DTA24 - Servizio di anestesia						
DTA25 - Servizio di anestesia						
DTA26 - Servizio di anestesia						
DTA27 - Servizio di anestesia						
DTA28 - Servizio di anestesia						
DTA29 - Servizio di anestesia						
DTA30 - Servizio di anestesia						
DTA31 - Servizio di anestesia						
DTA32 - Servizio di anestesia						
DTA33 - Servizio di anestesia						
DTA34 - Servizio di anestesia						
DTA35 - Servizio di anestesia						
DTA36 - Servizio di anestesia						
DTA37 - Servizio di anestesia						
DTA38 - Servizio di anestesia						
DTA39 - Servizio di anestesia						
DTA40 - Servizio di anestesia						
DTA41 - Servizio di anestesia						
DTA42 - Servizio di anestesia						
DTA43 - Servizio di anestesia						
DTA44 - Servizio di anestesia						
DTA45 - Servizio di anestesia						
DTA46 - Servizio di anestesia						
DTA47 - Servizio di anestesia						
DTA48 - Servizio di anestesia						
DTA49 - Servizio di anestesia						
DTA50 - Servizio di anestesia						
DTA51 - Servizio di anestesia						
DTA52 - Servizio di anestesia						
DTA53 - Servizio di anestesia						
DTA54 - Servizio di anestesia						
DTA55 - Servizio di anestesia						
DTA56 - Servizio di anestesia						
DTA57 - Servizio di anestesia						
DTA58 - Servizio di anestesia						
DTA59 - Servizio di anestesia						
DTA60 - Servizio di anestesia						
DTA61 - Servizio di anestesia						
DTA62 - Servizio di anestesia						
DTA63 - Servizio di anestesia						
DTA64 - Servizio di anestesia						
DTA65 - Servizio di anestesia						
DTA66 - Servizio di anestesia						
DTA67 - Servizio di anestesia						
DTA68 - Servizio di anestesia						
DTA69 - Servizio di anestesia						
DTA70 - Servizio di anestesia						
DTA71 - Servizio di anestesia						
DTA72 - Servizio di anestesia						
DTA73 - Servizio di anestesia						
DTA74 - Servizio di anestesia						
DTA75 - Servizio di anestesia						
DTA76 - Servizio di anestesia						
DTA77 - Servizio di anestesia						
DTA78 - Servizio di anestesia						
DTA79 - Servizio di anestesia						
DTA80 - Servizio di anestesia						
DTA81 - Servizio di anestesia						
DTA82 - Servizio di anestesia						
DTA83 - Servizio di anestesia						
DTA84 - Servizio di anestesia						
DTA85 - Servizio di anestesia						
DTA86 - Servizio di anestesia						
DTA87 - Servizio di anestesia						
DTA88 - Servizio di anestesia						
DTA89 - Servizio di anestesia						
DTA90 - Servizio di anestesia						
DTA91 - Servizio di anestesia						
DTA92 - Servizio di anestesia						
DTA93 - Servizio di anestesia						
DTA94 - Servizio di anestesia						
DTA95 - Servizio di anestesia						
DTA96 - Servizio di anestesia						
DTA97 - Servizio di anestesia						
DTA98 - Servizio di anestesia						
DTA99 - Servizio di anestesia						
DTA100 - Servizio di anestesia						
Totale					8	10

ALTRI ENTI

Cronoprogramma interventi per la riconduzione degli scostamenti entro standard DM 70/2015		STANDARD DM 70/2015		Programmazione al 31 Maggio 2016		Programmazione documento metodologico Ex DM 70 - Marzo 2017				Cronoprogramma di rientro sugli scostamenti			
Cod.	Discipline	MIN	MAX	Punti Erogazione	Pubblico UOC	Privato P.E.	Punti Erogazione	Pubblico UOC	Privato P.E. (Nota 4)	Scostamenti F-Y	al 31/12/2017	al 30/06/2018	Punti di erogazione a Regime
		X	Y										
09	Chirurgia generale	25	51	104	67	37	58	48	10	7	1	2	51
26	Medicina generale	34	64	85	64	21	59	56	4	4			60
36	Ortopedia e traumatologia	25	51	72	41	31	59	42	17	8	1	3	51
51	Astuteria	17	34	16	16		30	30					30
08	Cardiologia	17	34	57	38	19	43	38	5	9	1	3	34
32	Neurologia	17	34	24	18	6	25	22	3				25
34	Oculistica	17	34	41	25	16	34	20	14				34
37	Ostetricia e ginecologia	17	34	53	42	11	44	38	6	10	2	3	34
38	Otorinolaringoiatria	17	34	28	20	8	23	19	4				23
39	Podiatria	17	34	39	38	1	35	35					34
40	Psichiatria	17	34	15	10	5	9	4	5				9
43	Urologia	17	34	44	22	22	32	22	10				32
49	Terapia intensiva	17	34	53	43	10	43	39	4	9	1	3	34
64	Oncologia	4	8	32	20	12	25	22	4	9			17
07	Cardiologia	4	8	6	3	2	7	5	2				7
10	Chirurgia maxillo facciale	3	5	5	3	2	6	5	1				5
12	Chirurgia plastica	3	5	10	6	4	6	6	1				5
13	Chirurgia toracica	3	5	8	8		8	8					8
14	Chirurgia vascolare	6	13	23	16	7	20	15	5	2	1	2	13
30	Neurochirurgia	4	8	13	9	4	9	8	1				8
58	Gastroenterologia	6	13	10	8	2	9	9					9
61	Medicina nucleare	1	3	1	1		1	1					1
68	Pneumologia	6	13	14	12	2	13	13					13
73	Terapia intensiva neonatale	4	8	5	8		5	5					5
06	Cardiologia pediatrica	2	4	2	2		1	1					1
11	Chirurgia pediatrica	2	4	3	7		3	3					3
18	Enatologia	4	8	11	11		9	9					9
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	8	7	6	1	9	8	1				8
21	Genetica	5	13	12	7	5	13	12	1				13
24	Malattie infettive e tropicali	4	8	21	20	1	16	16					16
29	Neurologia	4	8	19	16	1	12	12					12
33	Neuropsichiatria infantile	1	3	4	4		4	4					4
35	Odontoiatria e stomatologia	6	13	7	6	1	3	3					3
47	Grandi ustioni	1	1	2	2		2	2					2
50	Unità coronarica	17	34	6	4	2	6	6					6
52	Dermatologia	4	8	8	8		17	11	6				17
65	Oncologia pediatrica	1	3	2	2		2	2					2
71	Reumatologia	4	8	3	2	1	1	1					1
77	Neurologia pediatrica	1	1	1	1		1	1					1
56	Recupero e riabilitazione funzionale	-	-	50	18	32	54	22	32				54
28	Unità spinale	-	-	2	2		3	3					3
60	Lunopodenti	34	64	19	8	11	20	9	11				20
75	Neuro-riabilitazione	4	8	4	3	1	6	5					6
Servizi senza PL													
	Radiologia	17	34	38	38		36	36					34
	Centro trasfusione	17	34	16	16		20	20					20
	Laboratorio di analisi	17	34	36	36		32	32					32
	Medicina nucleare	4	8	10	10		9	9					9
	Anatomia ed istologia patologica	17	34	19	19		16	16					16
	Emodinamica	8	17	5	5		5	5					5
	Oncologia	17	34	6	6		6	6					6
	Radioterapia	4	8	7	7		2	2					2
	Radioterapia oncologica	10	17										
	Apologia e Terapia del dolore	4	8	3	3		2	2					2
	Servizio di fisica sanitaria	17	34	19	19		19	19					19
	Servizio di farmacia	17	34	19	19		37	37					34
	Direzione sanitaria/di presidio	17	34	19	19								

NOTE

- 1 In conseguenza della revisione della rete tempo-dipendenti/assistenza di riferimento e sempre in relazione al monitoraggio flussi e volumi di attività
- 2 In concomitanza con attivazione dei posti letto ad alta tecnologia presso i relativi Dea di riferimento per la UOC di cui è previsto il mantenimento in deroga
- 3 In concomitanza e in relazione al monitoraggio dei flussi di attività, con particolare riferimento ai migranti
- 4 P.E.E. individuali (sentito AIOP)

(2017.15.927)102