REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SANITA'

BOZZA

# LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE (PTA – CURE PRIMARIE- GESTIONE INTEGRATA – DAY SERVICE TERRITORIALE) di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR

*a cura di:*

*DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA*
*Dirigente Generale: Dr. Maurizio Guizzardi*

*SERVIZIO 8: PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA*
*Dirigente del Servizio: Dr. Giuseppe Noto*

**- 1 dicembre 2009 –**

**INDICE**

**PREMESSA**…… pag. 4

**PARTE PRIMA**

LA VISION E LO SCENARIO ORGANIZZATIVO E OPERATIVO DELLE CURE PRIMARIE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL P.T.A. – PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA…….. pag. 7

**PARTE SECONDA - AREE DI APPROFONDIMENTO**

LO SPORTELLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE CON MALATTIA CRONICA …….. pag. 26

IL DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI AD ALTA COMPLESSITA' ……. pag. 32

LA GESTIONE INTEGRATA E I PERCORSI ASSISTENZIALI PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA MEDIA COMPLESSITA'…… pag. 37

CENNI SULLA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA' COLLEGATA AL PTA…….. pag. 43

**PARTE TERZA**

LE PRINCIPALI IMPLICAZIONI DI NATURA OPERATIVA, GESTIONALE ED ISTITUZIONALE E ANALISI AGGREGATA PER LIVELLO PROVINCIALE SULL'ORGANIZZAZIONE E SULLA PRODUZIONE…….. pag. 47

**CONCLUSIONI**

I CONTENUTI OPERATIVI PER LO SVILUPPO DELLE PROGETTUALITA' AZIENDALI pag. 56

**ALLEGATI**

SCHEDE DI DETTAGLIO PER SINGOLA ASP A SUPPORTO DELLE SCELTE DI RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE…….. pag. 58

BOZZA

## LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il presente documento definisce i contenuti e gli obiettivi di riorganizzazione dell'attività territoriale e fornisce elementi di supporto alle ASP nella predisposizione di specifiche linee di intervento.

Il documento è suddiviso nelle seguenti parti:

1. la premessa con i principi ispiratori di riorganizzazione dell'area territoriale;
2. la prima parte esplicita la *vision* e lo scenario organizzativo-operativo a tendere dei servizi territoriali, con particolare riguardo al P.T.A. – Presidio Territoriale di Assistenza, previsto dalla L.R. 5/200, di cui vengono dettagliate la struttura d'insieme e le specifiche componenti;
3. la seconda parte include alcune aree di approfondimento (Sportello per pazienti cronici. Day Service Ambulatoriale Territoriale, Gestione Integrata e Percorsi Assistenziali, Domiciliarità e Residenzialità);
4. la terza parte presenta le principali implicazioni di natura operativa, gestionale ed istituzionale che il processo di accentramento fisico dei servizi e di messa in comune delle risorse inducono e presenta inoltre una prima analisi aggregata per livello provinciale sull'organizzazione e sulla produzione erogata nel territorio, allo scopo di descrivere la configurazione attuale dei servizi oggetto della riorganizzazione regionale
5. le conclusioni propongono i contenuti operativi per lo sviluppo delle progettualità aziendali e gli impegni delle aziende sanitarie
6. negli allegati vengono forniti alcuni dati di base utili alla pianificazione territoriale e vengono fornite, inoltre le schede di dettaglio per singola ASP delle informazioni di supporto alle scelte di riorganizzazione dell'attività territoriale e di progettazione del PTA.

BOZZA

# PREMESSA

BOZZA

## *I principi ispiratori*

Le linee guida per l'area territoriale si inseriscono all'interno del disegno di riforma sanitaria introdotto dalla L.R. n. 5/2009, in cui si avvia il ripensamento dell'intera filiera dei servizi erogati da AO, AOU, ARNAS ed ASP. La riorganizzazione della rete di attività territoriali deve, quindi, sviluppare coerenze e sinergie con le scelte di rimodulazione della rete di offerta ospedaliera. Oggetto del documento è la **riqualificazione della rete dei servizi distrettuali**, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza).

Il Piano di riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR) che emerge dalla L.R. 5 del 14 aprile 2009 si basa su un asse portante, la riorganizzazione e la riqualificazione del sistema di "cure primarie", e su alcuni principi-guida fondamentali rappresentati nella Figura seguente:

Come può evincersi dalla figura, vi è esigenza di una profonda rivisitazione critica di ordine strutturale, organizzativa, operativa e culturale, all'interno della quale il P.T.A. (Presidio Territoriale di Assistenza) è una componente significativa ma non esaustiva.
La riorganizzazione della rete territoriale dovrà essere fondamentalmente guidata dal soddisfacimento del bisogno di **integrazione** tra ambiti assistenziali, strutture di offerta e professionisti, per conseguire due macroobiettivi prioritari:

- una maggiore efficienza del processo erogativo, attraverso la "messa in comune" e l'appropriatezza nell'uso delle risorse;
- una migliore efficacia delle prestazioni rese al paziente perché uniformate e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali.

In questa direzione **il PTA** introdotto dall'art. 12 c. 8 della L.R. n. 5/2009 rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali. Esso **rappresenta la modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie**. All'interno del PTA i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, potranno essere integrati in **un'unica piattaforma comune che costituirà la porta di ingresso del cittadino-utente alle cure territoriali**.
Il PTA potrà realizzarsi **sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, sia attraverso un'aggregazione parziale** degli stessi. In quest'ultimo caso, bisognerà procedere ad un potenziamento dei meccanismi organizzativo-operativi in modo da garantire al cittadino la possibilità di trovare, attraverso un'unica porta di accesso al sistema, una risposta uniforme e tempestiva alla sua domanda di salute.

Il PTA è il risultato del ripensamento della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. Esso assumerà una connotazione differente in relazione al fabbisogno di integrazione che i servizi distrettuali dovranno soddisfare rispetto al contesto di riferimento della specifica ASP.

BOZZA

# PARTE PRIMA

BOZZA

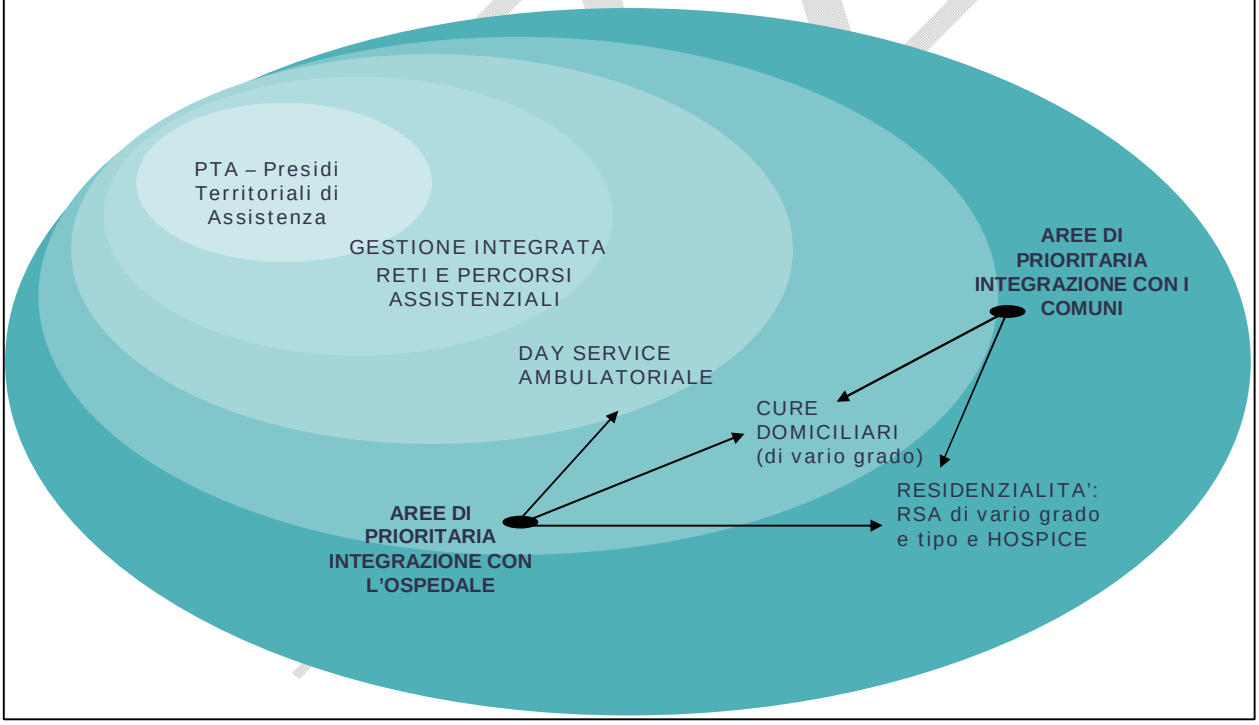
## 1. LA STRATEGIA SISTEMICA DELLA REGIONE SICILIA

L'analisi dei dati di organizzazione e di produzione della Regione testimonia la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera nei suoi elementi strutturali (presidi e posti letto) e funzionali (riduzione dei ricoveri ordinari e DH), riqualificando le funzioni territoriali, la cui debolezza ha tradizionalmente caratterizzato il SSR.

La prospettiva verso la quale si muove il programma assessoriale di riordino del servizio sanitario, di cui alla L. R. 14 aprile 2009 n. 5 (GURS n. 17 del 17/04/09) è quella di individuare le aree di disfunzione organizzativa e di non-appropriatezza, sulle quali è possibile recuperare funzionalità e risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto per la salute della popolazione e per il miglioramento del sistema assistenziale.

La strategia della Regione Sicilia è orientata prioritariamente alla riqualificazione delle funzioni e dell'offerta distrettuali e alla prevenzione dell'ospedalizzazione. Nella Figura 1 sono illustrate le componenti del nuovo disegno strategico che impegnerà le ASP (Aziende Sanitarie Provinciali) nel perseguire il potenziamento e la riqualificazione dell'offerta in ambito territoriale.

FIGURA 1: STRUTTURE, STRATEGIE E STRUMENTI PER PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE E PER RIQUALIFICARE LE FUNZIONI DISTRETTUALI



## 2. IL PTA – PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA

Il PTA è una nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi e l'iter assistenziale complessivo. Questa nuova modalità organizzativa è orienta prioritariamente all'integrazione delle diverse componenti assistenziali (MMG e PLS "dentro" il sistema) e alla stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali.
Gli obiettivi primari del PTA sono:

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie a lungo termine, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Nella Figura 2 viene rappresentato l'insieme integrato dei servizi territoriali potenzialmente offerti nel PTA.

**FIGURA 2 - P.T.A. - PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA:**
**VERSO UN NUOVO ORIENTAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**

Il PTA assume come riferimento portante la concentrazione dei servizi territoriali e si traduce in soluzioni coerenti con il contesto in cui si colloca. La sede fisica del PTA potrà essere il presidio ospedaliero rifunzionalizzato, la sede di un poliambulatorio o altre soluzioni alternative in grado di garantire l'integrazione organizzativo-operativa tra le diverse componenti del sistema assistenziale territoriale. Nei contesti in cui l'accorpamento fisico dei servizi non potrà essere perseguito per le caratteristiche orogeografiche e di distribuzione della popolazione, il PTA si caratterizzerà prevalentemente per il collegamento funzionale di tutte le componenti dell'assistenza citate nella L.R. 5/2009 (Figura 2), interconnesse attraverso la "porta unica" di accesso ai servizi territoriali.

## LE COMPONENTI DEL PTA

Il PTA è la "porta di ingresso" del cittadino ai servizi territoriali di assistenza. Esso si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale. In particolare:

- 1. Accesso unico alle cure (vedi § 2.1): è il punto cruciale del PTA, attraverso il quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non-aggregati.

- 2. Assistenza sanitaria di base, specialistica e diagnostica (vedi § 2.2): quest'area include l'attività amministrativa legata all'assistenza di base (scelta del medico, esenzioni, patenti speciali, etc.), l'attività erogativa riguardante le protesi, gli ausili, i presidi, i farmaci ad erogazione diretta, etc.. e la gestione delle cure primarie. Particolarmente importante è il collegamento del PTA con l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), dagli Specialisti convenzionati interni ed esterni.
  Vanno tenute in grande considerazione, negli scenari operativi dei PTA, le forme di associazionismo previste nei contratti dei MMG, dei PLS e della Specialistica, considerato che l'associazionismo, nelle sue varie forme (monoprofessionali o multiprofessionali, come le UTAP citate nella LR 5/2009), rappresenta la migliore potenzialità per la gestione efficace ed efficiente dell'assistenza[1].
  Per poter realizzare un effettivo collegamento tra l'associazionismo dei MMG/PLS e la specialistica, quest'ultima andrà riorganizzata attraverso la costituzione di *team* multiprofessionali (specialisti delle diverse discipline, infermieri e altro personale capace di sviluppare "percorsi assistenziali" personalizzati). Nell'articolazione di questo nuovo disegno organizzativo, le ASP dovranno tenere in considerazione sia l'attività specialistica erogata a livello dei poliambulatori distrettuali, sia quella erogata nei presidi ospedalieri, che potrà intendersi come attività territoriale offerta in un *setting* ospedaliero.

  E' auspicabile che il raccordo ospedale-territorio si realizzi anche attraverso percorsi assistenziali integrati o attraverso il collegamento a rete degli ambulatori specialistici, territoriali ed ospedalieri, che dovranno essere preposti all'erogazione di prestazioni di diversa complessità.

- 3. Punti di Primo Intervento (PPI) (vedi § 2.3): il PPI rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il PTA potrà offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi). I PPI saranno gestiti attraverso la rete delle cure primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), secondo le indicazioni che scaturiranno dall'accordo integrativo regionale, e saranno supportati dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali ivi operanti.

- 4. Rete delle cure domiciliari (vedi § 2.4): il "punto unico di accesso alle cure domiciliari" sarà integrato alla rete CUP. Le cure a domicilio costituiscono un'ampia area di assistenza sia sanitaria che sociale. E' importante evidenziare in questa sede anche la necessaria integrazione di tale area con il circuito dell'assistenza erogata dai Comuni nell'ambito della L. 328/00 (Legge di integrazione socio-sanitaria), con i quali si potranno realizzare sportelli unici di accesso all'assistenza domiciliare;

[1] Il nuovo Accordo Nazionale del 2009, oltre alle forme di associazionismo, prevede due formule integrative ulteriori, una di tipo "funzionale" (AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali) ed una di tipo "gestionale" (UCCP: Unità Complesse di Cure Primarie), attualmente oggetto di concertazione nei tavoli di negoziazione che l'Assessorato alla Sanità ha già avviato per la definizione del nuovo Accordo Regionale.

BOZZA

- 5. Altre forma di assistenza territoriale: la L.R. 5/2009 fa riferimento alla stretta connessione del PTA con gli altri servizi assistenziali del territorio (vedi § 2.5), come l'ambito della prevenzione, l'area consultoriale, la salute mentale e tutti gli altri servizi del distretto. Come già detto, il grado di accorpamento dei servizi sarà definito dalle singole ASP sulla base di un'attenta analisi delle strutture di offerta presenti e dei dati di produzione, ma in ogni caso il PTA dovrà garantire l'accesso e la risposta uniforme anche per servizi non fisicamente aggregati con cui sarà mantenuta una stretta integrazione di natura organizzativa-operativa;

  Il PTA potrà prevedere anche il collegamento con un Punto Territoriale di Emergenza (PTE: vedi § 2.3) incluso nella rete dell'Emergenza-Urgenza, qualora vi siano effettive necessità connesse all'erogazione del servizio (ad esempio, per i presidi extracittadini distanti dalle strutture ospedaliere dotate di pronto soccorso). Nel PTE potrà essere prevista, oltre alla Guardia Medica, la dotazione di servizi specifici capaci di rispondere a situazioni di emergenza-urgenza di diverso livello (ad esempio l'auto medicalizzata, la postazione di elisoccorso).

Pur mantenendo ferma la tendenza agli accorpamenti fisici, quando praticabili ed opportuni, le singole ASP dovranno finalizzare i piani di realizzazione dei PTA:

- evitando di penalizzare la periferia del territorio e mantenendo in ogni caso una distribuzione dei servizi di base, ivi inclusi i poliambulatori specialistici con le branche essenziali, che rispetti il principio di equità di accesso alle prestazioni,

- individuando idonee soluzioni di efficace raccordo organizzativo-operativo tra tutte le componenti delle cure primarie per quei contesti nei quali gli accorpamenti fisici non potranno essere praticabili o lo saranno solo in parte per problematiche strutturali o per ragioni di opportunità.

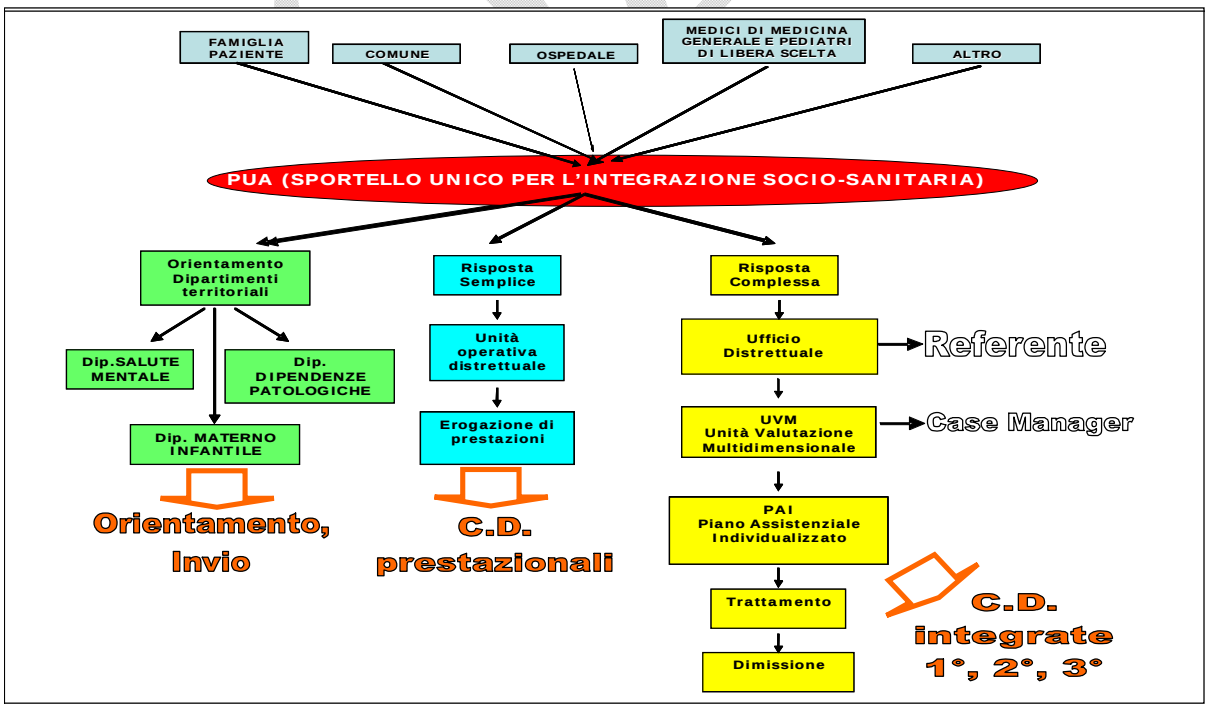
Nei paragrafi seguenti sono approfondite in maggiore dettaglio le componenti del PTA.

BOZZA

## 2.1- L'ACCESSO UNICO ALLE CURE

Il PTA è il punto di accesso unico ai servizi sanitari, collegato al CUP (Centro Unico di Prenotazione) aziendale ed al PUA (Punto o Sportello Unico di Accesso alle Cure domiciliari) distrettuali.
I Centri di Prenotazione non sono ancora molto diffusi nella Regione ed in considerazione di ciò lo scenario sul quale l'Assessorato si sta impegnando è quello della realizzazione di un unico CUP regionale, al quale collegare i futuri CUP provinciali (ASP+ Ospedali).
Di fondamentale importanza è il passaggio da un sistema di prenotazioni "cronologico" ad un sistema "per priorità"[2] e su ciò la Regione ha articolato uno specifico programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali[3].
Il collegamento tra porta d'ingresso del PTA e il CUP permetterà di raggiungere più facilmente una delle finalità principali della riorganizzazione territoriale, che è quella di facilitare l'accesso e di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti. In particolare per i *target* più fragili, come i pazienti cronici, che usualmente necessitano di insiemi di prestazioni, dovrà essere possibile effettuare prenotazioni di "Pacchetti di prestazioni" fruibili in un unico accesso.
Pertanto, considerato che le patologie croniche costituiscono una vera sfida per il sistema assistenziale, per la loro diffusione, per i loro costi gestionali e per il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei familiari, è opportuno che alla "porta d'ingresso" del PTA sia collegato uno "SPORTELLO DEDICATO AI PAZIENTI FRAGILI" (con diabete mellito, scompenso cardiaco e disabilità), in modo da garantire una presa in carico differenziata e iter assistenziali "privilegiati". Le caratteristiche dello Sportello sono esplicitate nella seconda parte del documento.

L'allocazione del PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI) presso il PTA (vedi Figura in basso) è di grande importanza, considerata la vasta area di bisogno dell'assistenza domiciliare e la complessa rete di servizi e di operatori che da esso si diparte, inerente sia




[2] Sul tema dell'accesso "per priorità" appare utile citare l'esperienza condotta dagli ultimi anni presso l'ASP di Ragusa, che ha utilizzato lo strumento dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).
[3] Vedi "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali" (D.A. 2654 del 17/11/2009)

l'indirizzamento alle varie forme di assistenza domiciliare, sia lo smistamento delle domande "improprie" verso altri ambiti assistenziali (sert, salute mentale, area materno-infantile, etc.).
In ragione di quanto detto, è importante che il PUA si realizzi anche attraverso la stretta collaborazione con i servizi di Segretariato Sociale del/dei Comuni che ricadono nel distretto e con i MMG (Medici di Medicina Generale) ed i PLS (Pediatri di Libera Scelta) in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso. Particolare attenzione dovrà essere posta al raccordo con l'ospedale per i casi di dimissione protetta ed assistita. In tale ambito è molto utile, oltre all'informazione ed alla motivazione di tutto il personale medico ed infermieristico, anche l'identificazione di "Referenti" per le dimissioni protette.

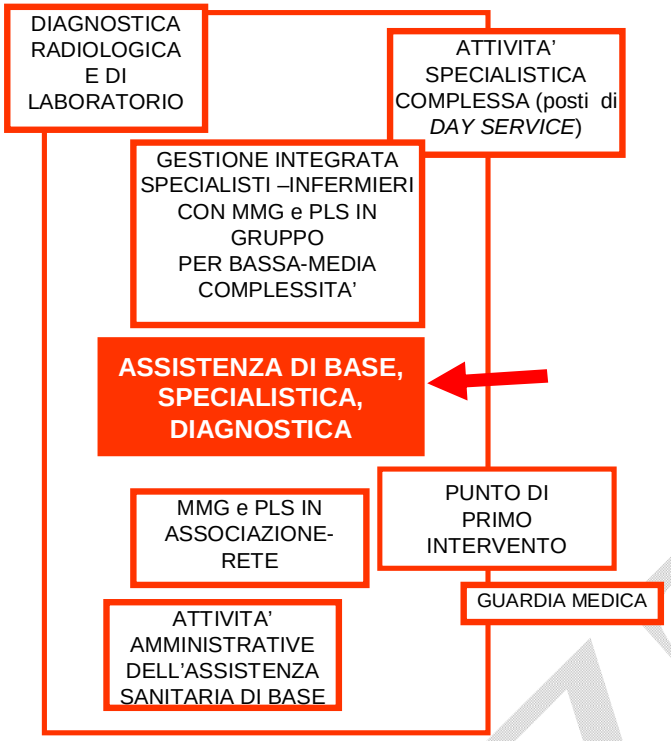
Nella costruzione, all'interno del PTA, di questo ampio disegno di accoglienza per le Cure Domiciliari, appare utile prevedere uno stretto collegamento e, ove possibile, una vera simbiosi con l'Ufficio URP del Distretto, all'interno del quale sono frequentemente allocate professionalità infermieristiche in grado di "leggere" ed interpretare la domanda e di indirizzare in modo mirato il paziente.
La presenza contestuale nel PTA (o, in ogni caso, la connessione) dell'Ufficio di erogazione di Presidi ed Ausili può costituire un ulteriore importante strumento di snellimento dell'iter assistenziale con presa in carico "globale" dei bisogni del paziente. Il principio di funzionamento del PTA è, infatti, quello di "far girare le carte e non i pazienti", e proprio in ragione di ciò le interconnessioni rapide ed i "percorsi assistenziali prestabiliti" sono la base indispensabile del buon funzionamento.

Il collegamento con l'URP e con i servizi di segretariato sociale e la creazione di uno Sportello dedicato ai pazienti cronici può costituire la base ed il circuito per lo sviluppo di programmi informativi sul corretto uso dei servizi ("cittadino competente") e, per alcuni target di pazienti, quali i pazienti con patologia a lungo termine, di programmi di educazione mirata ("paziente competente") rivolti ai pazienti ed ai *caregiver* familiari.

L'utilizzo, all'interno del PTA, di figure, anche amministrative, con precise funzioni di responsabilità sulle varie aree connesse al vasto tema dell'umanizzazione[4] e delle *clinical humanities*, quali l'accesso facilitato degli utenti, la loro fluida circolazione dentro i servizi territoriali, la comunicazione, può costituire un ottimo strumento per la rapida soluzione di problemi quotidiani delle organizzazioni che talvolta possono generare gravi disguidi per l'utenza.

Appare utile, inoltre, porre in risalto l'importanza della connessione e della stretta integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni, dando piena attuazione alle logiche integrative della L. 328/2000, dalle quali potranno scaturire importanti linee di integrazione socio-sanitaria.
Come indicato dalla LR 5/2009, in alcuni contesti, al PTA potranno essere associate anche strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con il fabbisogno del territorio e con la disponibilità di locali idonei. Questa possibilità apre una prospettiva di ulteriore integrazione in un'area di grande impatto sulla deospedalizzazione.

[4] *Umanizzazione* intesa come "capacita' di tutto il sistema di rendere i luoghi di cura e gli stessi atti assistenziali sicuri, aperti, partecipati, senza dolore, integrando scelte di accoglienza, informazione, comfort, con le pratiche clinico-assistenziali in modo condiviso e partecipato" (definizione tratta dal Programma Umanizzazione della regione Veneto).




## 2.2 - LE FUNZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE COLLEGATE AI MMG ED AI PLS

All'interno dei PTA - Presidi Territoriali di Assistenza vi è necessità di un ridisegno complessivo della Specialistica, basato su due direttrici:

1. RIORGANIZZAZIONE DELLE MODALITA' EROGATIVE della specialistica secondo una logica di intensità clinica e di complessità assistenziale e SVILUPPO DI UNA PRASSI DI GESTIONE "INTEGRATA" TRA SPECIALISTI, TRA QUESTI ED I MMG/PLS E GLI INFERMIERI;

2. PIENA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA' E DELLE FUNZIONI INFERMIERISTICHE autonome e integrate in *team* multi professionali;

3 - RIORGANIZZAZIONE DELLE MODALITA' EROGATIVE DELLA SPECIALISTICA E COLLEGAMENTO CON I MMG ED I PLS

Il pilastro sul quale è indispensabile riorganizzare la specialistica è quello dell'integrazione tra specialisti e tra questi ultimi e gli infermieri. Il tutto va realizzato con la piena integrazione con i MMG/PLS (vedi seconda parte del documento dedicato alla gestione integrata).
E' ampiamente dimostrato, infatti, che le logiche monoprofessionali risultano insufficienti per la grande parte di pazienti che ricorrono alle funzioni specialistiche, i pazienti cronici, per i quali sono invece di provata efficacia gli interventi integrati e multidimensionali, che risultano in grado di rispondere meglio, con il concorso di diverse competenze e di vari strumenti (non solo clinici), ai bisogni complessi dei pazienti fragili.
La riorganizzazione della specialistica va, quindi, basata sul maggiore raccordo e coordinamento tra le diverse componenti del sistema assistenziale e la centralizzazione dei servizi specialistici e di diagnostica potrà essere integrata con le varie forme di associazionismo[5].

In ragione di ciò, bisogna avviare una radicale riorganizzazione e riqualificazione della specialistica attraverso la costituzione di *TEAM* SPECIALISTICI MULTIPROFESSIONALI E MULTIDISCIPLINARI, INTEGRATI dalle professionalità infermieristiche ed in rapporto stabile con i MMG ed i PLS.

Questi *team* saranno costituiti per la gestione di pazienti cronici (scompenso cardiaco, diabete mellito, epatopatia, ipertensione, target ad elevato rischio cardiovascolare, etc.) e opereranno attraverso l'istituzione di AMBULATORI DEDICATI, organizzati PER PATOLOGIA (Ambulatorio Scompenso, Ambulatorio Diabete, etc.) all'interno di programmi di GESTIONE INTEGRATA tra MMG/PLS, Specialisti ed Infermieri distrettuali.

[5] In questo scenario vanno considerate, oltre alle forme associazionistiche classiche, anche le modalità aggregative previste dal nuovo Accordo Nazionale, già segnalate nella Nota 1 (AFT- Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie).

Si rende opportuno che, in particolare per i pazienti cronici, venga contemplata nell'organizzazione della specialistica anche la possibilità di ACCESSI URGENTI, richiesti in modo motivato e documentato dai MMG/PLS o da altro Specialista, in particolare per pazienti in condizioni di pre-scompenso di malattia (i pazienti con problemi di acuzie vanno sempre indirizzati al Pronto soccorso)..

Al fine di ridurre l'uso dell'ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza, potrà essere costituito, presso il PTA, un Punto di Primo Intervento (PPI), già precedentemente accennato. Per le realtà non collegate agevolmente con le strutture ospedaliere potrà essere opportuno prevedere un Punto Territoriale di Emergenza (PTE).
PPI e PTE rappresenteranno, con le loro differenze, la forma organizzativa attraverso la quale si potrà garantire un'ASSISTENZA h 24 e si potrà realizzare un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi).
Le varie forme dell'associazionismo (di rete, di gruppo, …) previste dall'accordo regionale dei MMG e dei PLS contribuiranno a rinforzare il disegno di integrazione.

Nella prospettiva di riqualificare la funzione specialistica, nei PTA potrà essere attivato un ulteriore strumento di governo clinico, molto rilevante per la prevenzione dell'ospedalizzazione dei pazienti cronici: il *DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE* (Direttiva Assessoriale del 29/01/09), dei cui si parlerà nella seconda parte del documento.

## 2 - PIENA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA' E DELLE FUNZIONI INFERMIERISTICHE AUTONOME E INTEGRATE IN TEAM MULTIPROFESSIONALI

La RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA è una chiave di volta importante per la riorganizzazione e la riqualificazione delle funzioni territoriali, in particolare per la gestione dei pazienti cronici. Le figure infermieristiche forniranno un contributo sostanziale nella Gestione Integrata, nei Team Multiprofessionali Integrati e nelle diverse forme più estese di aggregazione, come le AFT e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Queste figure centrali saranno chiamate a riorganizzare le attività attraverso la gestione di "AMBULATORI INFERMIERISTICI"[6] ed a fornire competenze specifiche ai Percorsi Assistenziali dei pazienti affetti da patologia a lungo termine. In tale ambito, infatti, la priorità emergente è quella di "deospedalizzare" e di "demedicalizzare" la cura dei pazienti.

La letteratura scientifica è ricca di riferimenti a consolidate esperienze di educazione del paziente e dei *caregiver* familiari, di contributo all'autogestione del paziente (*self care*), di organizzazione di tipo *care* e *case-management*[7], di *FOLLOW-UP* INFERMIERISTICO AUTONOMO (anche telefonico) all'interno di piani di cura condivisi con i medici e con gli altri attori fondamentali del processo di cura. Vi è unanime accordo, nelle esperienze più consolidate, sui risultati che tali

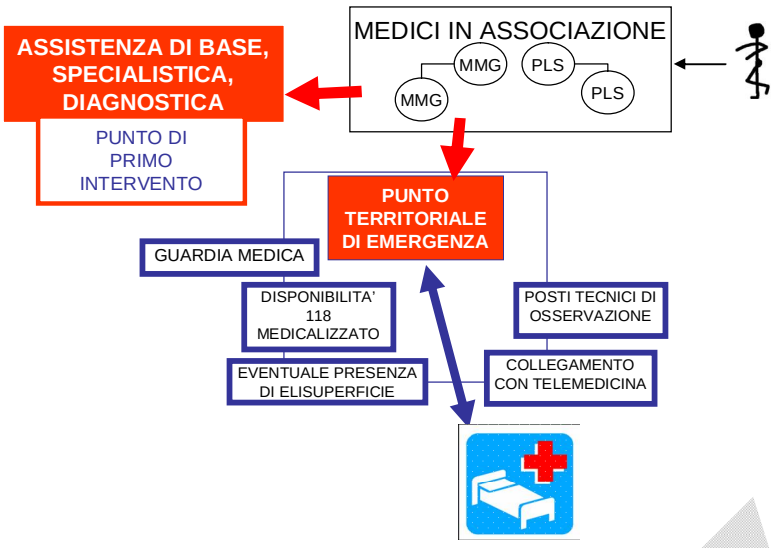
[6] Esistono vari tipi di Ambulatorio Infermieristico: oltre quello "generico" (che si occupa di medicazioni, prelievi, rimozione punti di sutura, terapie iniettive e infusionali), esistono esperienze di Ambulatori Infermieristici specializzati su varie patologie (Diabete, Scompenso, Stomie, etc.).

[7] Con questi termini si indicano figure professionali (per lo più infermieristiche, ma talvolta anche mediche) specificamente responsabilizzate sul *management* di un *target* mirato di pazienti. La differenza tra il *Care-* ed il *Case-Manager* è legata al carico assistenziale ed alla complessità gestionale, e generalmente la funzione del *case-manager*, più personalizzata sul "caso", è prevista per la gestione dei pazienti ad alta complessità.
Per rendere efficace l'azione di queste figure vi è necessità di una rivisitazione organizzativa ed operativa dei servizi. Deve essere ben chiaro che esse non si contrappongono alla centralità del Medico di Medicina Generale come "*care manager naturale*" del paziente, dato che operano in piena sintonia con quest'ultimo facilitandone e rendendone più efficace la funzione. La struttura di *Care e Case-Management* può avere disegni diversi a seconda delle caratteristiche dell'organizzazione e del contesto e non esistono, quindi, schemi rigidi e aprioristicamente applicabili.

strumenti sono in grado di generare anche sul versante dell'economicità e non solo dell'efficacia e del complessivo miglioramento della qualità di vita dei pazienti.
Il collegamento del "REFERENTE INFERMIERISTICO TERRITORIALE" (vedi § 2.7)[8] con gli ambulatori infermieristici del PTA diviene, in tale scenario, una condizione di intervento sistemico potenzialmente molto efficace.

BOZZA

[8] Infermiere *case-manager* territoriale allocato presso i presidi ospedalieri per "agganciare" il paziente cronico alle rete territoriale prima della sua dimissione,




## 2.3 - LA GESTIONE DELLE URGENZE

L'area delle urgenze a livello territoriale deve svilupparsi verso due prospettive:

- ISTITUIRE "PUNTI DI PRIMO INTERVENTO" (PPI) NEI PTA, gestiti nell'ambito delle Cure primarie, con la finalità di rispondere alle urgenze di primo livello nel territorio, nella prospettiva di incidere sulla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso e, conseguentemente, anche sulla riduzione dei ricoveri;

- DISLOCARE "PUNTI TERRITORIALI DI EMERGENZA" (PTE[9]), componenti della rete emergenza-urgenza, collegati ai PTA in caso di contesti con particolari problemi, come la distanza dai presidi ospedalieri, nei quali risulta necessario assicurare una presa in carico dei casi acuti, finalizzata ad una gestione in loco, ove ciò si rendesse possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel Presidio ospedaliero più idoneo.

I "PUNTI DI PRIMO INTERVENTO" NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE

Per quanto riguarda la gestione delle urgenze territoriali, l'associazionismo dei MMG e dei PLS (di rete, di gruppo), la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale h 12 diurna diffusa, rappresenta, innanzitutto, il primo livello di assistenza anche relativamente alle "piccole urgenze" che usualmente possono essere gestite nell'ambito di uno studio medico monoprofessionale.

I Punti di Primo Intervento (PPI), gestiti all'interno della rete delle Cure Primarie, rappresentano un secondo "filtro" e si prefiggono la finalità di ridurre l'uso dell'ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza.

Il PPI rappresenta la forma organizzativa attraverso la quale i PTA potranno garantire, assieme alla Guardia Medica notturna, un'effettiva ASSISTENZA h24 e costituire un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi). L'esistenza, infatti, dei PPI gestiti attraverso la rete delle Cure Primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), sulla base di quanto emergerà dai tavoli di concertazione regionale per il nuovo AIR (Accordo Integrativo Regionale) e sulla base dei vincoli/potenzialità dei diversi contesti locali, potrà effettivamente rappresentare un'alternativa concreta all'uso dell'ospedale, anche grazie alla disponibilità di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali operanti nei PTA.
I risultati di un tale disegno non saranno legati soltanto all'economicità di questo nuovo scenario ma anche alla riduzione del grave disagio legato all'intasamento del Pronto Soccorso ed all'usuale grande attesa dei pazienti con codice bianco-verde.
Per potenziare ulteriormente questa rete di gestione territoriale delle urgenze, localmente le ASP analizzeranno l'opportunità di collocare un "AMBULATORIO CODICI BIANCHI", con apertura h12 diurne, gestito attraverso personale ASP (anche specialista ambulatoriale) in seno alle sedi di

[9] Per PTE si intende una postazione della rete di emergenza-urgenza in cui operano i medici dell'emergenza territoriale. Tali punti devono essere collegati al Dea (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) del Presidio centrale di riferimento della ASP e devono dare una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza.

Pronto Soccorso, in modo da poter ulteriormente snellire gli accessi per i codici bianchi che sono "sfuggiti" alla rete territoriale costituita dai PPI e dai PTE.

## I PTE (PUNTO TERRITORIALI DI EMERGENZA) NELL'AMBITO DELLA RETE EMERGENZA-URGENZA

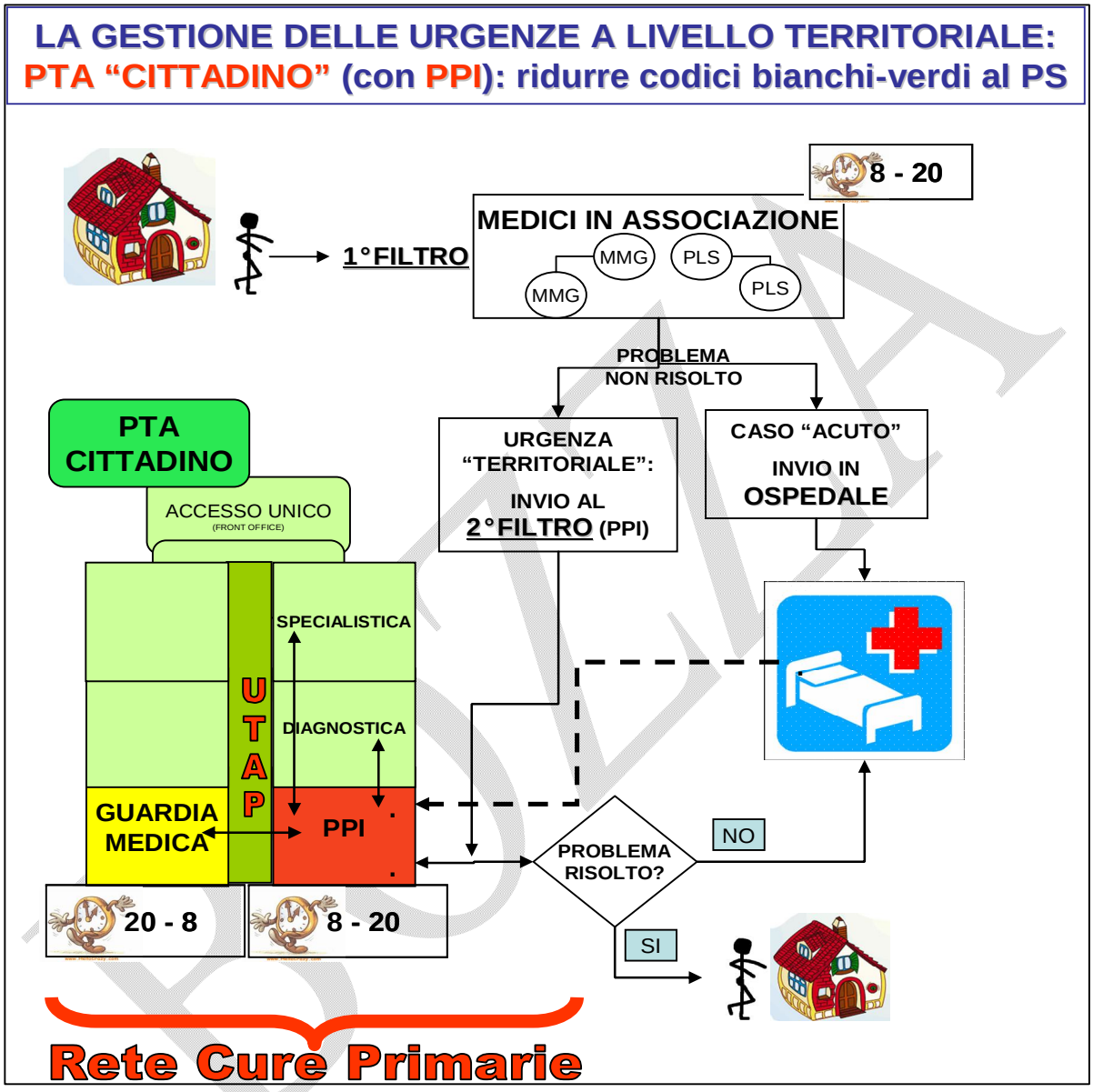
E' ampiamente condiviso tra gli esperti del settore che la prospettiva sulla base della quale bisogna rifunzionalizzare i servizi di emergenza-urgenza è quella di garantire ai pazienti acuti condizioni adeguate (strutturali, tecnologiche e professionali) di assistenza.
E' dimostrato, infatti, che gli ospedali non adeguatamente attrezzati per l'emergenza-urgenza e più in generale per l'acuzie possono costituire dei veri fattori di rischio perché la presa in carico dei pazienti, senza poter garantire assistenza "idonea" (completa e qualificata in termini di esperienza nella gestione di casi complessi), può rappresentare una perdita di tempo che può incidere negativamente sulla risposta all'acuzie. Un principio, quindi, su cui si basa la rifunzionalizzazione della rete di emergenza-urgenza territoriale non è quello di avere come riferimento l'ospedale più vicino ma è quello di fare in modo che il paziente possa fruire di immediate cure di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato per la gestione efficace dei suoi problemi.
In ragione di queste premesse, la logica con la quale si stanno rifunzionalizzando i presidi ospedalieri ed il sistema del 118 nella Regione Sicilia è quella di identificare, innanzitutto, i "punti centrali" della rete (ospedali adeguatamente attrezzati per l'emergenza, cioè per i casi altamente complessi). A questi sarà possibile collegare i "PTE-Punti Territoriali di Emergenza" periferici, idoneamente attrezzati per rispondere a tutte le urgenze di bassa-media complessità ed alle esigenze di primo intervento e di tempestivo trasporto medicalizzato per tutti quei pazienti con patologia acuta che in loco non potrebbero ricevere cure idonee.

Si rende necessaria una profonda valutazione degli attuali PTE ed una valutazione di impatto delle eventuali nuove strutture da creare, ma nei PTE dovrà esservi la disponibilità di un'ambulanza medicalizzata per il trasporto assistito (e di un'elisuperficie per i territori con gravi difficoltà di collegamento), con un raccordo con gli ospedali di riferimento della zona, in modo da poter garantire una cura tempestiva ed appropriata alle esigenze del caso clinico. La presenza, nel PTE, di posti tecnici di osservazione ed il collegamento con la rete della telemedicina metterà in grado gli operatori di poter gestire in loco la maggior parte dei pazienti e di limitare il trasporto nell'ospedale più idoneo ai pazienti più complessi.

L'inclusione, in questo disegno, anche della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) potrà permettere di gestire in modo più veloce e più consono l'accesso, smistando i codici bianchi su un circuito più appropriato, snellendo, così, l'iter dei codici più complessi e riducendo l'attesa, che costituisce uno degli aspetti più critici di accesso ai servizi.
Inoltre, lo stretto collegamento con le forme associative dei MMG e dei PLS, in particolare nei distretti periferici, potrà fornire un ulteriore valido contributo anche in questo circuito, considerato che, come sarà meglio esplicitato nel paragrafo successivo, l'aumento delle ore diurne di assistenza, garantito attraverso le varie forme di associazionismo, è in grado di ridurre l'uso improprio, e quindi l'intasamento, dei PTE e dei Pronto Soccorsi ospedalieri.

BOZZA

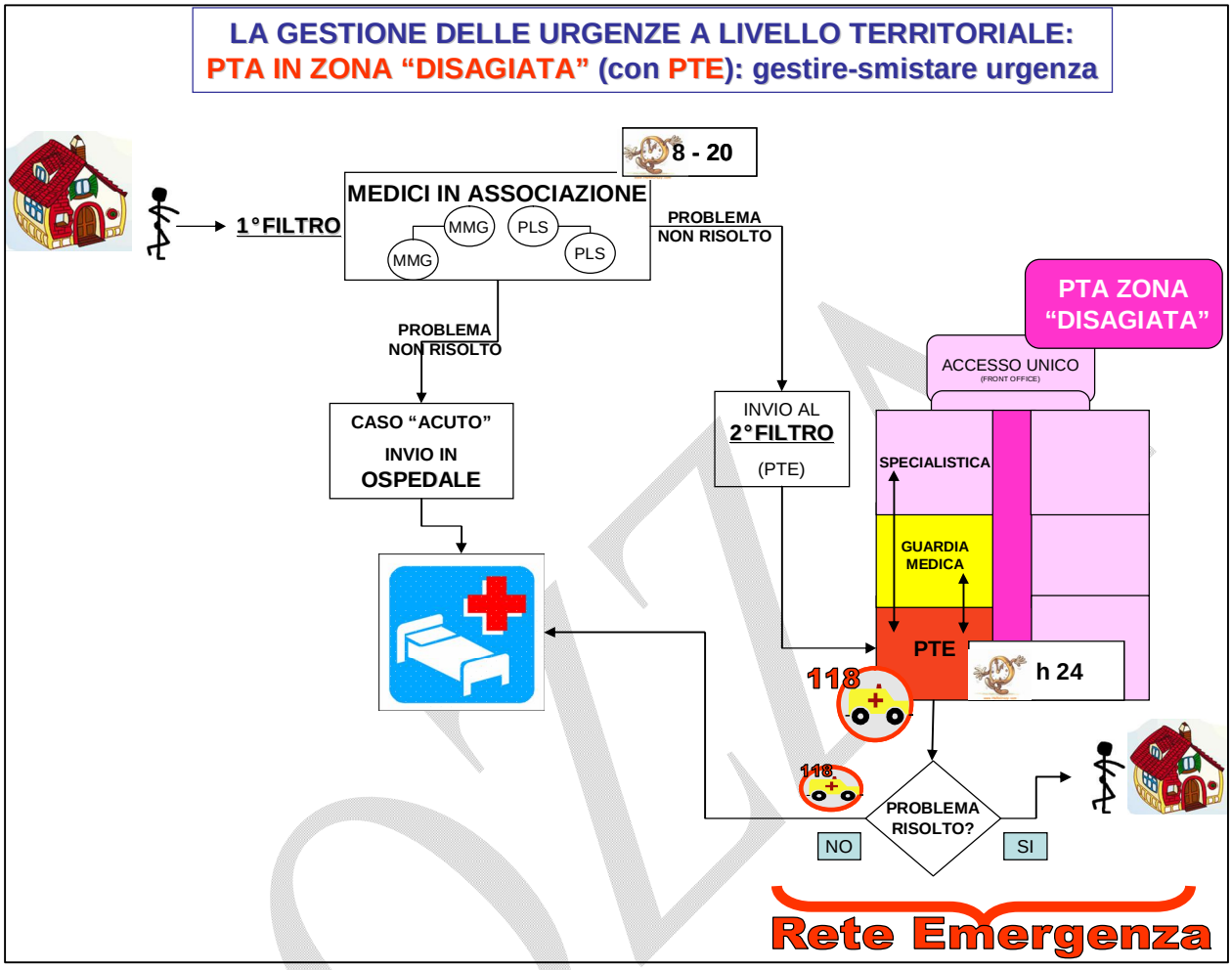
La figura seguente sintetizza quanto detto in precedenza e mostra l'iter del potenziale paziente con un problema di "urgenza territoriale" (i casi acuti vanno sempre indirizzati, tramite la rete emergenza-urgenza, al Pronto soccorso ospedaliero), che può trovare soluzione nella "medicina in associazione" che costituisce il suo punto di riferimento primario.




Laddove ciò non fosse possibile, esisterà un secondo "filtro", costituito dal PPI (Punto di Primo Intervento) allocato all'interno del PTA, che garantirà l'apertura h12 diurna, con una disponibilità di un team (infermiere, specialista), attivabile secondo le esigenze, e con la possibilità di approfondimento diagnostico, ove ciò si rendesse necessario.
Laddove il caso non fosse all'altezza della potenziale gestione in loco, il paziente dovrà in ogni caso fare riferimento al Pronto Soccorso ospedaliero.

La presenza, nello stesso ambito del PTA, della Guardia Medica notturna permette di fare del PTA una struttura di riferimento h 24 per la popolazione.

La figura successiva mostra l'iter del paziente che accede ad un PTA periferico, in zona disagiata, che include un PTE (Punto Territoriale di Emergenza) gestito dall'area emergenza-urgenza.




Anche in questo caso, risulta fondamentale, al fine di ridurre l'uso improprio dei Presidi di urgenza, il corretto funzionamento dell'associazionismo nell'ambito delle Cure primarie.

BOZZA

## 2.4- L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI

Il PTA rappresenterà la porta d'accesso anche per le Cure domiciliari. L'accesso "unico", di cui si è già parlato nel paragrafo 2.1, garantirà, infatti, l'accoglienza, la presa in carico e lo smistamento del paziente anche in questo importante settore assistenziale.

L'équipe del Punto (o Sportello) Unico di Accesso alle Cure Domiciliari[10] dovrà, quindi, essere in grado di discernere il bisogno espresso, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari personalizzati, dove solo per le risposte sociosanitarie verrà richiesto il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Per quanto riguarda le Cure Domiciliari, si rimanda al D.A. del 2 luglio 2008, che distingue i seguenti profili:

1. Cure Domiciliari Prestazionali caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello

3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative per malati terminali.

Come indicato dalla LR 5/2009, in alcune condizioni al PTA potranno essere associate anche strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con il fabbisogno del territorio e con la disponibilità di strutture idonee. Questa ulteriore possibilità apre una prospettiva di ulteriore integrazione in un'area di grande impatto sulla deospedalizzazione.

Infine, appare utile porre in risalto l'importanza delle logiche di connessione e di stretta integrazione del circuito delle Cure domiciliari con l'Ospedale. Nelle strutture ospedaliere, come verrà meglio esplicitato nel § 2.7 e nella Sezione 4 della 2^ parte del documento, esisterà, infatti, un "Referente per le dimissioni protette", che fungerà da raccordo ospedale-territorio per i casi di non autosufficienza e che, allertato in fase pre-dimissione, prenderà in carico il paziente e, rapportandosi con le strutture territoriali oltre che con il MMG, gestirà l'indirizzamento del paziente ed il suo invio nella rete dei servizi di cure primarie.

Di grande importanza è, inoltre, l'integrazione della rete delle Cure domiciliari con i Servizi Sociali dei Comuni, dando così piena attuazione alle prospettive integrative indicate dalla Legge 328/2000 di integrazione socio-sanitaria, dalle quali potranno scaturire importanti linee di azione condivisa, che nelle regioni nelle quali sono state già attivate sono state foriere di importanti risultati di salute su vari fronti:

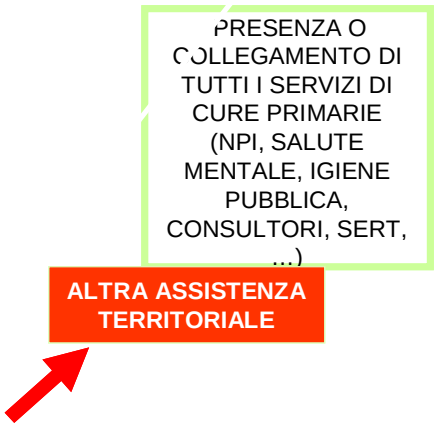
[10] FUNZIONI DELLO "SPORTELLO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI": Raccolta (telefonica e non) delle istanze di accesso alle cure domiciliari (C.D.) e smistamento-indirizzamento delle domande:
- smistamento verso altri settori (Riabilitazione ex art. 26, Salute mentale, Sert, Materno-Infantile, …)
- smistamento verso il Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune, previo contatto con Ass. Sociali
- invio al Responsabile C.D. del Distretto per l'eventuale attivazione dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
- registrazione dati su "Registro distrettuale delle C.D."

- ATTIVITA' DI SEGRETARIATO SOCIALE PER L'INFORMAZIONE per fornire informazioni ed orientamento sui servizi sociali ed assistenziali pubblici e privati a tutti i cittadini,

- ATTIVITA' DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE per prevenzione, sostegno e recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazione di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore,

- ATTIVITA' DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE utili per tutti i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati, realizzabili anche coinvolgendo i soggetti adeguati del terzo settore, che si prefigge di garantire una risposta tempestiva e concreta a persone in situazioni gravi.

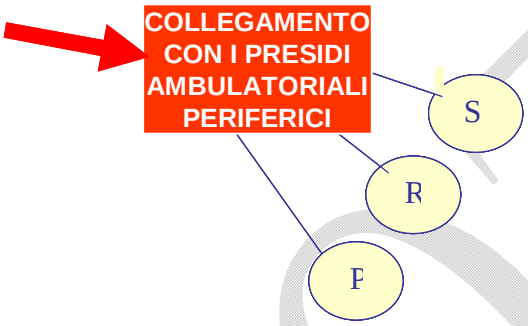
BOZZA




## 2.5- IL COLLEGAMENTO AI SERVIZI TERRITORIALI

Come già detto in premessa, il PTA dovrà costituire la porta di accesso del cittadino-utente a tutti i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, ivi inclusa la Neuropsichiatria Infantile, la Salute Mentale, i Sert, la Prevenzione, all'assistenza domiciliare, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa. Tali servizi potranno trovare allocazione fisica nel PTA, laddove questa si rendesse fattibile, o potranno essere collegati funzionalmente e informaticamente attraverso la "porta unica di accesso".

.



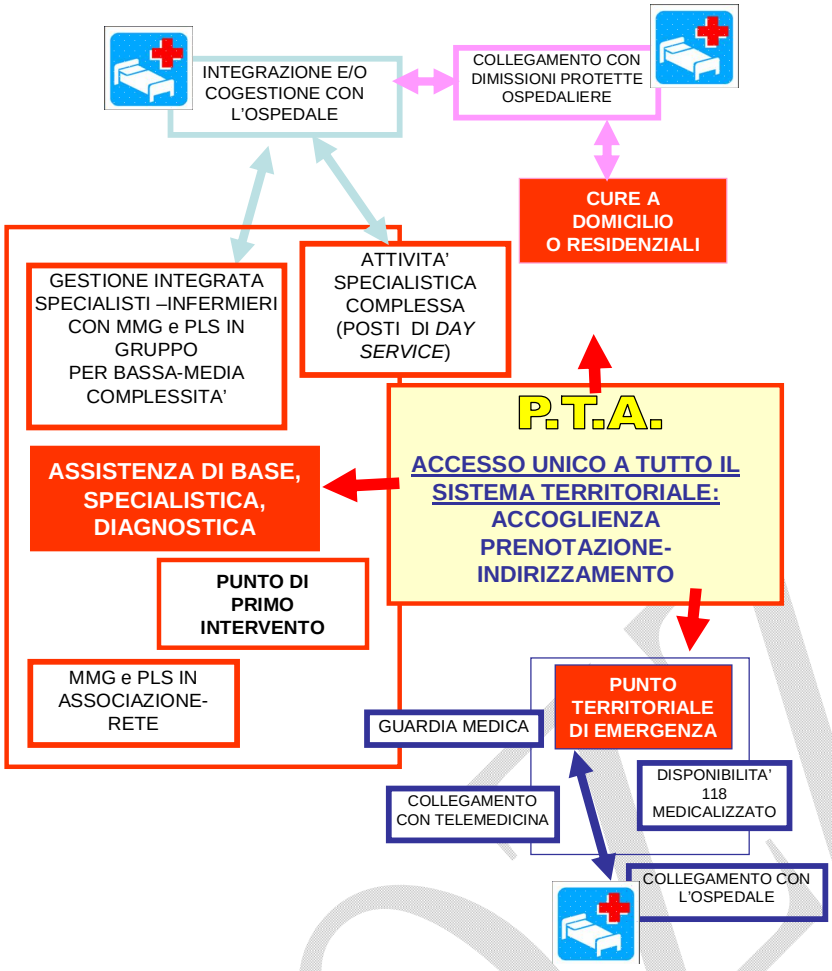

## 2.6- IL COLLEGAMENTO A RETE TRA PTA E GLI ALTRI PRESIDI DELLA RETE AMBULATORIALE

Nella realizzazione concreta dei PTA bisognerà saper individuare soluzioni diversificate a seconda delle potenzialità e dei limiti dei diversi contesti.
Come già detto precedentemente, in alcuni casi, infatti, il PTA potrà trovare allocazione fisica nelle rifunzionalizzazioni di presidi ospedalieri. Laddove esistesse carenza di strutture disponibili, sarà necessario individuare soluzioni di aggregazione di servizi in grado di garantire in ogni caso l'integrazione organizzativo-operativa tra tutte le componenti che sono chiamate a contribuire a questo processo di profondo riorientamento del sistema assistenziale.

Il Piano attuativo dei PTA, che dovrà essere articolato dalle Direzioni strategiche delle nuove ASP secondo le presenti Linee Guida, dovrà tendere ad integrare i servizi ma allo stesso tempo, in particolare per alcuni servizi essenziali, quali i servizi preventivi (vaccinazioni, *screening*, …) e la specialistica di base, dovrà prevedere la capillarizzazione delle prestazioni fondamentali per garantire l'equità distribuitiva nel territorio.
Ai PTA, quindi, intesi come "presidi centralizzati", nei quali si attiva la "presa in carico integrata", dovranno collegarsi tutti i servizi "decentrati" periferici, ai quali i cittadini potranno accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, trovando risposta in loco o nel presidio centralizzato per quelle funzioni non disponibili in periferia. In tale direzione, il processo di informatizzazione che l'Assessorato sta portando avanti potrà sopperire alle distanze geografiche ed alla separazione dei servizi.

BOZZA

## 2.7- IL COLLEGAMENTO DEL PTA CON L'OSPEDALE




Il collegamento tra il PTA e l'ospedale rappresenta una prospettiva fondamentale di sviluppo della rifunzionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale.
I punti di interconnessione PTA-Ospedale riguardano le principali aree presenti nel PTA precedentemente trattate, ed in particolare:

1. COLLEGAMENTO DEI P.P.I. E DEI P.T.E., per rispondere alla necessità di costituire dei punti di riferimento collegati alle Cure Primarie (PPI) ed alla rete Emergenza-Urgenza (PTE), alternativi all'ospedale, per i casi urgenti gestibili a livello territoriale.

2. DIMISSIONI PROTETTE per pazienti ricoverati e dimessi con problemi di autosufficienza, da inserire nel circuito delle cure domiciliari o, ove necessario, residenziali. Tale argomento sarà trattato al § 6 della 2^ parte (4^ sezione).

3. DIMISSIONI "FACILITATE", in particolare DEI PAZIENTI CRONICI, in primis dei pazienti ricoverati per problemi legati al Diabete Mellito ed allo Scompenso Cardiaco. Le dimissioni facilitate garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente (MMG, PLS, Specialistica ambulatoriale).
A tal fine in ogni ospedale verrà allocato un "Referente Infermieristico Territoriale", appartenente alla rete di assistenza territoriale delle ASP, che opererà in stretto collegamento con il "Punto Unico di Accesso" dei PTA e che prenderà in carico, secondo i principi del *case-management*, tutti i pazienti cronici pre-dimissione, gestendo il percorso di collegamento con il MMG/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza.
Particolare attenzione sarà posta ai pazienti con livello di complessità medio-alto, che dovranno essere inviati, in accordo con il piano di cura indicato dal reparto di dimissione, al *Day Service* territoriale, che sarà descritto più avanti.

4. AMBULATORIO "CODICI BIANCHI", già descritto nel § 2.3, allocato presso i PS dei Presidi ospedalieri, in modo da snellire le attività di "urgenza" svolte da questi ultimi.

# SECONDA PARTE: APPROFONDIMENTI

**1. "SPORTELLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE FRAGILE (diabete, scompenso, disabilità)"**

**2. DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE**

**3. GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI**

**4. DOMICILIARITA' e RESIDENZIALITA'**

BOZZA

## SEZIONE 1:

## LO "SPORTELLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE FRAGILE (diabete, scompenso, disabilità)" – vedi § 2.1.

BOZZA

## § 3.1 – PREMESSA ALLO *SPORTELLO TERRITORIALE DEL PAZIENTE "FRAGILE"*

Le scelte che sta compiendo la Regione Sicilia risultano essere sintoniche con il più ampio scenario nazionale ed internazionale, che vede nelle patologie croniche la sfida principale del terzo millennio per i sistemi assistenziali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce, infatti, le patologie croniche una "nuova epidemia", verso la quale i sistemi assistenziali sono chiamati a "guadagnare salute" in uno scenario caratterizzato dalla necessità di una profonda razionalizzazione delle risorse. Lo Scompenso cardiaco, con una prevalenza media riconosciuta di 1,5-2%, è la prima causa di ricovero dopo il parto naturale; il Diabete Mellito, con una prevalenza media di 3,4% (90% Tipo 2), è una patologia in forte aumento (20% in 5 anni secondo OMS Europa). Ambedue queste patologie sono caratterizzate, quando non adeguatamente ed attivamente controllate, da un progressivo peggioramento della qualità di vita dei pazienti.

Coerentemente con tale scenario, il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 ed il relativo Piano di Prevenzione della Regione Sicilia hanno individuato le patologie croniche come ambiti prioritari di intervento, articolando specifici programmi sulle cardiopatie, sulle neoplasie e sul diabete mellito, sui quali tutte le Regioni stanno già mettendo in atto specifici progetti regionali. Il Nuovo Accordo Stato-Regioni, siglato nel 2009, ha sancito il pieno prosieguo di tali linee prioritarie di intervento.

Il nostro contesto regionale appare molto problematico sul tema della gestione delle patologie a lungo termine, anche perché è presente un'oggettiva debolezza del modello organizzativo assistenziale del territorio ed un ruolo primario di riferimento dei pazienti, anche in condizioni di non-acuzie, fino ad oggi assunto dall'ospedale. Spesso i pazienti cronici sono costretti, per la debole offerta territoriale, a ricorrere al ricovero ed a "girovagare" tra i diversi servizi assistenziali, non trovando un'adeguata offerta integrata in ambito territoriale, per cui è il paziente stesso che usualmente deve farsi carico di sopperire alle carenze nella continuità assistenziale.

## § 3.2 - FINALITA' E OBIETTIVI GENERALI DELLO SPORTELLO

Per i motivi citati in premessa, bisogna iniziare ad implementare le prime iniziative in un'area, la gestione dei Pazienti "fragili", in particolare con patologia a lungo termine, sulla quale le nuove Aziende Sanitarie Provinciali con i loro Distretti sanitari ed ospedalieri saranno chiamate a sviluppare interventi diversificati (*Day Service*, Gestione Integrata, Ambulatori Dedicati, Percorsi Assistenziali) ed integrati. Si ritiene, quindi, utile istituire, presso ogni PTA, lo "Sportello del Paziente Fragile", in particolare con Diabete Mellito, con Scompenso Cardiaco e con disabilità"[11], che costituirà la base sperimentale per la sua successiva estensione anche ai pazienti affetti da altre patologie a lungo termine.

Lo Sportello sarà allocato nel PTA e presso i Poliambulatori specialistici maggiori e dovrà garantire le seguenti attività:

- riorientare i servizi territoriali verso l'affermarsi della continuità assistenziale, prioritariamente per il *target* dei pazienti cronici;

[11] Per questi pazienti lo Sportello garantirà, oltre all'accesso, anche PERCORSI FACILITATI. Appare utile segnalare l'esperienza della ASP di Palermo, che da due anni ha aperto uno Sportello dedicato al paziente con Diabete Mellito in due distretti.

- concentrare le prestazioni specialistiche in un numero ridotto di accessi per i *target* più complessi di pazienti, che si rivolgono ai servizi per più di una prestazione (es.: visita diabetologica, controllo con altro specialista, esami di laboratorio, rilascio ausili, etc.) ;

- migliorare e favorire l'integrazione tra i diversi professionisti ed i differenti livelli del sistema sanitario;

- creare, nella prospettiva di un futuro "Registro dei pazienti cronici", un iniziale impianto di registrazione dei pazienti e del loro *iter* clinico assistenziale, finalizzato al monitoraggio ed alla valutazione delle prestazioni erogate dallo Sportello e dal Poliambulatorio nel quale esso è inserito, ma che successivamente potrà rappresentare il fulcro cui collegare un sistema informativo più articolato;

- sviluppare iniziative sistematiche di informazione del paziente, finalizzate al migliore uso dei servizi (conoscenza dei servizi e dell'offerta, orientamento al loro uso appropriato, elaborazione e diffusione della modulistica), di accoglienza e di supporto attivo per il soddisfacimento dei bisogni e per la buona riuscita del suo percorso di cura;

- snellire gli iter burocratici sulla base del principio che "girano le carte e non il paziente";

- iniziare a creare le condizioni (personale dedicato, contributi professionali specifici) affinché lo Sportello, all'interno del futuro piano di Gestione Integrata che dovrà connettere attivamente i MMG/PLS con gli specialisti e gli infermieri del distretto, possa divenire il punto di riferimento di un ampio "programma di educazione del paziente e dei *caregiver* familiari". Esso potrà anche costituire lo snodo cruciale di una rete di servizi che, attraverso lo sviluppo di un piano di integrazione socio-sanitaria, miri a prendere in carico anche le problematiche socio-familiari del singolo paziente, in particolare quelle che incidono significativamente sulla gestione della sua patologia;

- coinvolgere le associazioni dei pazienti ed il volontariato specializzato, che potrà svolgere ruoli fondamentali nell'ambito dell'informazione del paziente, dell'educazione all'autogestione e del sostegno a casi di particolare complessità sociale.

## § 3.3 - LO SPORTELLO: LA SUA STRUTTURA, I SUOI PRODOTTI

Lo sportello gestisce e facilita l'applicazione dell'iter clinico-assistenziale del paziente. Esso diverrà, nel futuro piano di Gestione Integrata dei pazienti cronici, lo snodo centrale di un "Percorso Assistenziale" *evidence-based*, condiviso tra tutti i professionisti che contribuiscono al processo assistenziale (MMG/PLS, Infermieri e Specialisti distrettuali e, progressivamente, anche ospedalieri), al cui interno verranno inglobati indicatori di monitoraggio delle *performance* e dei risultati, che possano mettere in luce e valorizzare i contributi dei singoli attori assistenziali.

BOZZA

Risulta fondamentale il collegamento dello Sportello con il Centro di Prenotazione. Il Direttore sanitario aziendale per il livello centrale, il Responsabile del Poliambulatorio ed il Direttore di Distretto nel quale ricade lo Sportello dovranno garantire le condizioni di fattibilità, tenendo in considerazione che per le attività di Sportello, prevalentemente informative, potrà essere utilizzato anche personale non sanitario.
Risulta, inoltre, importante il raccordo dello Sportello con tutte le componenti che concorrono al percorso assistenziale del paziente, sia sanitarie (Specialisti, Infermieri, Servizi di diagnostica), sia amministrative (Esenzione ticket, Patenti speciali, Presidi ed Ausili, etc.). Di fondamentale importanza la possibilità di raccordare i diversi attori e di definire, per i casi più complessi, circuiti facilitati e celeri.

Nella prospettiva del consolidamento delle attività dello Sportello, diviene cruciale il coinvolgimento attivo dei MMG/PLS operanti nei distretti nei quali ricade lo Sportello.
Il paziente accede, infatti, allo Sportello su invio dei MMG/PLS o degli ambulatori distrettuali, o post-dimissione su invio da parte dei reparti ospedalieri, oppure può esservi indirizzato dal personale distrettuale e/o poliambulatoriale nel caso di accesso spontaneo, così come previsto nella *Flow Chart* allegata in calce, che delinea l'iter di massima della gestione di un paziente-tipo. Il disegno indicato nella *Flow Chart* dovrà essere contestualizzato nelle singole realtà locali ed articolato sulla base delle potenzialità e dei limiti del contesto.
Di fondamentale importanza la connessione, in entrata ed in uscita, con l'inviante ed in ogni caso con il MMG/PLS del paziente, che resta l'attore fondamentale dell'assistenza, al quale deve essere sempre indirizzato il paziente.

Con il supporto di personale idoneo, allo Sportello potranno essere collegate alcune attività molto importanti per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti, quali:

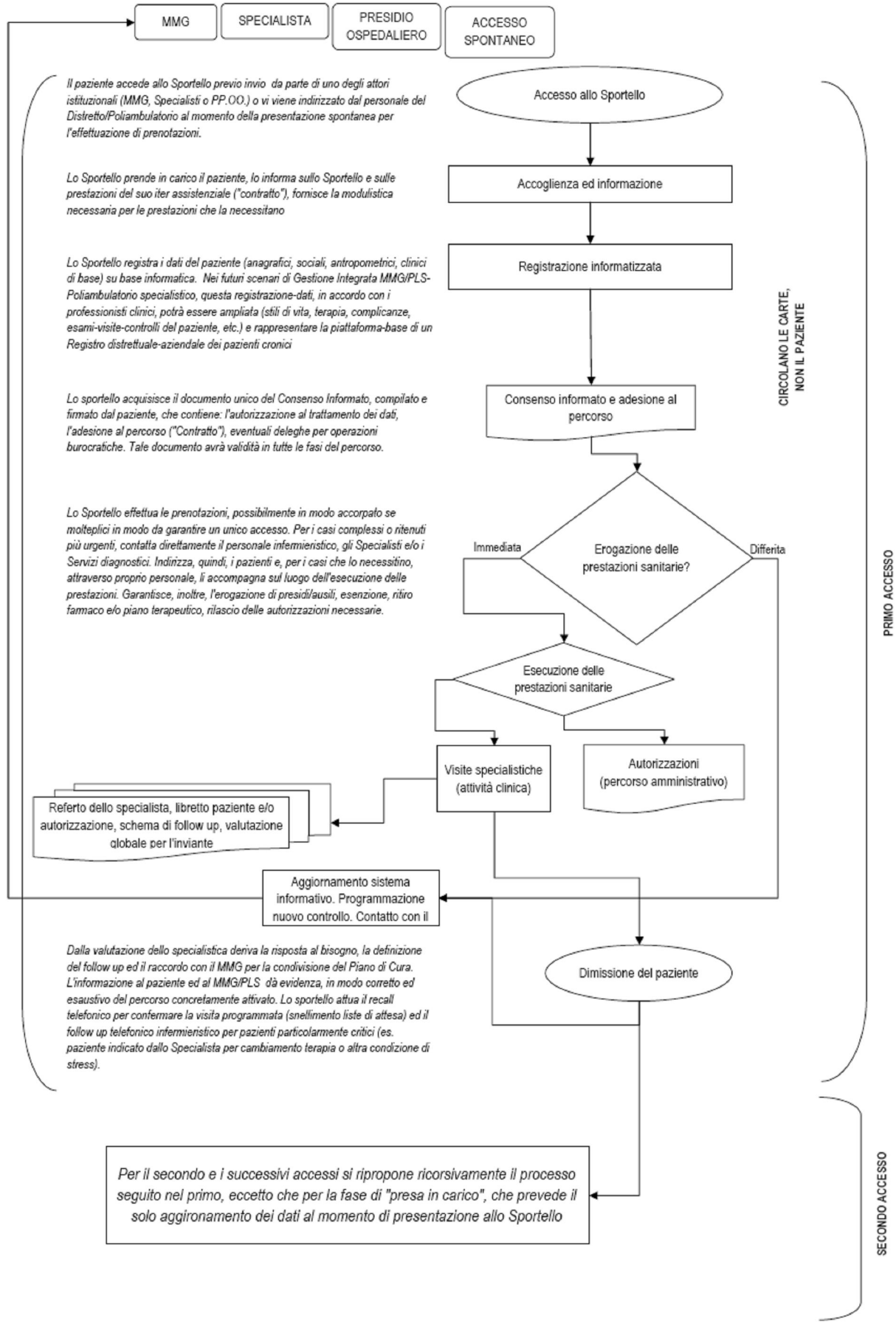
- il *follow-up* infermieristico telefonico, in accordo con il piano di cura, riservato a pazienti con particolari condizioni di rischio o nei quali sia utile rafforzare la *compliance* alla terapia o gli interventi educativi, in particolare in alcuni momenti più impegnativi (ad esempio: introduzione di un nuovo farmaco, fase di scompenso, etc.);
- . lo svolgimento di attività di educazione dei pazienti (singoli o a gruppi) e dei *caregiver* familiari. Pur essendo evidente che l'educazione del paziente è una prerogativa di tutti i professionisti che con quest'ultimo vengono in contatto ed in primis del MMG/PLS per il rapporto di fiducia che egli ha con il paziente, nelle patologie croniche risultano molto efficaci attività strutturate e sistematiche di educazione, che possono essere svolte dal personale infermieristico poliambulatoriale o da altro personale tecnico idoneo (pedagogista, educatore, …), che dovrà essere adeguatamente formato e che opererà in accordo con il piano di cura. Per le attività educative più strutturate e di gruppo potrà intervenire anche altro personale distrettuale ed aziendale (Psicologia, Educazione alla Salute, etc.).

## § 3.4 - INDICAZIONI OPERATIVE:

Dopo aver fatto un'analisi delle caratteristiche dei poliambulatori esistenti nei vari distretti aziendali, le Direzioni aziendali e distrettuali individueranno quelli nei quali si rende opportuna la collocazione degli "Sportelli". Per i contesti nei quali il numero di accessi è limitato è possibile prevedere un unico Sportello distrettuale con le stesse funzioni.
Il personale da utilizzare, previa istruzione sul funzionamento dello Sportello, può essere non-sanitario (anche contrattista), sanitario (in tal caso utilizzabile anche per attività più

articolate) o misto. Utile anche la possibilità di utilizzare personale OSS, quando risulti necessario accompagnare i pazienti.
Tutto il personale del Poliambulatorio/Distretto deve essere portato a conoscenza dello Sportello e deve conoscere qual è il contributo specifico al Percorso del paziente (inclusi gli Uffici amministrativi di esenzione ticket, presidi ed ausili, etc.). Il personale sanitario, in particolare infermieristico, è collaboratore stabile dello Sportello.
Di particolare importanza il collegamento con l'Ufficio Prenotazioni, con l'URP per la diffusione dell'informazione. Il Responsabile del Poliambulatorio, assieme al Caposala, ha funzioni organizzative complessive, anche relativamente alla prenotazione e gestione dei Pacchetti di Prestazioni) ed all'eventuale gestione di "percorsi facilitati" o "accessi urgenti", da prevedere come possibilità di inserimento non previsto nelle Agende del Poliambulatorio, riservati a pazienti con particolari esigenze assistenziali.

BOZZA


MMG
SPECIALISTA
PRESIDIO OSPEDALIERO
ACCESSO SPONTANEO
Il paziente accede allo Sportello previo invio da parte di uno degli attori istituzionali (MMG, Specialisti o PP.OO.) o vi viene indirizzato dal personale del Distretto/Poliambulatorio al momento della presentazione spontanea per l'effettuazione di prenotazioni.
Accesso allo Sportello
Lo Sportello prende in carico il paziente, lo informa sullo Sportello e sulle prestazioni del suo iter assistenziale ("contratto"), fornisce la modulistica necessaria per le prestazioni che la necessitano
Accoglienza ed informazione
Lo Sportello registra i dati del paziente (anagrafici, sociali, antropometrici, clinici di base) su base informatica. Nei futuri scenari di Gestione Integrata MMG/PLS-Poliambulatorio specialistico, questa registrazione-dati, in accordo con i professionisti clinici, potrà essere ampliata (stili di vita, terapia, complicanze, esami-visite-controlli del paziente, etc.) e rappresentare la piattaforma-base di un Registro distrettuale-aziendale dei pazienti cronici
Registrazione informatizzata
CIRCOLANO LE CARTE, NON IL PAZIENTE
Lo sportello acquisisce il documento unico del Consenso Informato, compilato e firmato dal paziente, che contiene: l'autorizzazione al trattamento dei dati, l'adesione al percorso ("Contratto"), eventuali deleghe per operazioni burocratiche. Tale documento avrà validità in tutte le fasi del percorso.
Consenso informato e adesione al percorso
Lo Sportello effettua le prenotazioni, possibilmente in modo accorpato se molteplici in modo da garantire un unico accesso. Per i casi complessi o ritenuti più urgenti, contatta direttamente il personale infermieristico, gli Specialisti e/o i Servizi diagnostici. Indirizza, quindi, i pazienti e, per i casi che lo necessitino, attraverso proprio personale, li accompagna sul luogo dell'esecuzione delle prestazioni. Garantisce, inoltre, l'erogazione di presidi/ausili, esenzione, ritiro farmaco e/o piano terapeutico, rilascio delle autorizzazioni necessarie.
Immediata
Erogazione delle prestazioni sanitarie?
Differita
Esecuzione delle prestazioni sanitarie
Visite specialistiche (attività clinica)
Autorizzazioni (percorso amministrativo)
Referto dello specialista, libretto paziente e/o autorizzazione, schema di follow up, valutazione globale per l'inviante
Aggiornamento sistema informativo. Programmazione nuovo controllo. Contatto con il
Dalla valutazione dello specialistica deriva la risposta al bisogno, la definizione del follow up ed il raccordo con il MMG per la condivisione del Piano di Cura. L'informazione al paziente ed al MMG/PLS dà evidenza, in modo corretto ed esaustivo del percorso concretamente attivato. Lo sportello attua il recall telefonico per confermare la visita programmata (snellimento liste di attesa) ed il follow up telefonico infermieristico per pazienti particolarmente critici (es. paziente indicato dallo Specialista per cambiamento terapia o altra condizione di stress).
Dimissione del paziente
PRIMO ACCESSO
Per il secondo e i successivi accessi si ripropone ricorsivamente il processo seguito nel primo, eccetto che per la fase di "presa in carico", che prevede il solo aggiornamento dei dati al momento di presentazione allo Sportello
SECONDO ACCESSO

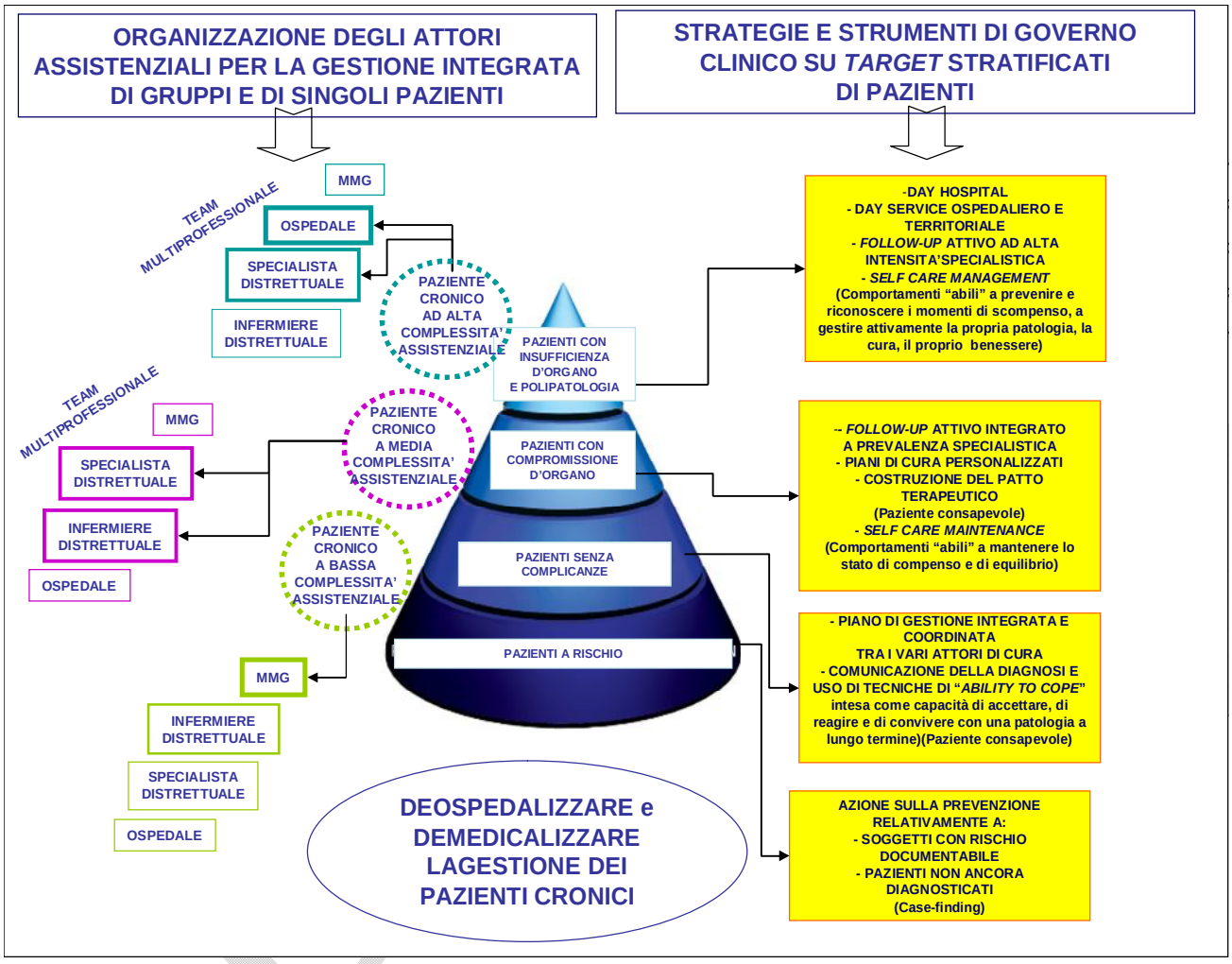
# SEZIONE 2:

# DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI COMPLESSI

BOZZA

## § 4 - IL *DAY SERVICE TERRITORIALE* COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DELL'OSPEDALIZZAZIONE

Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche (vedi Figura) i pazienti sono suddivisibili in *sub-target* a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il *sub-target* più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scompenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri.

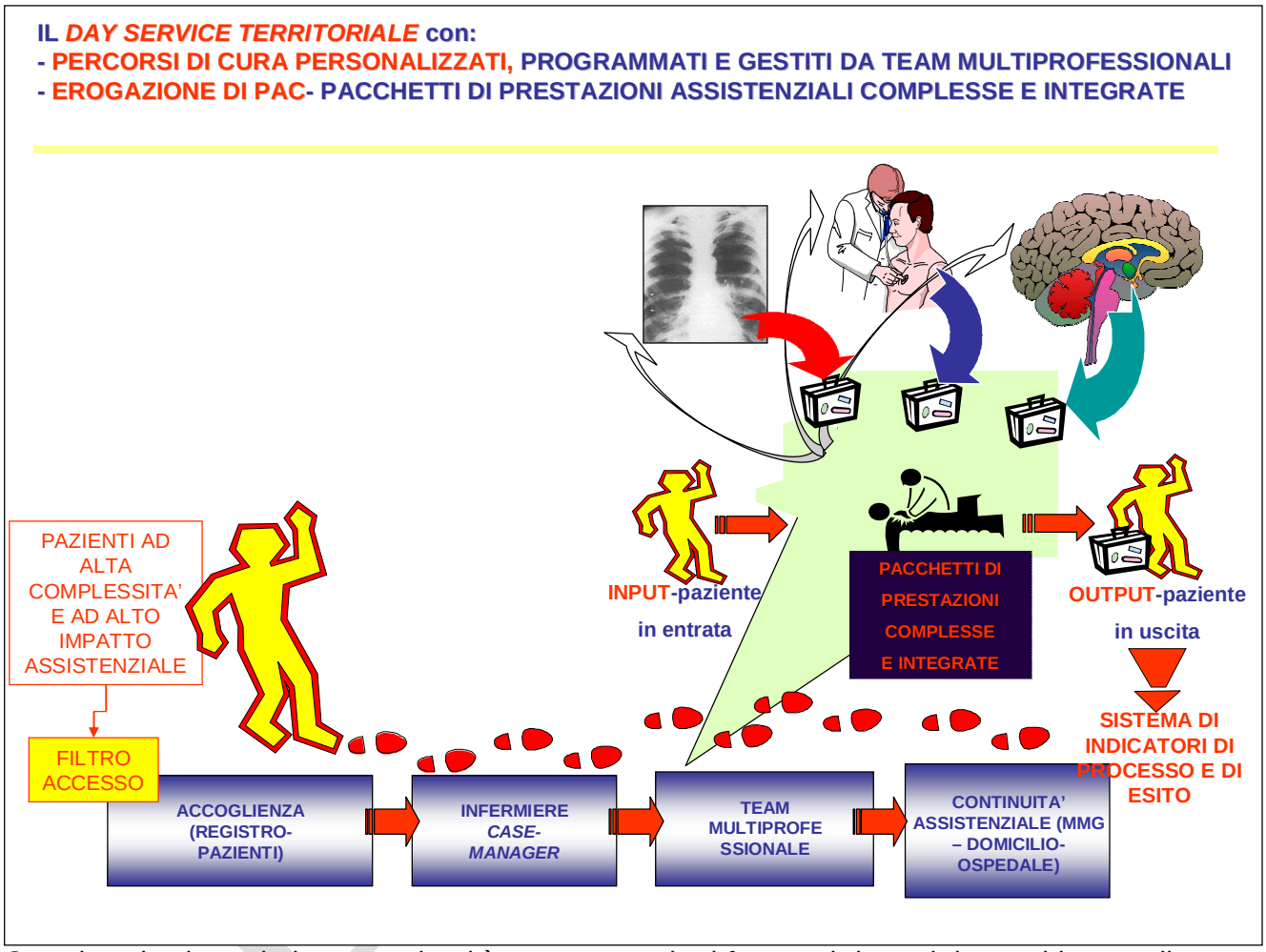



Questi pazienti, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata, sul *follow-up* attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (*case-management, follow-up* infermieristico, educazione del paziente e dei *care-giver* familiari all'autogestione) utilizzati in *setting* che prevedano strutture ad accesso facilitato, *team* di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di "pacchetti di prestazioni" (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete.

Il *Day Service Ambulatoriale Territoriale (DSAT)*, gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità.

*Esso* nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi, articolati, multiprofessionali e interdisciplinari, utile a gestire alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in *Day Hospital*, risulta inappropriato.

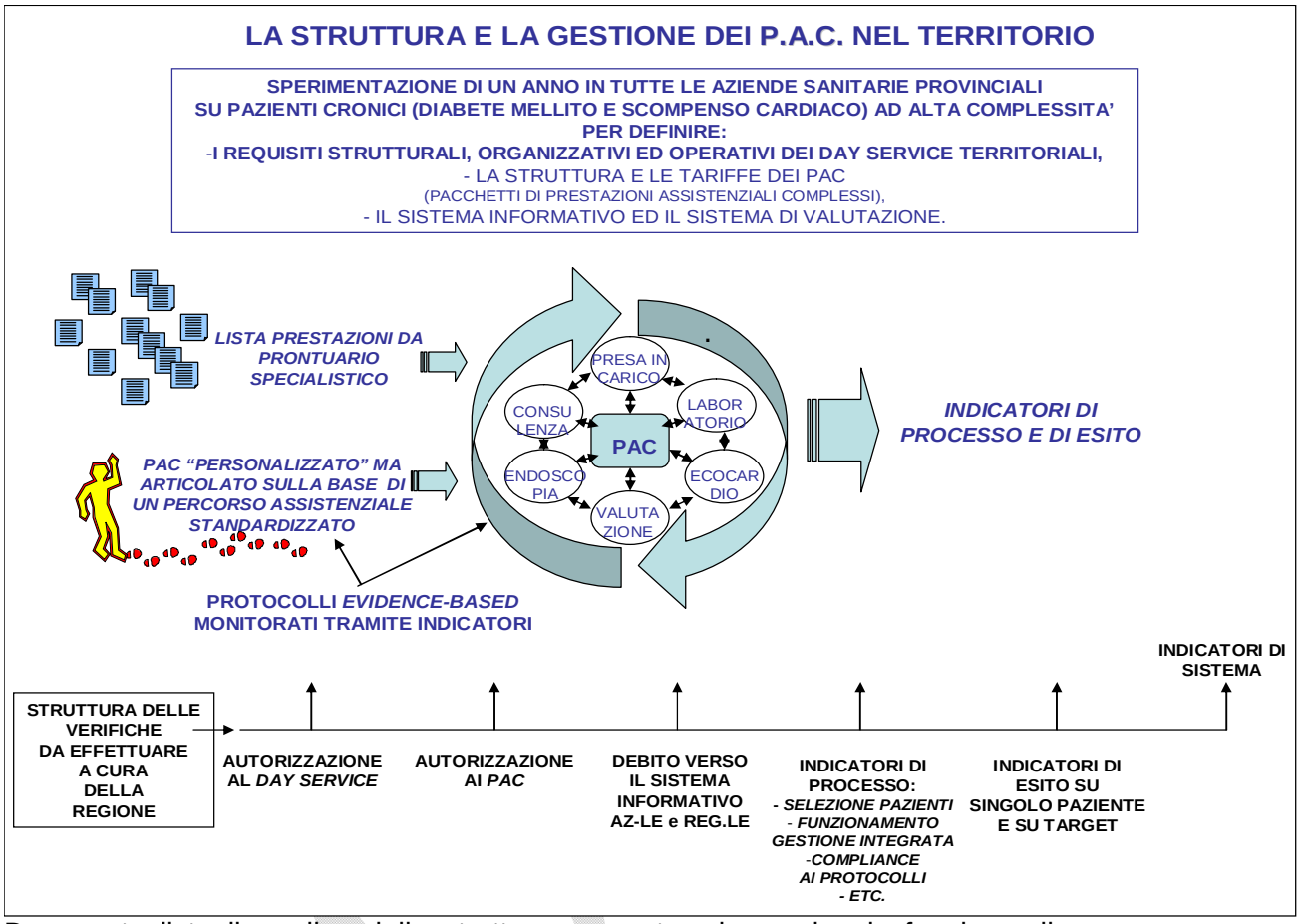
Il *Day Service Territoriale*, gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla prevenzione dell'ospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione di pazienti complessi, in particolare dei pazienti cronici più gravi, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata.




Questi pazienti, per la loro complessità e per prevenire i frequenti ricoveri, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata MMG/PLS-Team specialistico di cui si parlerà più avanti, su una serie di strumenti indispensabili, fra i quali spiccano il *follow-up* attivo, medico ed infermieristico, il *case-management*, l'educazione del paziente e dei *care-giver* familiari.

Il PAC (Pacchetto di prestazioni Assistenziali Complesse), che è lo strumento operativo del *Day Service*, non è una semplice somma di prestazioni: si tratta di una formula di offerta di prestazioni multiprofessionali e multidisciplinari integrate più aderenti ai bisogni "globali e complessi" dei pazienti e complessivamente più efficaci per il paziente e più economiche per il sistema assistenziale.

Ogni PAC prevede la lista ragionata di prestazioni (dal Nomenclatore Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in modo da poter essere valorizzate) che trovano indicazione nella soluzione dello specifico quesito a cui il *Day Service* attivato per il paziente dovrà rispondere.




Da questa lista il medico della struttura erogante, che svolge la funzione di *case manager*, seleziona gli esami che ritiene utili per rispondere al quesito.

*Day Service* e PAC costituiscono, quindi, uno strumento strategico di potenziale impatto molto significativo in termini economici e di globale riorganizzazione della funzione specialistica e territoriale.
Tali strumenti devono, allora, essere gestiti oculatamente e devono rispondere a specifici *standard* assistenziali che originino da un "piano di cura" condiviso tra i vari attori e monitorabile attraverso indicatori di processo e di esito. Tutto ciò implica l'attivazione di un collegamento stabile tra l'inviante (MMG, PLS, Specialisti, Ospedale) ed il *team* specialistico del *Day Service*. Risulta fondamentale lo sviluppo di un idoneo sistema informativo in grado di rispondere al fabbisogno aziendale e regionale di dati.
Nella Figura in alto viene delineato il disegno della sperimentazione del primo anno, che vedrà lo sviluppo di un lavoro congiunto tra ASP ed Assessorato, finalizzato ad identificare i requisiti strutturali, organizzativi ed operativi ed a valutare gli effettivi risultati di questa nuova formula d'offerta, evitando in tal modo il rischio che il DSA possa erroneamente tradursi nella semplice ridenominazione delle attività specialistiche poliambulatoriali..

Per realizzare un *Day Service Territoriale* sarà necessario rifunzionalizzare strutture ambulatoriali che siano in grado di garantire: accesso facilitato, costituzione di *team* di operatori esperti e dedicati a tali attività, con alto livello di integrazione organizzativa ed operativa che permetta l'erogazione di "pacchetti di prestazioni assistenziali complesse" (PAC) in luoghi e tempi concentrati.

Considerata la complessità del tema e la valenza strategica di un tale investimento, si rende necessaria una prima fase di avvio del *Day Service Territoriale* che veda una sperimentazione di un anno, alla quale ogni azienda territoriale sarà chiamata dall'Assessorato regionale a partecipare attraverso l'implementazione di un *DSAT* nella propria realtà.

Si rende necessario, in questa fase, concentrarsi prioritariamente su due target di pazienti affetti da patologia cronica:

- DIABETE MELLITO DI TIPO 2,
- SCOMPENSO CARDIACO.

Successivamente alla fase sperimentale e con il contributo delle aziende sanitarie e dei professionisti saranno presi in considerazione altre patologie ed ulteriori target (BPCO-Insufficienza respiratoria; Insufficienza renale; Ipertensione, …).

Su questi temi si attiveranno audit specifici con i professionisti e verranno messe a punto Linee attuative mirate sull'organizzazione del *Day Service* Territoriale nelle patologie citate.

BOZZA

# SEZIONE 3 –GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA-MEDIA COMPLESSITA'

BOZZA

## § 5 - GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA-MEDIA COMPLESSITA'

Il problema dell'autoreferenzialità nel mondo sanitario costituisce un elemento di minore qualità dell'offerta ed incide gravemente sull'efficacia quanto sull'efficienza.. In tal senso la Gestione Integrata non è una scelta ideologica ma una necessità del sistema.

### § 5.1 - IL POTENZIAMENTO DELLA "GESTIONE INTEGRATA"

Secondo le indicazioni del Progetto IGEA[12], che costituisce l'ossatura tecnico-metodologica del Programma di Prevenzione Nazionale e Regionale (di cui al Decreto Assessoriale 6065 del 29/07/05) e la cui struttura progettuale centrata sul Diabete Mellito è senza dubbio mutuabile per altre patologie croniche, per Gestione Integrata (G.I.) deve intendersi un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG o PLS, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione di assistenza al paziente.

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un Percorso di cura articolato e proattivo, di un "piano di *follow-up attivo*" che deve emergere da un programma mirato sui bisogni specifici del paziente ed attivamente concordato tra MMG/PLS e Specialista e tra questi e tutte le altre figure professionali chiamate a contribuire al percorso di cura.

NOTA 1:
I PASSAGGI-CHIAVE PER RENDERE OPERATIVA LA GESTIONE INTEGRATA NELLE AZIENDE SANITARIE:

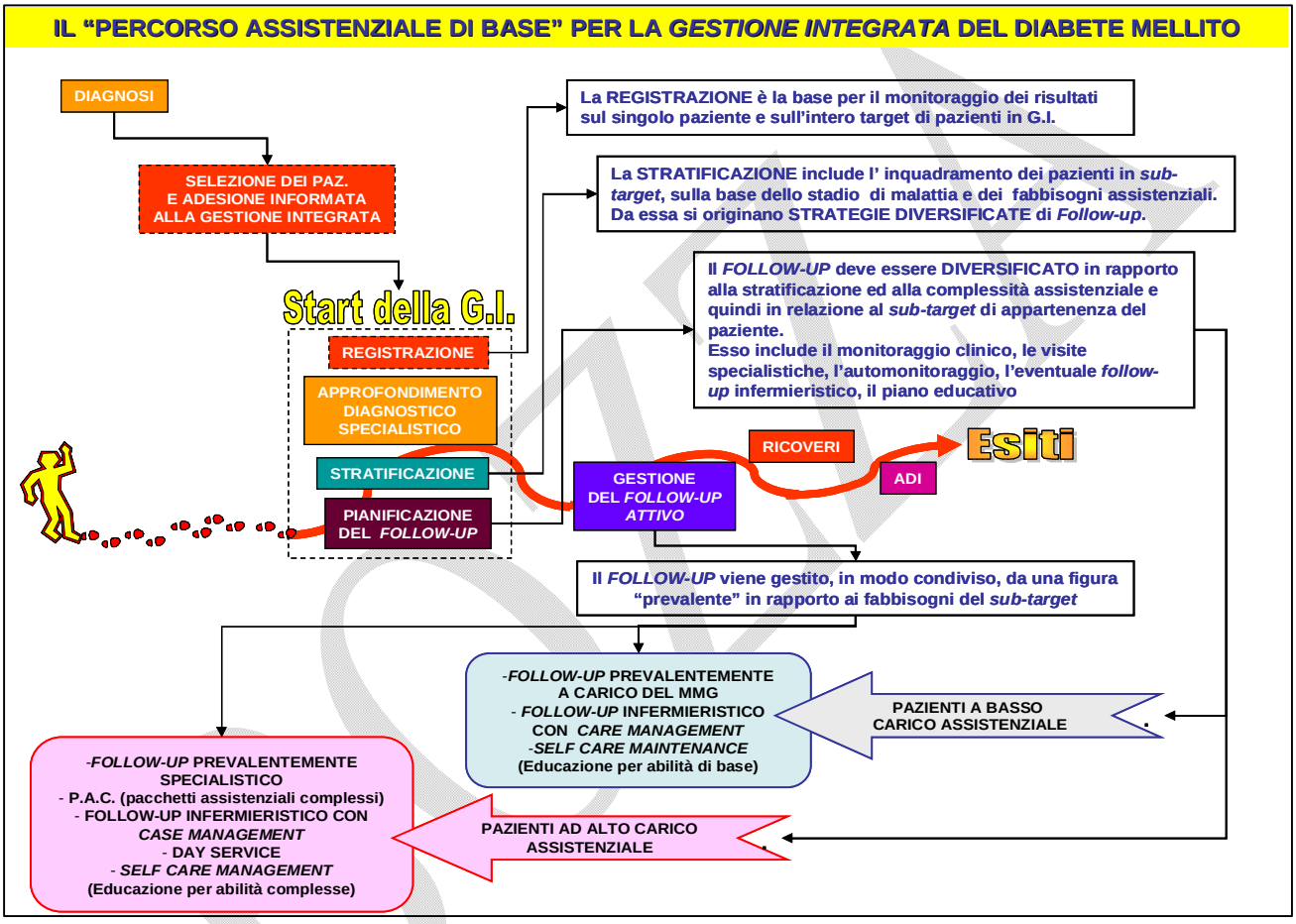
1. Individuazione del *target* di pazienti da porre in gestione integrata secondo la logica del *Follow-up* "non-esclusivo" ma "prevalente" esplicitata nel testo,
2. Adesione del paziente al programma di gestione integrata e registrazione in apposita scheda al fine di poter effettuare il monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito sul gruppo di pazienti o sul singolo paziente,
3. Stratificazione dei rischi (funzione specialistica) del singolo paziente preso in carico nella gestione integrata e conseguente pianificazione di un "piano di *follow-up* annuale personalizzato" condiviso tra i professionisti e con il paziente, che definisca le scadenze delle visite specialistiche e non, i controlli diagnostici, le eventuali scadenze del *follow-up* infermieristico, le modalità del programma di automonitoraggio, gli *step* di educazione del paziente e degli eventuali familiari coinvolti nella cura (*caregiver*),
4. Attuazione e monitoraggio del "piano di *follow-up*", di cui al punto precedente, da parte dei vari attori assistenziali coinvolti, con scambio periodico di informazioni e di decisioni. Il *follow-up*, indipendentemente dal *setting* nel quale può essere svolto (studio del MMG/PLS, Ambulatorio Specialistico), deve avere le caratteristiche del *follow-up attivo* (vedi Nota 2) e deve essere monitorato e periodicamente rivalutato.

La G.I. è uno strumento molto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, in grado di migliorare gli *outcome* e la qualità di vita dei pazienti, di ridurre i ricoveri impropri, di evitare il *follow-up* specialistico immotivato, di promuovere l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare più efficace del ben più diffuso approccio monoprofessionale, di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità di autogestione della patologia (*self care*). Il consolidarsi della prassi della gestione Integrata può divenire, inoltre, il presupposto fondamentale per riqualificare la funzione territoriale dell'assistenza

[12] Il Progetto IGEA (*Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete)*, nato a seguito alla Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 quale strumento di supporto tecnico-metodologico al Programma di Prevenzione nazionale con particolare riferimento all'area della "Prevenzione delle complicanze del Diabete Mellito (*Disease Management* del Diabete) si basa su un lavoro sistematico e sistemico sul Diabete Mellito, di respiro nazionale e di ampia partecipazione (Enti istituzionali, quali l'ISS –Istituto Superiore di Sanità-, il CCM -Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-, Associazioni di pazienti, Società scientifiche di professionisti, OO.SS. dei MMG e di varie categorie specialistiche). Il tema della Gestione Integrata è oggetto del Programma di Prevenzione della regione Sicilia (Decreto Assessoriale 6065 del 29/07/05) ed è in atto finalizzato a sviluppare la prima esperienza nel campo del Diabete Mellito, in armonia con il citato Progetto IGEA. E' a questo programma che si rimanda ed agli atti già prodotti e che saranno prodotti da questo Assessorato per definirne gli aspetti applicativi.

restituendo a quest'ultima, nelle sue articolazioni di primo e secondo livello, il ruolo centrale nella gestione dei pazienti non-acuti.

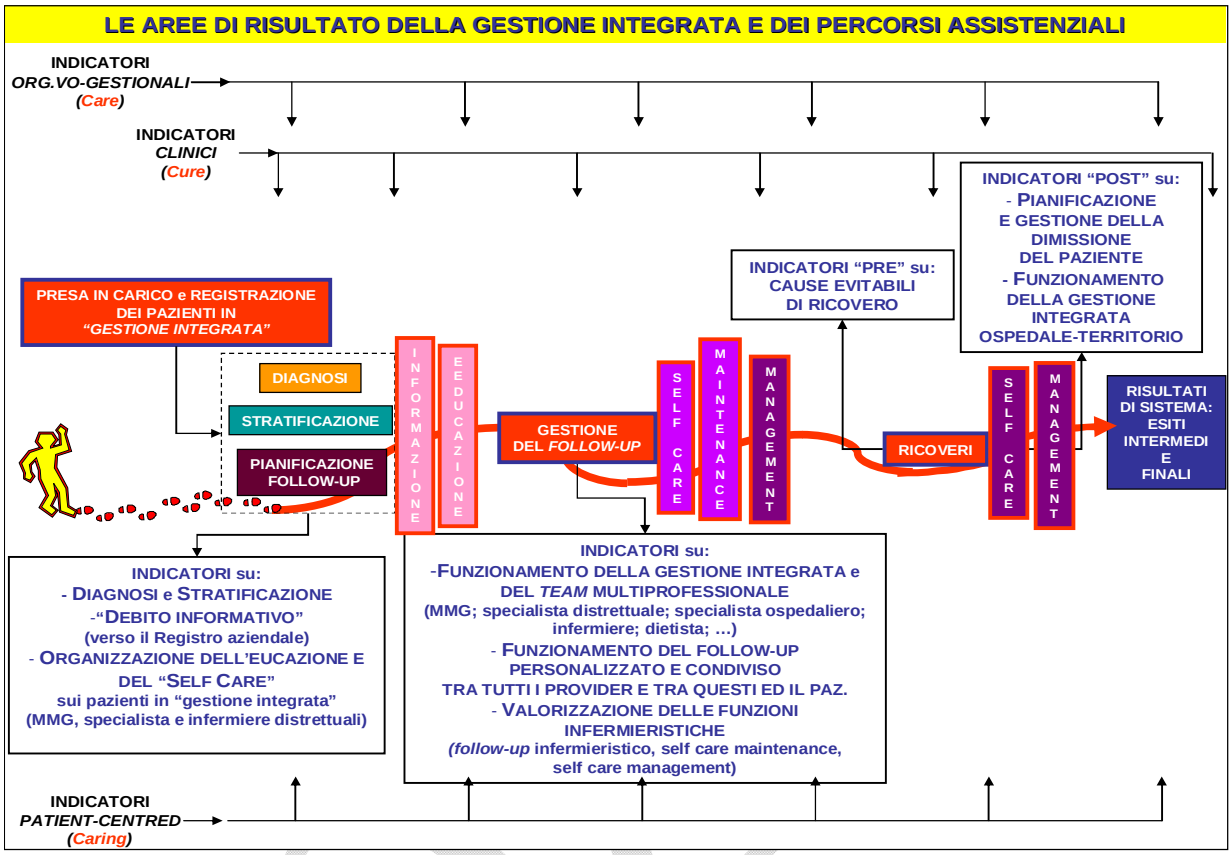
La figura in basso mostra uno schema di massima dell'iter ipotetico di G.I., al cui inizio (fase *start*) vi è la selezione dei pazienti[13] e la loro adesione al programma di G.I..
L'invio del paziente da parte del MMG/PLS allo Specialista è legato all'approfondimento diagnostico ove necessario, alla stratificazione del rischio ed alla classificazione dei pazienti in *sub-target* a seconda del grado di evoluzione della patologia e della complessità assistenziale.




All'invio segue la definizione di un "Piano di cura" (piano annuale di *follow-up attivo*: vedi Nota 2 nella pagina successiva), che, sulla base dei fabbisogni del paziente, prevedrà una maggiore o minore prevalenza della funzione specialistica.
In qualunque fase della Gestione Integrata risulta molto importante l'approccio multidimensionale ai bisogni del paziente e la costituzione di *team* multiprofessionali con operatori qualificati che operino attraverso protocolli *evidence-based* condivisi. Nelle fasi più avanzate di malattia è utile ricorrere ad un'offerta più complessa che includa anche *Day Service*, Pacchetti di Prestazioni Assistenziali Complesse (PAC), *Case management*, cui si è già fatto cenno.

[13] Tutti i pazienti cronici dovrebbero essere assistiti in G.I., ma vi sono nelle varie regioni situazioni diverse rispetto alla scelta dei *target* prioritari (ad es., pazienti con diagnosi recente o pazienti a medio-bassa complessità), sui quali concentrare i programmi regionali di G.I..

La figura seguente mostra, in modo sintetico, le aree di risultato della Gestione Integrata, nelle quali è possibile utilizzare specifici indicatori di processo e di esito intermedio.




**NOTA 2- IL *FOLLOW UP ATTIVO*:**

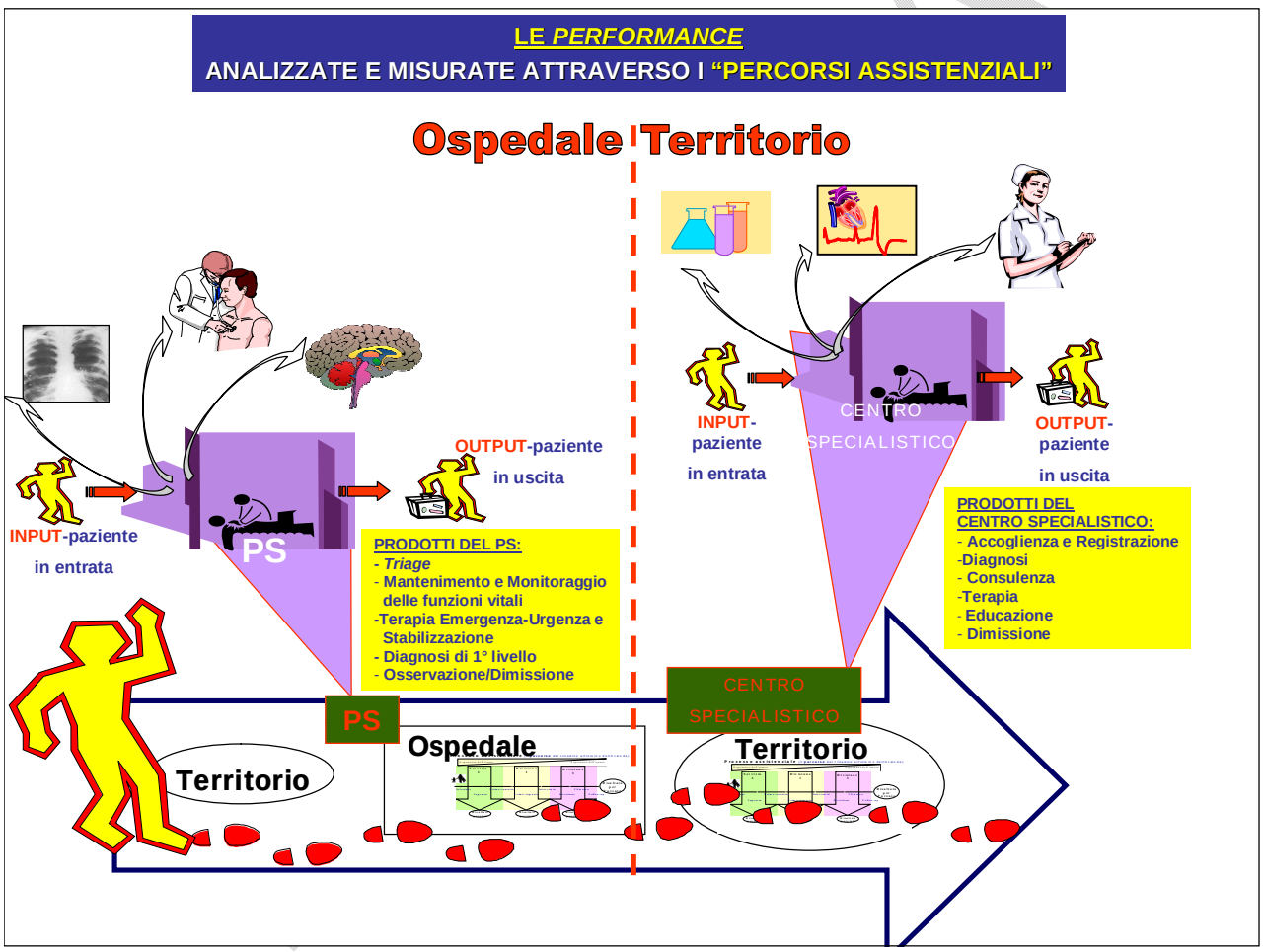
Per "*active follow-up*" si intende una gestione proattiva del paziente cronico da parte dei servizi assistenziali, mirata a non "far perdere" (*drop out*) il paziente ed a fare in modo che egli sia motivato ad aderire efficacemente al proprio piano di cura attraverso un vero e proprio "patto terapeutico".
Il "*follow-up attivo*" si basa su:

- la pianificazione annuale del *piano di cura*, condivisa in primis tra Specialista e MMG/PdF, ma anche con gli altri professionisti che entrano in gioco, seppur con minore intensità, nel percorso assistenziale;
- la responsabilizzazione del paziente relativamente all'adesione al "piano personalizzato di cura" ed al controllo costante dell'andamento della propria patologia attraverso l'autorilevazione e la registrazione dei parametri fondamentali e dei segnali di allarme;
- il monitoraggio e la "sorveglianza attiva" da parte del MMG/PLS, dello Specialista e dell'Infermiere sul rispetto, da parte del paziente, delle scadenze previste dal *follow-up* (esami e controlli periodici, partecipazione agli incontri educativi, adesione alla terapia, etc.). Utili strumenti possono essere uno sportello telefonico attivo con "richiamo" (*recall*) del paziente oppure il *follow-up* infermieristico telefonico per pazienti in condizioni o in momenti di particolare complessità.

## § 5.2 - I "PERCORSI ASSISTENZIALI" COME STRUMENTO-BASE DI RIQUALIFICAZIONE E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA

La costruzione di un Percorso assistenziale, sia in ospedale, sia nel territorio (vedi Fig. in basso), si basa sull'uso dell'iter del paziente come un "tracciante" che, attraversando i servizi, ne mette in evidenza il funzionamento ed i prodotti, intermedi e finali, erogati durante la filiera del processo assistenziale.

La struttura analitica del processo assistenziale, implicita nel metodo di analisi del "Percorso", permette di individuare gli snodi critici che hanno refluenze sui "prodotti" finali e di identificare le cause e le eventuali *malpractice* che stanno alla base delle criticità rilevate. Questa tecnica analitica permette di intraprendere azioni mirate di miglioramento.




Il Percorso Assistenziale (P.A.) è, pertanto, il metodo migliore :

- per dare evidenza a tutti i prodotti dell'assistenza, sia clinici, come la diagnosi, la terapia, etc., sia non-clinici, come la comunicazione della diagnosi, il patto di cura, l'educazione, etc.;

- per analizzare i processi assistenziali e per rendere misurabili, attraverso specifici indicatori, i risultati generati.

Il metodo dei Percorsi Assistenziali sarà la base fondamentale della realizzazione degli interventi di governo clinico in ambito territoriale, essendo un metodo indispensabile per la

costruzione delle reti, per dare centralità al paziente e per implementare e diffondere “buone pratiche” nel sistema assistenziale dando evidenza al contributo di tutti gli attori.

La definizione dettagliata delle attività e degli attori, tipica del metodo dei Percorsi Assistenziali, permette di monitorare il processo assistenziale, di rilevare il numero e la tipologia degli “scostamenti” e di monitorare il grado di applicazione del Percorso assistenziale..

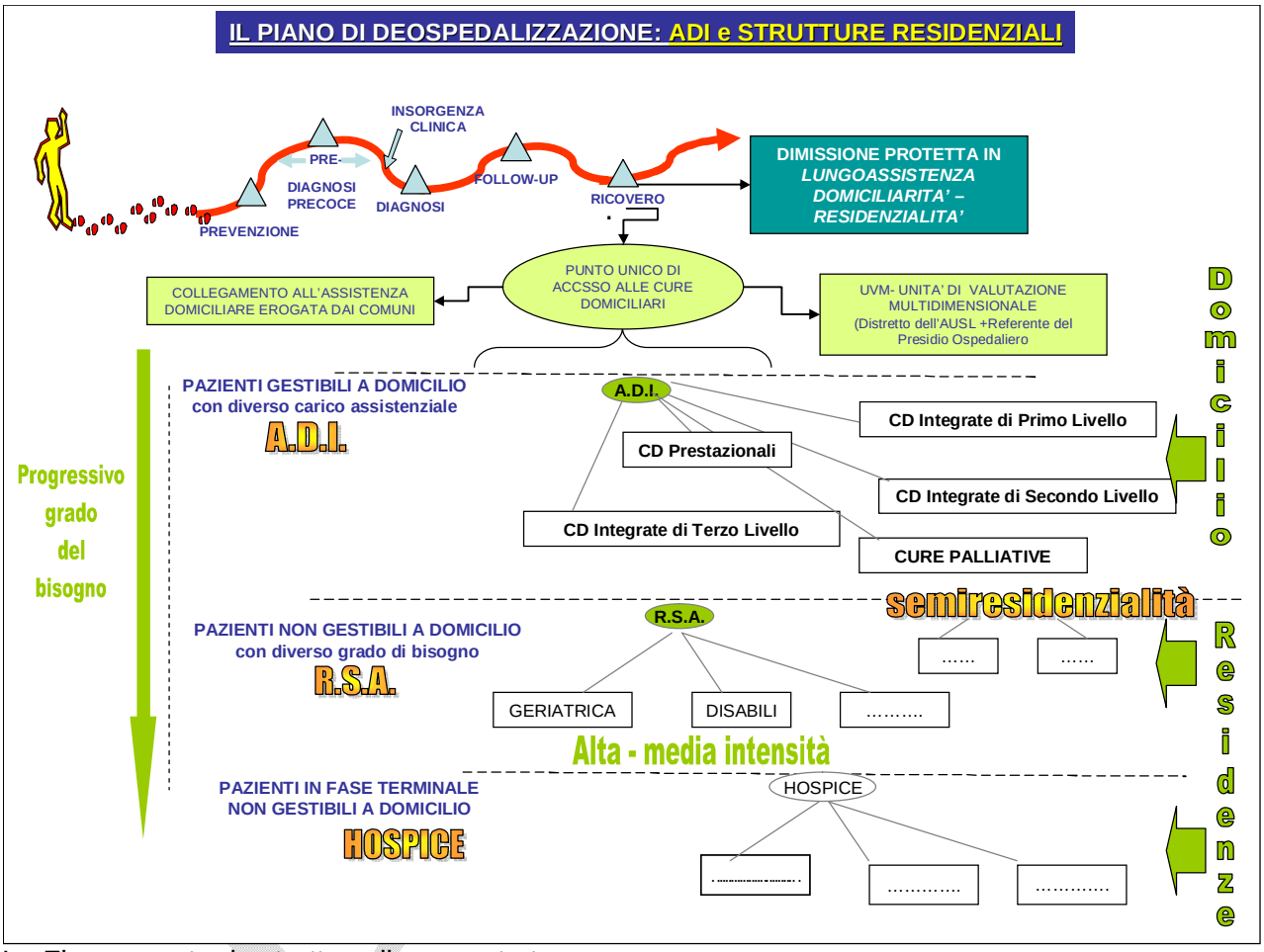
BOZZA

# SEZIONE 4 – CENNI ESSENZIALI SULLA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA' COLLEGATA ALLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

BOZZA

## § 6 - DOMICILIARITA' E RESIDENZIALITA' COME STRUMENTI DI ECONOMICITA' E DI RISPOSTA AI BISOGNI DEI TARGET FRAGILI

Una prima rilevazione di dati regionali in questo settore mostra inequivocabilmente quanto vi sia ancora da fare, considerato che esiste, a fronte dei parametri nazionali, una carenza di strutture e di posti-letto di residenzialità, con una differenza tra le diverse province. E tutto ciò proprio in un settore nel quale i costi di tale carenza si ribaltano non soltanto sul sistema attraverso i ricoveri impropri ma anche e principalmente sulle famiglie, attraverso un "costo sociale" di assistenza sommersa, e sugli stessi pazienti attraverso la sofferenza quotidiana.



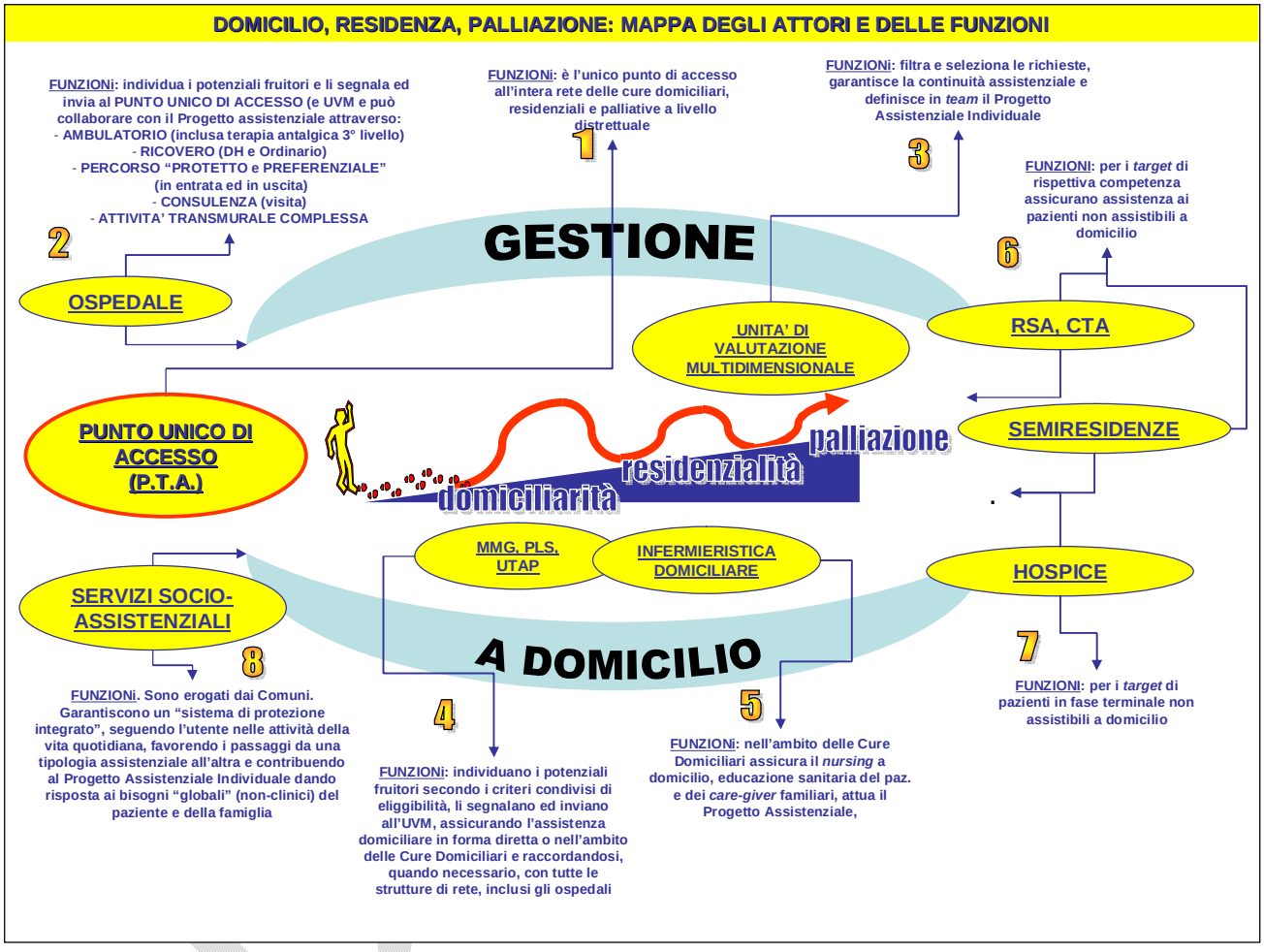

La Figura mostra lo stretto collegamento tra:

- l'ospedale ed il territorio: come già accennato al § 2.4, infatti, dovrà esistere in ogni Presidio ospedaliero, un "Referente per le "dimissioni protette", che rappresenterà lo strumento di collegamento con il territorio per gestire in continuità la dimissione del paziente non autosufficiente dall'ospedale attraverso un percorso assistenziale pianificato prima della sua uscita dal presidio ospedaliero;

- l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale: l'assistenza domiciliare, infatti,, nelle sue diverse forme (vedi D.A. sulle Cure Domiciliari del 2 luglio 2008), deve costituire la prima porta di riferimento per i pazienti e le differenti formule di residenzialità, a diversa intensità, devono rappresentare soltanto la risposta a pazienti con maggiore grado di complessità assistenziale, non più gestibili a domicilio. Un non adeguato funzionamento delle Cure Domiciliari, così come l'uso non appropriato di tale strumento, non solo non riuscirà a ridurre i frequenti ricoveri ma inficerà anche il funzionamento delle strutture residenziali;

- l'assistenza erogata dal sistema sanitario e quella erogata dai Comuni, che rappresentano *partner* in ogni tappa del processo assistenziale dei pazienti non autosufficienti, a partire dal loro contributo all'assistenza domiciliare, che a livello dei distretti dovrà strettamente integrarsi con le Cure Domiciliari erogate dal sistema sanitario. Ciò permetterà di evitare dispendio di risorse, sovrapposizioni e presenza di aree grigie a causa delle quali il paziente potrebbe, malgrado gli sforzi, non ricevere l'assistenza adeguata ai propri bisogni.

La figura in basso mostra la rete degli attori, e le relative funzioni di massima, che entrano in gioco nella gestione dei pazienti in ambito domiciliare, residenziale e in fase di cure palliative.




Il nostro sistema regionale dovrà proiettarsi verso un disegno nel quale anche l'Ospedale rifunzionalizzato potrà fornire un contributo significativo (si veda, ad esempio, il potenziale contributo nel campo della palliazione ed in particolare nella terapia del dolore di 3° livello). Proprio in questo settore il PTA, con il suo punto unico di accesso, potrà rappresentare la chiave di volta dell'intero sistema.
L'assistenza domiciliare in Sicilia si è sviluppata negli ultimi anni grazie alla maggiore cultura ed anche ad investimenti specifici, oltre che all'impegno di tutti gli operatori. Ma vi è necessità di un ulteriore rinforzo sul versante dell'appropriatezza, della completezza e dell'efficacia degli interventi, e sul versante del potenziamento della copertura del bisogno, in particolare nell'ambito delle Cure Palliative, che appare ancora molto deficitario.

Per quanto riguarda l'area della Residenzialità, è in corso una rilevazione di dati sulle strutture e sulla produzione al fine di pianificare in modo ponderato quali e dove dovranno essere attivate le nuove strutture, e quali caratteristiche esse dovranno avere per recuperare la grave distanza che la Regione Sicilia ha in atto rispetto agli *standard* nazionali.

# PARTE TERZA

BOZZA

## La terza parte del documento presenta:

a) le principali implicazioni di natura operativa, gestionale ed istituzione che il processo di accentramento fisico dei servizi e di messa in comune delle risorse inducono;
b) una prima analisi aggregata per livello provinciale sull'organizzazione e sulla produzione erogata nel territorio, allo scopo di descrivere la configurazione attuale dei servizi oggetto della riorganizzazione regionale.
Nei successivi allegati viene presentata una scheda di dettaglio per singola ASP delle informazioni di supporto alle scelte di riorganizzazione dell'attività territoriale e di progettazione del PTA.
Le informazioni elaborate derivano dai flussi informativi regionali routinariamente disponibili e da rilevazioni ad hoc raccolte attraverso la collaborazione delle ASP. Il quadro informativo che ne deriva non ha carattere esaustivo ma è sufficiente per evidenziare alcune aree di intervento prioritario per la regione e per le singole ASP. Per gli interventi di riprogettazione puntuale a livello aziendale sarà opportuno svolgere ulteriori analisi dei fenomeni relativi in particolare ai seguenti ambiti di attività: accessi al Pronto Soccorso e relativa frequenza per triage (codici verdi e codici bianchi), incidenza dei ricoveri provenienti da accesso in Pronto Soccorso, numero pazienti in assistenza domiciliare. Oltre a tali analisi sarà indispensabile procedere ad una valutazione della conformazione del territorio e dei tempi medi di percorrenza tra i punti di erogazione sanitari presenti, al fine di configurare una rete efficiente ed in grado di fornire risposte tempestive ai bisogni di salute della popolazione.

### *Implicazioni gestionali del PTA*

Il PTA potrà assumere significati progressivamente più complessi a seconda degli specifici contesti nei quali troverà concreta applicazione. Nella sua progettazione dovranno essere considerate le seguenti dimensioni:

- **tecnico operativa.** Si intende la concentrazione fisica dei servizi in specifici punti di erogazione al fine di meglio assicurare la qualità dei servizi offerti (il raggiungimento di alcune soglie dimensionali impatta sulla qualità), l'efficienza produttiva attraverso economie di scala i cui guadagni possano essere messi a disposizione del cittadino in termini, ad esempio, di continuità del servizio, il coordinamento dei servizi offerti rispetto alla unitarietà del destinatario (particolarmente importante per popolazioni fragili e pluripatologiche);
- ***di* accesso ai servizi.** In questo caso il PTA corrisponde al portale unico di accesso ai servizi territoriali intendendo con tale dizione il coordinamento dei diversi meccanismi (prenotazioni e altro) attraverso i quali i cittadini possono ottenere l'accesso ai servizi siano essi forniti nell'ambito del PTA fisico o da altri erogatori, tale funzione di coordinamento operativo dei meccanismi di accesso risulta di particolare importanza in una prospettiva di decentramento dei meccanismi di prenotazione (on line da casa, farmacie etc..);
- **organizzativa e gestionale.** In questo caso il PTA si configura come livello di responsabilità organizzativa e gestionale rispetto all'insieme dei servizi territoriali, responsabilità rivolta agli aspetti della produzione che implica una puntuale definizione dei meccanismi operativi.;
- **istituzionale.** In questo caso al PTA compete una parte non irrilevante del dialogo con le comunità di riferimento e i loro sistemi di rappresentanza.

Da un punto di vista operativo per arrivare alla concentrazione logistica dei servizi attraverso la creazione di piattaforme unitarie nei PTA, si dovranno integrare due tipologie di attività:

- amministrative. L'integrazione in questo caso è finalizzata a produrre procedure unitarie e condivise di accesso ai servizi (ad esempio, procedure di richiesta ausilii), di prenotazione delle prestazioni (CUP), di informazioni per l'utenza (sportello unico informativo).
- sanitarie. L'integrazione in questo caso è finalizzata all'accentramento dei punti di erogazione delle prestazioni sanitarie quali, ad esempio, gli ambulatori distrettuali per l'attività specialistica e diagnostica, l'inserimento di forme organizzate della medicina generale all'interno della sede distrettuale (UTAP), la realizzazione di

Ambulatori di Primo Intervento che decongestionino i codici bianchi delle strutture ospedaliere, l'accorpamento dei servizi destinati alla domiciliarità e residenzialità.

Le scelte di concentrazione logistica dei servizi dovranno rispettare condizioni strutturali del territorio quali la configurazione oro geografica, la rete dei trasporti, la distribuzione dei residenti nel bacino di riferimento della ASP. L'obiettivo è quello di bilanciare scelte organizzative di concentrazione e di delocalizzazione: le prime consentono di sviluppare piattaforme di servizi integrate, con la conseguenza di migliorare la qualità delle prestazioni (in alcuni casi direttamente collegate a soglie minime di attività) e l'efficienza tecnica; le seconde permettono di garantire servizi anche in territorio disagiati. Ciò implica, in specifici casi, che:

- il PTA rappresenti la "testa" di una rete di servizi con punti erogativi delocalizzati con i medesimi standard organizzativi e professionali. L'organizzazione "a rete" dei servizi del PTA garantisce la copertura della domanda in territori in particolari condizioni oro geografiche e di viabilità;
- la rete dei servizi del PTA dovrà considerare anche le prestazioni erogate dal privato accreditato. Si segnala che appare prioritario in primo luogo attivare l'efficientamento della rete dei servizi distrettuali delle ASP per poi intervenire su quelli erogati dal privato accreditato. Ciò al fine di definire adeguati strumenti di committenza e standard qualitativi dei servizi.

Il processo di integrazione fisica di servizi differenti per natura (sanitari vs amministrativi) e relativi ad ambiti assistenziali eterogenei (ad esempio, specialistica ambulatoriale, continuità assistenziale, medicina generale, domiciliarità) può richiedere specifiche responsabilità organizzative, propri sistemi operativi e soluzioni di integrazione istituzionale. Quanto più eterogenei sono i servizi da integrare logisticamente ed ampi i bacini territoriali di riferimento, tanto maggiore è la necessità di associare una responsabilità:

- concentrare fisicamente servizi omogenei per livello assistenziale (ad esempio la specialistica ambulatoriale) non implica necessariamente il ridisegno delle attuali responsabilità organizzative. Se invece l'accentramento logistico considera servizi eterogenei per livello assistenziale (ad esempio, specialistica e diagnostica ambulatoriale, prestazioni di primo intervento, posti letto di osservazione breve) può essere necessaria la definizione di nuove responsabilità organizzative relative al nuovo sistema di offerta integrata.
- la concentrazione di servizi di natura diversa, che richiedono quindi, modelli gestionali differenti, dovrà prevedere lo sviluppo di adeguati sistemi operativi (sistemi informativi, obiettivi di budget, ecc). Appare prioritario introdurre la tracciabilità delle prestazioni erogate e lo sviluppo di sistemi di prenotazione unificati (CUP). Ad essi si aggiungono i sistemi operativi che identificano specifici obiettivi di erogazione e di copertura della domanda assistenziale, definiti attraverso i sistemi di budget e monitorati attraverso una reportistica periodica.
- le scelte più "spinte" di integrazione fisica di servizi di ambiti assistenziali eterogenei richiedono organi o attività di integrazione istituzionale (ad esempio, condivisione delle scelte con la conferenza dei sindaci, partecipazione alla conferenza dei servizi, ecc). Ci si riferisce a situazioni in cui al PTA afferisce la gestione di posti letto di RSA, e/o trova la sede nel presidio ospedaliero rifunzionalizzato (dotandosi di tecnologia quale TAC, ecografo, ecc), e/o organizza attività di continuità assistenziale o di primo intervento (API).

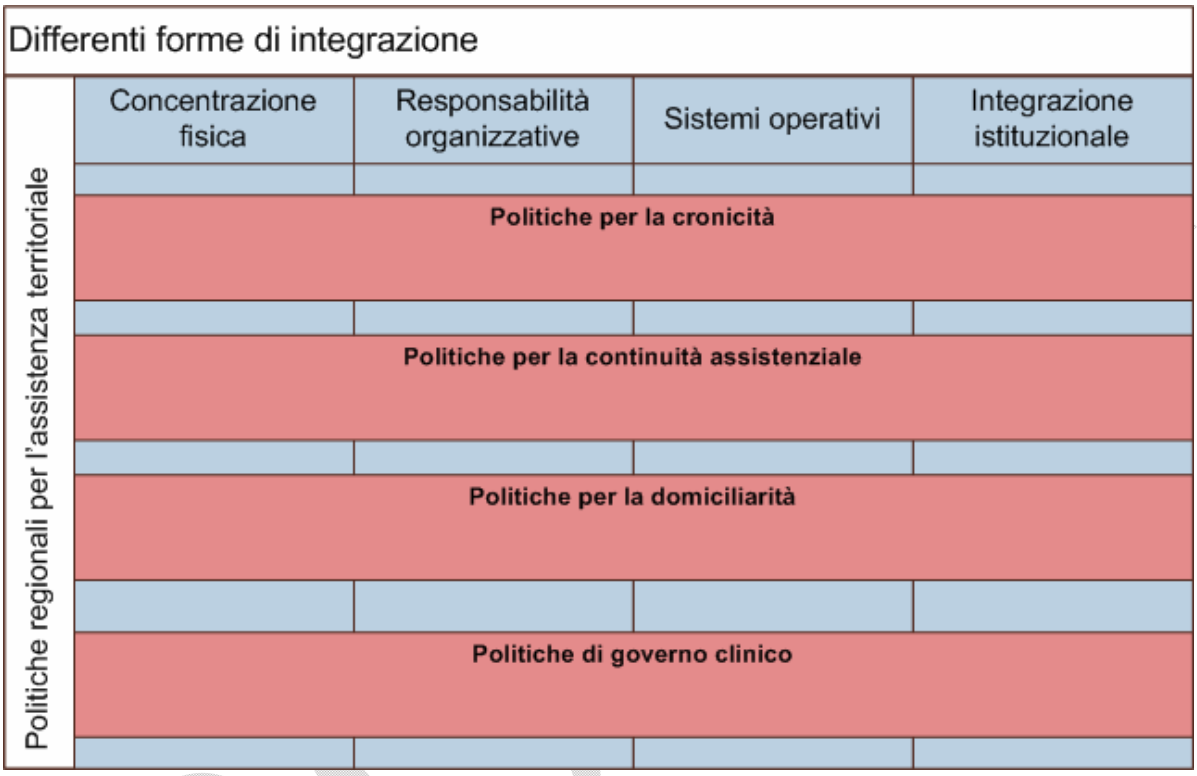
## *PTA e politiche regionali per il territorio*

Il modello di offerta del PTA deve essere funzionale rispetto all'implementazione delle politiche regionali di sviluppo del territorio (figura 1). Ad esempio, per integrare i servizi rivolti ai pazienti cronici in alcune ASP può apparire opportuno far convergere in un'unica sede PTA tutta l'attività specialistica e diagnostica relativa alla gestione delle principali patologie croniche: ciò prevede l'organizzazione di ambulatori per patologia che

BOZZA

condividono i medesimi percorsi assistenziali ed adottano pacchetti di prestazione definiti per bisogno, richiede l'attivazione dello sportello informativo sulla cronicità (informazioni per i servizi dedicati a tali pazienti). Si realizza in tal modo la concentrazione logistica di attività amministrative e sanitarie che richiedono adeguati sistemi operativi (esplicitazione degli obiettivi di attività, della ripartizione delle risorse umane, condivisione di spazi ambulatoriali e di personale dell'assistenza, ecc).

*Figura 1 – Relazione politiche regionali di sviluppo del territorio e PTA*




## *Un quadro di sintesi a livello regionale*

Per collocare la riorganizzazione dei servizi territoriali e la progettazione del PTA all'interno dei diversi contesti in cui andrà a realizzarsi, viene proposta un'analisi dell'attuale configurazione della rete di offerta e dei volumi di attività a livello provinciale. I dati proposti sono relativi all'anno 2008.

Nella tabella 1 e nella figura 2 sono rappresentate le informazioni di sintesi per provincia relative a: a) composizione della popolazione; b) organizzazione della rete ospedaliera e del tasso di ricovero; c) organizzazione dell'assistenza territoriale e del tasso di consumo delle prestazioni specialistiche.

Le informazioni consentono di esplicitare le aree di intervento a maggiore priorità e consentono di valutare scostamenti rispetto alle performance rilevate a livello medio dalle ASP siciliane.

*Tabella 1:sintesi indicatori di offerta e produzione regionale – Anno 2008*

| Province | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TP | Sicilia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Popolazione residente** | **455.083** | **272.289** | **1.084.977** | **173.515** | **654.601** | **1.244.680** | **313.901** | **402.840** | **435.913** | **5.037.799** |
| 0-14 | 70.378 | 44.500 | 175.796 | 26.297 | 88.103 | 198.872 | 48.990 | 59.307 | 65.900 | 778.143 |
| 15-64 | 296.344 | 177.602 | 726.977 | 112.618 | 433.842 | 827.023 | 207.770 | 271.635 | 283.362 | 3.337.173 |
| 65-74 | 44.236 | 25.874 | 93.403 | 17.397 | 64.261 | 111.675 | 29.187 | 38.496 | 44.051 | 468.580 |
| 75+ | 44.125 | 24.313 | 88.801 | 17.203 | 68.395 | 107.110 | 27.954 | 33.402 | 42.600 | 453.903 |
| %65 + | 19,4% | 18,4% | 16,8% | 19,9% | 20,3% | 17,6% | 18,2% | 17,8% | 19,9% | 18,3% |
| **%Popolazione/ Totale regionale** | **9%** | **5%** | **22%** | **3%** | **13%** | **25%** | **6%** | **8%** | **9%** | **100%** |
| | | | | | | | | | | |
| **Posti letto** | **1.122** | **984** | **5.008** | **1.072** | **3.226** | **5.340** | **931** | **1.274** | **1.148** | **20.105** |
| *Pubblici* | *977* | *859* | *3.617* | *720* | *2.448* | *4.015* | *850* | *889* | *973* | *15.348* |
| *Privati* | *145* | *125* | *1.391* | *352* | *778* | *1.325* | *81* | *385* | *175* | *4.757* |
| | | | | | | | | | | |
| **Numero ospedali** | **7** | **8** | **36** | **5** | **20** | **33** | **6** | **11** | **10** | **136** |
| *Pubblici* | *5* | *6* | *15* | *4* | *11* | *17* | *5* | *6* | *7* | *76* |
| *Privati* | *2* | *2* | *21* | *1* | *9* | *16* | *1* | *5* | *3* | *60* |
| | | | | | | | | | | |
| **PL/ 1000 abitanti** | **2,5** | **3,6** | **4,6** | **6,2** | **4,9** | **4,3** | **3,0** | **3,2** | **2,6** | **4,0** |
| | | | | | | | | | | |
| **Tasso spedalizzazione** | **201,0** | **270,0** | **239,0** | **295,0** | **247,0** | **201,0** | **193,0** | **217,0** | **206,0** | **223,0** |
| | | | | | | | | | | |
| **Prestazioni attività specialistica** | **5.047.927** | **2.253.604** | **13.116.073** | **1.697.556** | **7.865.728** | **15.692.426** | **2.459.559** | **3.974.846** | **4.044.442** | **56.152.161** |
| **Indice di consumo prestazioni specialistiche** | **11,2** | **8,7** | **11,7** | **10,1** | **12,0** | **12,5** | **7,8** | **10,3** | **9,4** | **11,1** |
| | | | | | | | | | | |
| **Numero distretti** | **7** | **4** | **9** | **4** | **8** | **10** | **3** | **4** | **6** | **55** |
| Popolazione media per distretto | **64.164** | **68.249** | **119.693** | **44.322** | **81.161** | **124.685** | **103.039** | **99.691** | **72.377** | **91.181** |
| Pop min | 19.909 | 22.816 | 39.289 | 34.855 | 13.287 | 26.613 | 96.399 | 46.706 | 7.598 | 7.598 |
| Pop max | 148.402 | 120.910 | 359.353 | 57.547 | 287.127 | 756.520 | 113.567 | 196.827 | 138.948 | 756.520 |
| | | | | | | | | | | |
| **Assistenza sanitaria di base: numero medici** | 625 | 363 | 1.340 | 265 | 1.106 | 1.638 | 384 | 523 | 518 | 6.759 |
| MMG | 370 | 230 | 890 | 149 | 545 | 1.033 | 250 | 334 | 362 | 4.163 |
| PLS | 61 | 38 | 184 | 26 | 102 | 223 | 48 | 67 | 61 | 810 |
| MC | 194 | 95 | 266 | 90 | 459 | 382 | 86 | 122 | 95 | 1.786 |
| Medici/1000 abitanti | 1,37 | 1,33 | 1,23 | 1,53 | 1,69 | 1,32 | 1,22 | 1,30 | 1,19 | 1,34 |

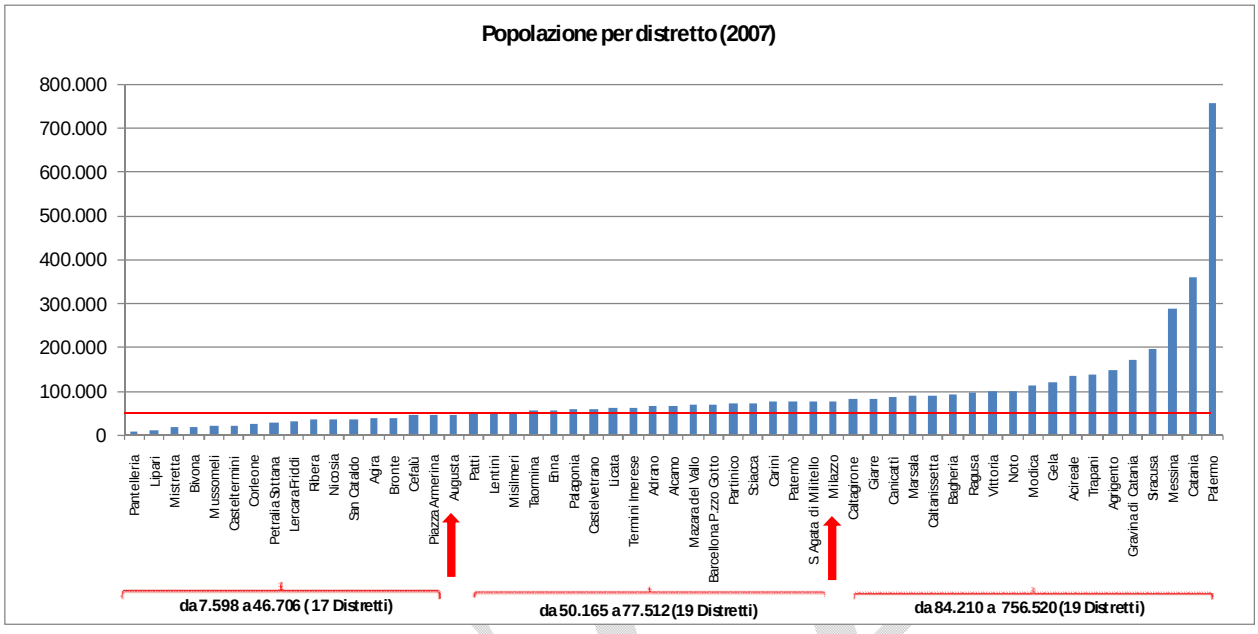
In prima battuta si registra una concentrazione della popolazione pari al 60% nelle province metropolitane di Palermo, Catania e Messina e un peso percentuale della popolazione over 65 in media del 18% circa. Tali dati confermano l'urgenza di politiche attive per la cronicità, la pluripatogia e l'attivazione di formule organizzative per la continuità e l'integrazione tra primo secondo e terzo livello delle cure. Su tali priorità dovrebbero concentrarsi gli sforzi di riorientamento dell'offerta territoriale.

Per quel che riguarda la struttura di offerta si osserva che:

- a fronte di una media regionale di 4 ppll per 1000 abitanti (in regime ordinario e diurno), si registrano province al di sotto di tale valore (ad esempio Trapani ed Agrigento) ed altre largamente al di sopra (Enna);
- il tasso di ospedalizzazione risulta molto superiore agli standard di riferimento nazionale, è questo appare evidente soprattutto per alcune province (Enna e Caltanisetta);
- l'indice di consumo delle prestazioni specialistiche è pari a 11,1 e sebbene vi siano differenze rilevanti fra province (si va dal 7,8 di Ragusa fino al 12,5 di Palermo) tale valore rimane relativamente contenuto rispetto ad altre realtà regionali probabilmente proprio perché molte prestazioni di carattere ambulatoriale sono ancora erogate attraverso forme di ricovero in regime diurno od ordinario (vedi appunto l'elevato livello del tasso di ospedalizzazione);
- i distretti presenti sul territorio regionale hanno una popolazione media per ASP che va da circa 44.000 abitanti ad oltre 100.000 nei contesti metropolitani (la popolazione media a livello regionale è di circa 91.000 abitanti). A fronte di tale variabilità occorre considerare il tasso di concentrazione territoriale della popolazione residente allo scopo di valutare la coerenza di modelli di centralizzazione dei servizi.

La figura 2 rappresenta il numero di distretti per fasce di popolazione residente. Si evince che in 17 distretti ci sono dai 7.000 ai 46.000 abitanti, in 19 dai 50.000 ai 77.000 abitanti ed in ulteriori 19 almeno 84.000 residenti. Ciò prevede a livello aziendale la progettazione di soluzioni "erogative" differenti a fronte dei medesimi bisogni sanitari.

*Figura 2: distretti per fasce di popolazione*




La tabella 2 presenta i valori relativi alla spesa per l'assistenza convenzionata sostenuta dalle ASP nel 2008. I dati sono stati raccolti attraverso un'apposita scheda inviata alle aziende. Sono assenti dalla tabella le informazioni non pervenute. Si osserva che la spesa procapite per cittadino residente oscilla tra i circa 75 euro di TP ai quasi 88 di EN e PA. Sebbene le informazioni non forniscano un quadro completo, esse intercettano la priorità regionale di garantire equità di servizi e di distribuzione di risorse a livello regionale per l'assistenza convenzionata, che condiziona grandemente l'efficacia della risposta territoriale.

*Tabella 2: la spesa convenzionata complessiva e pro-capite per provincia*

| spesa convenzionati 2008 | | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MMG | Totale spesa 2008 | 27.180.286 | 17.283.860 | ND | 11.029.197 | 40.411.612 | 75.553.127 | 17.741.393 | 24.276.636 | 26.605.392 |
| | spesa pro capite | 59 | 61 | ND | 61 | 60 | 62 | 59 | 61 | 62 |
| PLS | Totale spesa 2008 | 5.714.440 | 3.689.527 | ND | 2.231.929 | 8.469.368 | 19.368.194 | 4.413.260 | 5.649.083 | 5.695.560 |
| | spesa pro capite | 12,33 | 13,07 | ND | 12,30 | 12,64 | 15,88 | 14,60 | 14,19 | 13,30 |
| MCA | Totale spesa 2008 | 7.644 | 3.824 | 19.989 | 3.492 | 18.681 | 14.973 | 4.487 | 4.733 | 6.196 |
| | spesa pro capite | 0,016 | 0,014 | 0,018 | 0,019 | 0,028 | 0,012 | 0,015 | 0,012 | 0,014 |
| SUMAI | Totale spesa 2008 | 4.783.248 | 1.164.795 | ND | 2.641.669 | 7.570.382 | 12.021.610 | 3.018.540 | 1.385.343 | ND |
| | spesa pro capite | 10 | 4 | ND | 15 | 11 | 10 | 10 | 3 | ND |

*Tabella 3: forme associative per medicina generale e pediatria di libera scelta*[14]

**DIFFUSIONE PERCENTUALE DI FORME DI ASSOCIAZIONISMO DEI MMG**

| Forma associativa | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRUPPO | 6% | 20% | 9% | 5% | 19% | 11% | 16% | 8% | 14% |
| MISTA | 7% | 6% | 10% | 17% | 12% | 6% | 0% | 7% | 10% |
| IN RETE | 34% | 22% | 45% | 20% | 32% | 30% | 44% | 19% | 28% |
| SEMPLICE | 24% | 25% | 31% | 21% | 8% | 14% | 18% | 37% | 20% |
| **TOTALE** | **71%** | **73%** | **95%** | **64%** | **71%** | **60%** | **78%** | **69%** | **73%** |

**DIFFUSIONE PERCENTUALE DI FORME DI ASSOCIAZIONISMO DEI PLS**

| Forma associativa | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRUPPO | | | | | 2% | | | | |
| MISTA | | | | | | | | | |
| IN RETE | | | | | | | | | |
| SEMPLICE | 41% | 76% | 27% | 8% | 47% | | | | |
| **TOTALE** | **41%** | **76%** | **27%** | **8%** | **49%** | **24%** | **60%** | **46%** | |

La tabella 3 propone una sintesi relativa alle informazioni reperite attraverso le ASP sul fenomeno associativo. Si evidenzia una larga adesione dei MMG alle forme associative previste dall'ACN e dall'AIR (quest'ultimo introduce la forma "mista") con una prevalenza di quelle in rete. Nelle diverse ASP le forme associative riguardano almeno il 60% dei MMG (risultano inattendibili le informazioni dell'ASP di Catania). Non irrilevante è la diffusione delle forme associative di gruppo che rappresentano la forma di organizzazione del lavoro a maggiore condivisione e comunizzazione delle risorse (a partire dallo spazio fisico). Il processo di riqualificazione dell'offerta territoriale non può, quindi, prescindere da una valorizzazione del portafoglio competenze di professionisti che hanno fatto propria la cultura del lavoro in associazione. Importante risulta il lavoro di analisi e verifica, in tal senso, dei reali contenuti assistenziali della forma organizzata in associazione. La pediatria di libera scelta appare meno interessata ai fenomeni associativi che solo in via eccezionale riguardano anche le forme più complesse come la medicina di gruppo.

La tabella 4 propone un'analisi dell'Indice di consumo (IC) di prestazioni specialistiche erogate nel 2008 in base alla sua composizione per erogatori ed alla sua composizione per tipologia di prestazioni. Si osserva quanto segue:

- la parte più rilevante dell'indice di consumo, pari a 7,22 a livello regionale, è costituita da prestazioni erogate da soggetti privati. Il secondo polo di erogazione è costituito da punti afferenti alle ASP, con un valore pari a 2,63, mentre i punti afferenti alle AO/AOU/ARNAS rappresentano un valore pari a 1,22. Tali valori si differenziano notevolmente a livello provinciale, con un IC in strutture private pari a 3,36 ad Enna e 4,28 a Ragusa fino ad arrivare a 9,20 ad Agrigento;
- la composizione per tipologia di prestazioni rivela che una quota consistente, pari ad un IC regionale di 7,89 corrisponde a prestazioni di laboratorio, seguite da un IC di 2,03 per prestazioni relative alle diverse discipline aggregate, 0,74 per la riabilitazione e 0,45 per la radiologia. Anche in questo caso si registra una variabilità a livello provinciale importante: ad esempio, per le prestazioni di laboratorio si va da un minimo dell'IC di Ragusa pari a 5,88 ad un massimo di Messina di 9,05. Una notevole variabilità si registra inoltre anche per le prestazioni riabilitative, che vanno da un minimo dell'IC di 0,12 di Caltanisetta ad un massimo di 0,95 di Palermo.

[14] La forma identificata come "semplice" è quella relativa alla medicina in associazione.

*Tabella 4: indice di consumo di prestazioni specialistiche per ASP*

**Indice di consumo per tipologia di struttura erogante**

| | Sicilia | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IC in strutture ASP | 2,63 | 1,85 | 3,73 | 2,51 | 6,12 | 2,36 | 2,28 | 3,41 | 3,11 | 2,02 |
| IC in strutture AO/AOU/ALTRO | 1,22 | 0,16 | 0,19 | 1,93 | 0,64 | 1,70 | 2,06 | 0,07 | 0,21 | 0,13 |
| IC in strutture private | 7,22 | 9,20 | 4,73 | 7,21 | 3,36 | 7,93 | 8,07 | 4,28 | 6,93 | 7,21 |
| *IC in strutture non identificate* | *0,03* | *0,04* | *0,01* | *0,01* | *0,01* | *0,01* | *0,07* | *0,01* | *0,01* | *0,03* |
| IC complessivo | **11,1** | **11,2** | **8,7** | **11,7** | **10,1** | **12,0** | **12,5** | **7,8** | **10,3** | **9,4** |

**Prestazioni non identificate 159.430*

**Indice di consumo per tipologia di prestazioni**

| | Sicilia | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IC per branche specialistiche aggregate | 2,03 | 2,32 | 1,65 | 2,12 | 1,92 | 1,92 | 2,51 | 1,29 | 1,86 | 1,32 |
| IC per servizi di laboratorio | 7,89 | 7,62 | 6,53 | 8,36 | 7,34 | 9,05 | 8,55 | 5,88 | 7,08 | 6,60 |
| IC per servizi diagnostici di radiologia | 0,45 | 0,44 | 0,38 | 0,54 | 0,49 | 0,45 | 0,46 | 0,27 | 0,44 | 0,33 |
| IC per riabilitazione | 0,74 | 0,87 | 0,12 | 0,64 | 0,37 | 0,59 | 0,95 | 0,32 | 0,87 | 1,15 |
| IC complessivo | **11,1** | **11,2** | **8,7** | **11,7** | **10,1** | **12,0** | **12,5** | **7,8** | **10,3** | **9,4** |

**Prestazioni non identificate 159.430*

La tabella 5 presenta i valori complessivi della produzione specialistica aggregati per sede provinciale di erogazione e di residenza della popolazione. L'incrocio dei dati consente di calcolare gli indici di dipendenza: essi permettono di valutare quanto i cittadini residenti in determinate province si rivolgono alle strutture di offerta del territorio provinciale (indice di dipendenza della popolazione dalle strutture) e come si distribuisce la produzione degli erogatori per provincia rispetto all'intera popolazione regionale (indice di dipendenza delle strutture dalla popolazione). Tali indici sono riportati nella tabella 6 e consentono di rilevare che:

- la popolazione residente concentra la propria domanda di prestazioni specialistiche verso i punti erogativi provinciali almeno nel 91% delle prestazioni richieste;
- almeno nel 93% dei casi le prestazioni specialistiche vengono erogate per il residenti della provincia di riferimento e solo nel caso di erogatori "metropolitani" si osserva una produzione per residenti extra provinciali più significative.

I fabbisogni di assistenza specialistica sono quasi completamente circoscrivibili a livello provinciale ed è su scala provinciale che l'intervento di riorganizzazione può produrre un miglioramento dell'accessibilità alle strutture, della fruizione di pacchetti di prestazione per bisogni, di appropriatezza professionale e di economie di scala.

*Tabella 5: produzione in valori assoluti per sede provinciale di erogazione e residenza popolazione*

**Prestazioni specialistiche per ASP e residenza popolazione**

| | | Residenza popolazione | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Province | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR | Altro | Totale |
| Sede strutture eroganti | AG | 4.873.465 | 56.271 | 931 | 1.640 | 326 | 30.631 | 392 | 294 | 14.566 | 69.411 | 5.047.927 |
| | CL | 45.244 | 2.152.775 | 3.433 | 34.372 | 506 | 4.569 | 1.564 | 561 | 280 | 10.300 | 2.253.604 |
| | CT | 12.123 | 71.295 | 12.408.798 | 119.454 | 82.340 | 8.055 | 25.179 | 138.840 | 1.904 | 248.085 | 13.116.073 |
| | EN | 1.272 | 14.611 | 39.791 | 1.587.034 | 31.473 | 14.143 | 622 | 839 | 259 | 7.512 | 1.697.556 |
| | ME | 2.524 | 3.186 | 87.489 | 4.992 | 7.689.154 | 9.177 | 3.048 | 7.154 | 1.132 | 57.872 | 7.865.728 |
| | PA | 136.283 | 47.529 | 9.823 | 7.595 | 34.088 | 15.319.615 | 4.135 | 5.027 | 101.546 | 26.785 | 15.692.426 |
| | RG | 653 | 9.912 | 27.382 | 754 | 530 | 825 | 2.365.558 | 49.752 | 42 | 4.151 | 2.459.559 |
| | SR | 566 | 1.139 | 28.011 | 1.122 | 2.217 | 1.301 | 18.902 | 3.902.609 | 537 | 18.442 | 3.974.846 |
| | TR | 34.700 | 2.645 | 393 | 96 | 430 | 35.291 | 46 | 294 | 3.961.544 | 9.003 | 4.044.442 |
| | Totale | 5.106.830 | 2.359.363 | 12.606.051 | 1.757.059 | 7.841.064 | 15.423.607 | 2.419.446 | 4.105.370 | 4.081.810 | 451.561 | 56.152.161 |

*Tabella 6: indice di dipendenza*

**Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture per prestazioni specialistiche - IDPS**

| | | Residenza popolazione | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Province | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR |
| Sede strutture eroganti | AG | 95,4% | 2,4% | 0,0% | 0,1% | 0,0% | 0,2% | 0,0% | 0,0% | 0,4% |
| | CL | 0,9% | 91,2% | 0,0% | 2,0% | 0,0% | 0,0% | 0,1% | 0,0% | 0,0% |
| | CT | 0,2% | **3,0%** | 98,4% | **6,8%** | **1,1%** | 0,1% | 1,0% | **3,4%** | 0,0% |
| | EN | 0,0% | 0,6% | 0,3% | 90,3% | 0,4% | 0,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | ME | 0,0% | 0,1% | **0,7%** | 0,3% | 98,1% | 0,1% | 0,1% | 0,2% | 0,0% |
| | PA | **2,7%** | 2,0% | 0,1% | 0,4% | 0,4% | 99,3% | **0,2%** | 0,1% | **2,5%** |
| | RG | 0,0% | 0,4% | 0,2% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 97,8% | 1,2% | 0,0% |
| | SR | 0,0% | 0,0% | 0,2% | 0,1% | 0,0% | 0,0% | 0,8% | 95,1% | 0,0% |
| | TR | 0,7% | 0,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,2% | 0,0% | 0,0% | 97,1% |
| | Totale | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Indice di dipendenza delle strutture dalla popolazione per prestazioni specialistiche - IDSP**

| | | Residenza popolazione | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Province | AG | CL | CT | EN | ME | PA | RG | SR | TR | Extra regione | |
| Sede strutture eroganti | AG | 96,5% | 1,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,6% | 0,0% | 0,0% | 0,3% | 1,4% | 100,0% |
| | CL | 2,0% | 95,5% | 0,2% | 1,5% | 0,0% | 0,2% | 0,1% | 0,0% | 0,0% | 0,5% | 100,0% |
| | CT | 0,1% | 0,5% | 94,6% | 0,9% | 0,6% | 0,1% | 0,2% | 1,1% | 0,0% | 1,9% | 100,0% |
| | EN | 0,1% | 0,9% | 2,3% | 93,5% | 1,9% | 0,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,4% | 100,0% |
| | ME | 0,0% | 0,0% | 1,1% | 0,1% | 97,8% | 0,1% | 0,0% | 0,1% | 0,0% | 0,7% | 100,0% |
| | PA | 0,9% | 0,3% | 0,1% | 0,0% | 0,2% | 97,6% | 0,0% | 0,0% | 0,6% | 0,2% | 100,0% |
| | RG | 0,0% | 0,4% | 1,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 96,2% | 2,0% | 0,0% | 0,2% | 100,0% |
| | SR | 0,0% | 0,0% | 0,7% | 0,0% | 0,1% | 0,0% | 0,5% | 98,2% | 0,0% | 0,5% | 100,0% |
| | TR | 0,9% | 0,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,9% | 0,0% | 0,0% | 98,0% | 0,2% | 100,0% |
| | Totale | 9,1% | 4,2% | 22,4% | 3,1% | 14,0% | 27,5% | 4,3% | 7,3% | 7,3% | 0,8% | 100,0% |

Ulteriori analisi di approfondimento per ciascuna ASP sono proposte negli Allegati. Le schede per ASP rilevano informazioni analitiche per alcune aree di particolare interesse (ad esempio, l'organizzazione dell'attività specialistica convenzionata a livello distrettuale e le prestazioni per punto di erogazione e tipologia di attività). Si raccomanda la lettura della prima pagina dell'Allegato 1 che descrive il contenuto e la natura delle informazioni proposte per ASP.

BOZZA

# CONCLUSIONI: GLI STEP OPERATIVI

BOZZA

### *Gli step operativi*

La strutturazione dei PTA nei diversi territori delle ASP rende necessaria una profonda analisi dei diversi contesti (mappa delle strutture e delle relative distanze, distribuzione della popolazione, analisi della domanda e dei dati di produzione, analisi delle risorse, etc.). Per questi aspetti la Regione garantirà un supporto operativo alle ASP che si baserà sui seguenti elementi:

- presentazione delle Linee Guida alle direzioni aziendali e predisposizione di un disegno di analisi-intervento che delinei attori, responsabilità, tempi e risultati attesi;
- individuazione, per ogni ASP, di "referenti" scelti dalle Direzioni aziendali, che, in raccordo con il Servizio 8 del Dip.to Pianificazione Strategica dell'Assessorato, effettueranno l'analisi dei dati propedeutica all'articolazione di un "Piano programmatico di realizzazione dei PTA" nelle singole ASP (la realizzazione di tale Piano rappresenta uno degli obiettivi di valutazione delle Direzioni Generali delle ASP);
- il Piano dovrà essere articolato entro il 31 dicembre 2009 e dovrà prevedere anche un'adeguata analisi di fattibilità (inclusi costi cessanti ed emergenti in ottica triennale);
- secondo tappe concordate, le singole ASP garantiranno all'Assessorato Reg.le Sanità una reportistica periodica sullo stato di avanzamento del Piano, assicurando inoltre la partecipazione a tutti i momenti di confronto che l'Assessorato organizzerà al fine di promuovere lo sviluppo degli interventi e di monitorarli;
- nel corso del 2010 le ASP saranno coinvolte anche nello sviluppo di alcuni "programmi sperimentali" connessi al PTA, come la sperimentazione dei *Day Service Ambulatoriali Territoriali* per la gestione di target di pazienti cronici complessi.

BOZZA

# ALLEGATI

BOZZA

**Allegato 1 – Schede tecniche per ASP**

L'Allegato 1 presenta un'analisi per ASP delle principali informazioni raccolte ed elaborate riguardanti i seguenti dati e relative all'anno 2008 :

- dimensione dei distretti in termini di popolazione;
- diffusione dell'Associazionismo per i MMG ed i PLS in base alle diverse forme associative previste con calcolo, sia per i MMG che per i PLS, dell'indice di saturazione come rapporto fra popolazione assistita e popolazione assistibile[15];
- punti di Guardia Medica per distretto in rapporto alla popolazione residente;
- organizzazione dell'attività specialistica convenzionata (erogata da sumaisti) rispetto a:
    - sedi e numero di ambulatori per distretto;
    - numero di branche per ambulatorio;
    - numero di ambulatori per branca;
    - ore di apertura e giorni di servizio settimanali degli ambulatori per branca;
    - ore lavorative settimanali degli specialisti convenzionati per branca e per distretto;
    - numero di specialisti convenzionati per branca;
- analisi della produzione specialistica per punti di erogazione a livello provinciale[16], con un grafico di dettaglio per i punti afferenti alle ASP..

Di seguito sono inserite le singole schede per ASP, di cui appare opportuno sottolineare alcune considerazioni essenziali:

- in 8 ASP su 9 vi sono distretti di dimensioni inferiori a 50.000 abitanti (in tre di queste - CT, SR e TR - esiste un distretto con un popolazione inferiore a 50.000 abitanti, mentre in altre tre - AG, EN e PA - vi sono da 3 a 4 distretti con una popolazione inferiore al limite di 50.000);
- sull'associazionismo è possibile evidenziare: a) un alto tasso di diffusione del fenomeno soprattutto per i MMG (si registra a RG un tasso di saturazione dell'89%); b) una scarsa diffusione dell'organizzazione associata per i PLS; c) informazioni parziali sulle forme associative in alcune ASP;

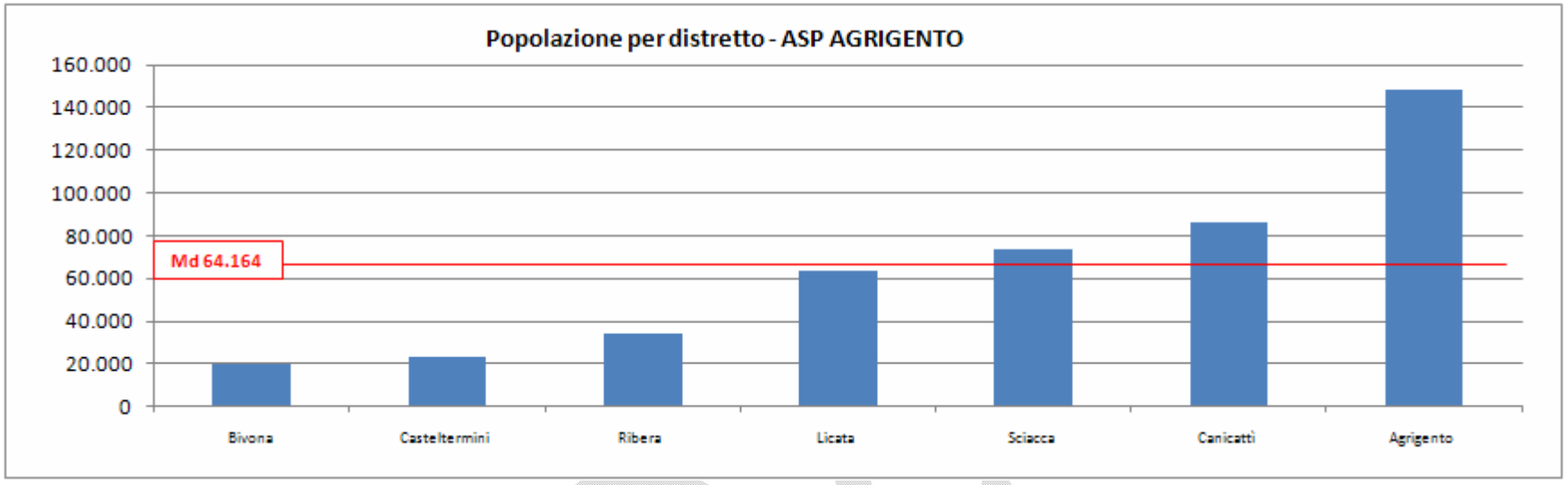
[15] Per i PLS la popolazione assistibile è quella compresa fra 0 e 14 anni; per i MMG quella da 15 anni in poi.
[16] Legenda schede: T = strutture territoriali dell'ASP; TH = strutture ospedaliere dell'ASP; H = AO/AOU/ARNAS/IRCCS; SPr = strutture private.

BOZZA

- il monte ore settimanale dei sumaisti va dalle 23 ore circa in media di AG alle 30 di ME. Tale informazione deve essere comparata con l'attività ambulatoriale erogata da specialisti dipendenti
- la produzione per punti di erogazione, classificati in base al flusso STS11, evidenziano una forte dispersione dell'attività sia per il settore pubblico che, ancora di più, per quello privato. In particolare per i punti afferenti alle nuove ASP in 6 realtà (TR, ME, AG, CL, CT e RG) almeno il 35% dei punti di erogazione registra un'attività specialistica complessiva inferiore a 5.000 prestazioni annue. Nel complesso questo dato si traduce in 146 punti su un totale di 315 (pari al 46%) con un livello di attività di circa 20 prestazioni in media al giorno.

BOZZA

**Scheda tecnica ASP Agrigento**




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Bivona | 19.909 | 4% |
| Casteltermini | 23.071 | 5% |
| Ribera | 34.358 | 8% |
| Licata | 63.227 | 14% |
| Sciacca | 73.903 | 16% |
| Canicattì | 86.279 | 19% |
| Agrigento | 148.402 | 33% |
| TOTALE | 449.149 | 100% |
| MEDIA | 64.164 | |

BOZZA

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma associativa** | **N. Associazioni** | **N. Medici** | **N.assistiti** | **Totale medici** | **%MEDICI ASSOCIATI** |
| GRUPPO | 6 | 22 | 25.619 | | **5,9%** |
| MISTA | 4 | 26 | 31.746 | | **7,0%** |
| IN RETE | 28 | 126 | 142.853 | | **34,1%** |
| SEMPLICE | 26 | 87 | 87.693 | | **23,5%** |
| **TOTALE** | **64** | **261** | **287.911** | **370** | **70,5%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 287.911 |
| Pop assistibile | 384.705 |
| Indice di saturazione % | 75 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma associativa** | **N. Associazioni** | **N. Medici** | **N.assistiti** | **Totale medici** | **%MEDICI ASSOCIATI** |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 7 | 25 | 20.136 | | |
| **TOTALE** | **7** | **25** | **20.136** | **61** | **41,0%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 20.136 |
| Pop assistibile | 70.378 |
| Indice di saturazione % | 29 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | **Sciacca** | **Ribera** | **Bivona** | **Casteltermini** | **Agrigento** | **Canicattì** | **Licata** |
| N° punti di Guardia Medica | 7 | 6 | 5 | 2 | 13 | 8 | 2 |
| Pop distretto | 73.903 | 34.358 | 19.909 | 23.071 | 148.402 | 86.279 | 63.227 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 9,5 | 17,5 | 25,1 | 8,7 | 8,8 | 9,3 | 3,2 |

**ANALISI AMBULATORI**

| Distretto | Agrigento | | | Sciacca | | | | | | Bivona | | | Canicattì | | | | Licata | | Ribera | | | Casteltermini | | TOTALE AMBULATORI PER BRANCA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sede Ambulatorio** | Agrigento | Favara | Porto Empedocle | Caltabellotta | Menfi | Montevago | S. Margherita Belice | Sambuca di Sicilia | Sciacca | Bivona | Cianciana | S. Biagio Platani | Canicattì | Naro | Racalmuto | Ravanusa | Licata | Palma di Montechiaro | Cattolica Eraclia | Burgio | Ribera | Casteltermini | Cammarata | |
| N Ambulatori | 15 | 9 | 7 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 7 | 12 | 1 | 1 | 12 | 1 | 2 | 3 | 9 | 5 | 2 | 1 | 6 | 5 | 5 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 62 | 62 | 55 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 41 | 10 | 10 | 42 | 19 | 18 | 36 | 45 | 50 | 50 | 30 | 50 | 50 | 39 | |
| N giorni apertura settimanali | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 5 | 6 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Audiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **19** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diagn. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Fisiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **10** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e micr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **10** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **17** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **15** |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **13** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **25** | **13** | **16** | **4** | **5** | **2** | **4** | **4** | **13** | **14** | **2** | **2** | **17** | **3** | **4** | **4** | **16** | **9** | **3** | **2** | **15** | **13** | **10** | |

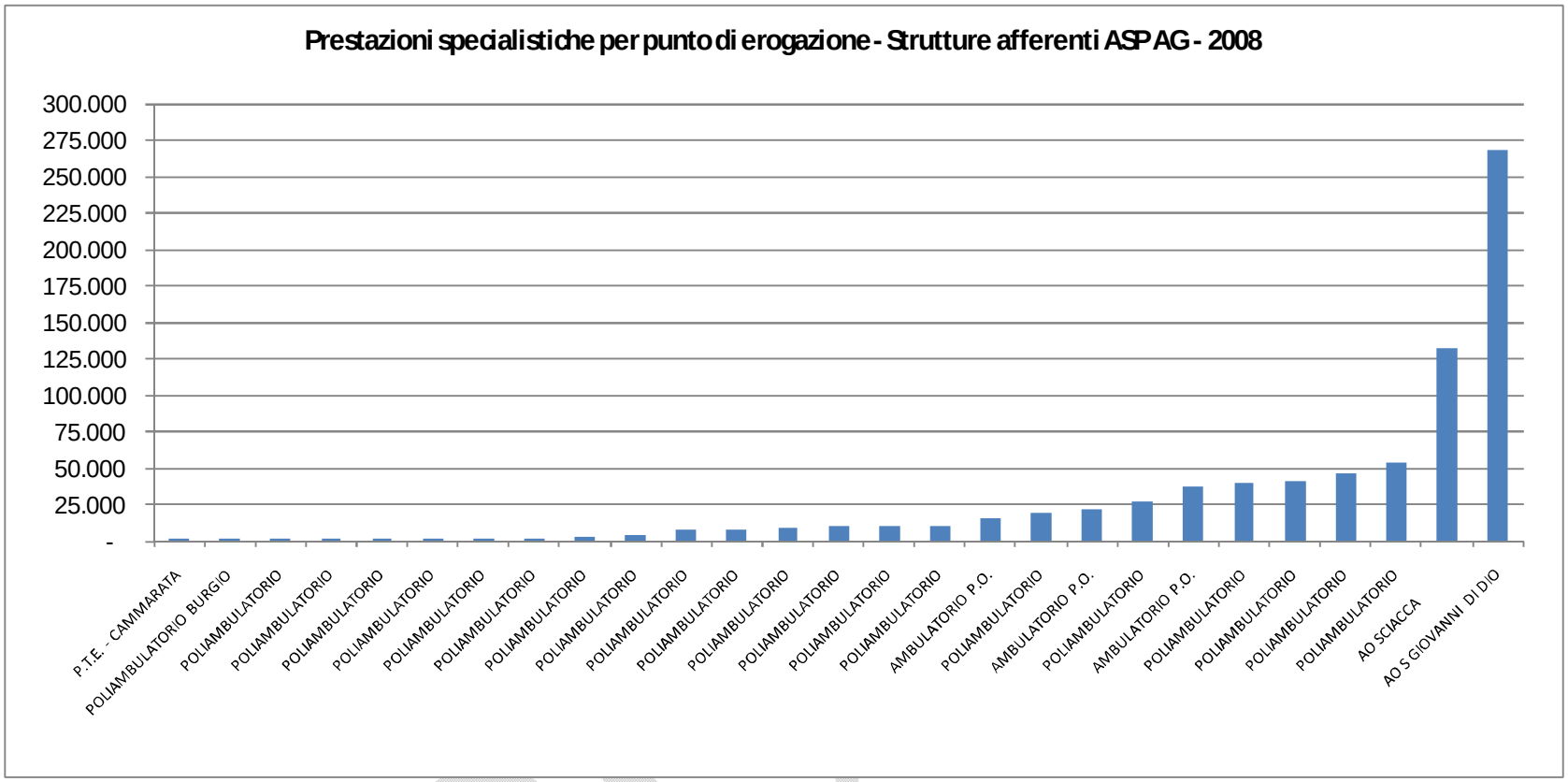
BOZZA

| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **Agrigento** | **Bivona** | **Canicatti** | **Casteltermini** | **Licata** | **Ribera** | **Sciacca** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| anestesiologia | 21 | | | | | | | **21** |
| angiologia | 19 | 2 | 9 | | 6 | 10 | | **46** |
| cardiologia | 60 | 5 | 18 | 16 | | 8 | 30 | **137** |
| chimico ambul | 56 | | | | | | | **56** |
| chirurgia | | 8 | 8 | 5 | | | 9 | **30** |
| dermatologia | 33 | 10 | 10 | | 14 | 2 | 20 | **89** |
| diabetologia | 42 | | | 9 | 15 | | | **66** |
| endocrinologia | 30 | | 9 | 6 | 11 | 12 | 9 | **77** |
| fisiatria | 10 | | | | | | | **10** |
| geriatria | 38 | | | 3 | 5 | 15 | 6 | **67** |
| ginecologia | 30 | | | | | 8 | | **38** |
| med.generale | 6 | | | | | | | **6** |
| med.legale | 8 | | | | | | | **8** |
| medic.int. | 37 | | | | | | | **37** |
| nefrologia | 4 | | | | | | | **4** |
| neurologia | 15 | 4 | 14 | 3 | 12 | 6 | 6 | **60** |
| oculistica | 53 | 10 | 33 | 11 | 19 | 18 | 18 | **162** |
| odontoiatria | 51 | 18 | | 22 | 5 | | 18 | **114** |
| oncologia | | 4 | 8 | | 5 | 10 | | **27** |
| ortopedia | 44 | 13 | 38 | 6 | 24 | 18 | 9 | **152** |
| otorino | 44 | 12 | 37 | 6 | 14 | 15 | 30 | **158** |
| patol.clin. | 62 | 32 | | 6 | | | | **100** |
| pediatria | 4 | | | | 3 | | | **7** |
| pneumologia | 32 | 6 | | 6 | | | | **44** |
| psicologia | 15 | | | | | | 3 | **18** |
| radiologia | 101 | 20 | 28 | 7 | 6 | | 12 | **174** |
| reumatologia | 35 | | 3 | 2 | 11 | 12 | | **63** |
| urologia | 14 | | 25 | 3 | 10 | 3 | 9 | **64** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **864** | **144** | **240** | **111** | **160** | **137** | **179** | **1835** |

| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| anestesiologia | 1 |
| angiologia | 3 |
| cardiologia | 6 |
| chimico ambul | 2 |
| chirurgia | 1 |
| dermatologia | 4 |
| diabetologia | 3 |
| endocrinologia | 3 |
| fisiatria | 1 |
| geriatria | 2 |
| ginecologia | 1 |
| med.generale | 1 |
| med.legale | 1 |
| medic.int. | 1 |
| nefrologia | 1 |
| neurologia | 3 |
| oculistica | 6 |
| odontoiatria | 5 |
| oncologia | 1 |
| ortopedia | 6 |
| otorino | 5 |
| patol.clin. | 3 |
| pediatria | 2 |
| pneumologia | 2 |
| psicologia | 1 |
| radiologia | 9 |
| reumatologia | 3 |
| urologia | 3 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **80** |

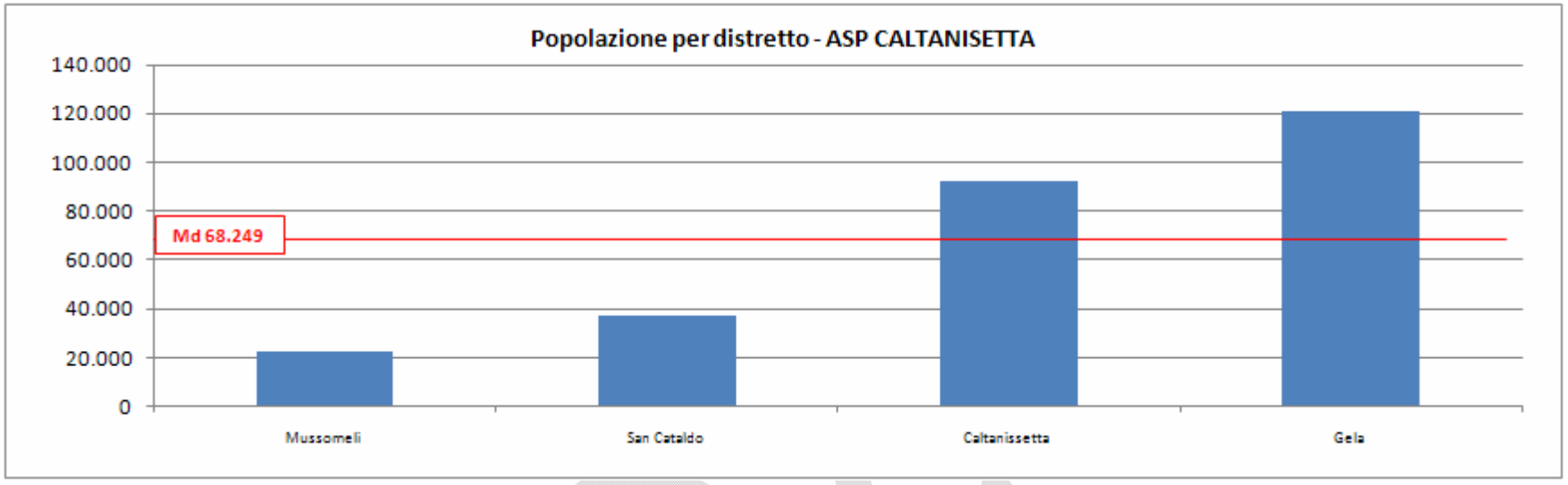
**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Agrigento**

| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGRIGENTO | ASP AG | AGRIGENTO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 39.363 | | | 559 | 39.922 |
| | ASP AG | BIVONA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 11.620 | 39.719 | 2.005 | 700 | 54.044 |
| | ASP AG | BURGIO | T | POLIAMBULATORIO BURGIO | 1 | 447 | | | | 447 |
| | ASP AG | CALTABELLOTTA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 927 | | | | 927 |
| | ASP AG | CAMMARATA | T | P.T.E. - CAMMARATA | 1 | 10 | 311 | 115 | | 436 |
| | ASP AG | CAMMARATA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 3.298 | 41.919 | 1.594 | | 46.811 |
| | ASP AG | CANICATTI' | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 25.532 | | 2.065 | | 27.597 |
| | ASP AG | CASTELTERMINI | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 8.518 | | | | 8.518 |
| | ASP AG | CATTOLICA ERACLEA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 940 | | | | 940 |
| | ASP AG | FAVARA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 10.155 | | | | 10.155 |
| | ASP AG | LICATA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 20.088 | | 25 | | 20.113 |
| | ASP AG | MENFI | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 2.738 | 37.327 | 1.362 | | 41.427 |
| | ASP AG | MONTEVAGO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 1.474 | | | | 1.474 |
| | ASP AG | NARO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 1.818 | | | | 1.818 |
| | ASP AG | PALMA DI MONTECHIARO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 4.249 | | 233 | | 4.482 |
| | ASP AG | PORTO EMPEDOCLE | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 10.302 | | | | 10.302 |
| | ASP AG | RACALMUTO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 1.939 | | | | 1.939 |
| | ASP AG | RAVANUSA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 3.235 | | | | 3.235 |
| | ASP AG | RIBERA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 10.786 | | | 13 | 10.799 |
| | ASP AG | SAMBUCA DI SICILIA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 5.803 | 2.612 | 386 | 12 | 8.813 |
| | ASP AG | SANTA MARGHERITA DI BELICE | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 1.397 | | | | 1.397 |
| | ASP AG | SCIACCA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 10.428 | | | | 10.428 |
| | *ASP AG* | *AGRIGENTO* | *TH* | *AO S GIOVANNI DI DIO* | *1* | *160.453* | *77.936* | *19.922* | *9.915* | *268.226* |
| | *ASP AG* | *CANICATTI'* | *TH* | *AMBULATORIO P.O.* | *1* | *12.789* | *23.092* | *1.412* | *604* | *37.897* |
| | *ASP AG* | *LICATA* | *TH* | *AMBULATORIO P.O.* | *1* | *7.984* | | *4.078* | *10.719* | *22.781* |
| | *ASP AG* | *RIBERA* | *TH* | *AMBULATORIO P.O.* | *1* | *11.534* | | *3.365* | *746* | *15.645* |
| | *ASP AG* | *SCIACCA* | *TH* | *AO SCIACCA* | *1* | *31.396* | *91.375* | *9.389* | *117* | *132.277* |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **27** | **399.223** | **314.291** | **45.951** | **23.385** | **782.850** |
| | ASP AG | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **224** | **587.311** | **3.114.386** | **148.376** | **369.102** | **4.219.175** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **251** | **986.534** | **3.428.677** | **194.327** | **392.487** | **5.002.025** |


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASP AG - 2008
300.000
275.000
250.000
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
P.T.E. - CAMMARATA
POLIAMBULATORIO BURGIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
AMBULATORIO P.O.
POLIAMBULATORIO
AMBULATORIO P.O.
POLIAMBULATORIO
AMBULATORIO P.O.
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
AO SCIACCA
AO S GIOVANNI DI DIO

BOZZA

## 2. Scheda tecnica ASP Caltanissetta




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Mussomeli | 22.816 | 8% |
| San Cataldo | 37.276 | 14% |
| Caltanissetta | 91.992 | 34% |
| Gela | 120.910 | 44% |
| TOTALE | 272.994 | 100% |
| MEDIA | 68.249 | |

BOZ

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 12 | 47 | | | **20,4%** |
| MISTA | 3 | 14 | | | **6,1%** |
| IN RETE | 11 | 50 | | | **21,7%** |
| SEMPLICE | 14 | 58 | | | **25,2%** |
| **TOTALE** | **40** | **169** | | **230** | **73,5%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | |
| Pop assistibile | 227.789 |
| Indice di saturazione % | |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 6 | 29 | 23.760 | | |
| **TOTALE** | **6** | **29** | **23.760** | **38** | **76,3%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 23.760 |
| Pop assistibile | 44.500 |
| Indice di saturazione % | 53 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Caltanissetta | Gela | Mussomeli | San Cataldo |
| N° punti di Guardia Medica | 6 | 5 | 5 | 5 |
| Pop distretto | 91.992 | 120.910 | 22.816 | 37.276 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 6,5 | 4,1 | 21,9 | 13,4 |

**ANALISI AMBULATORI**

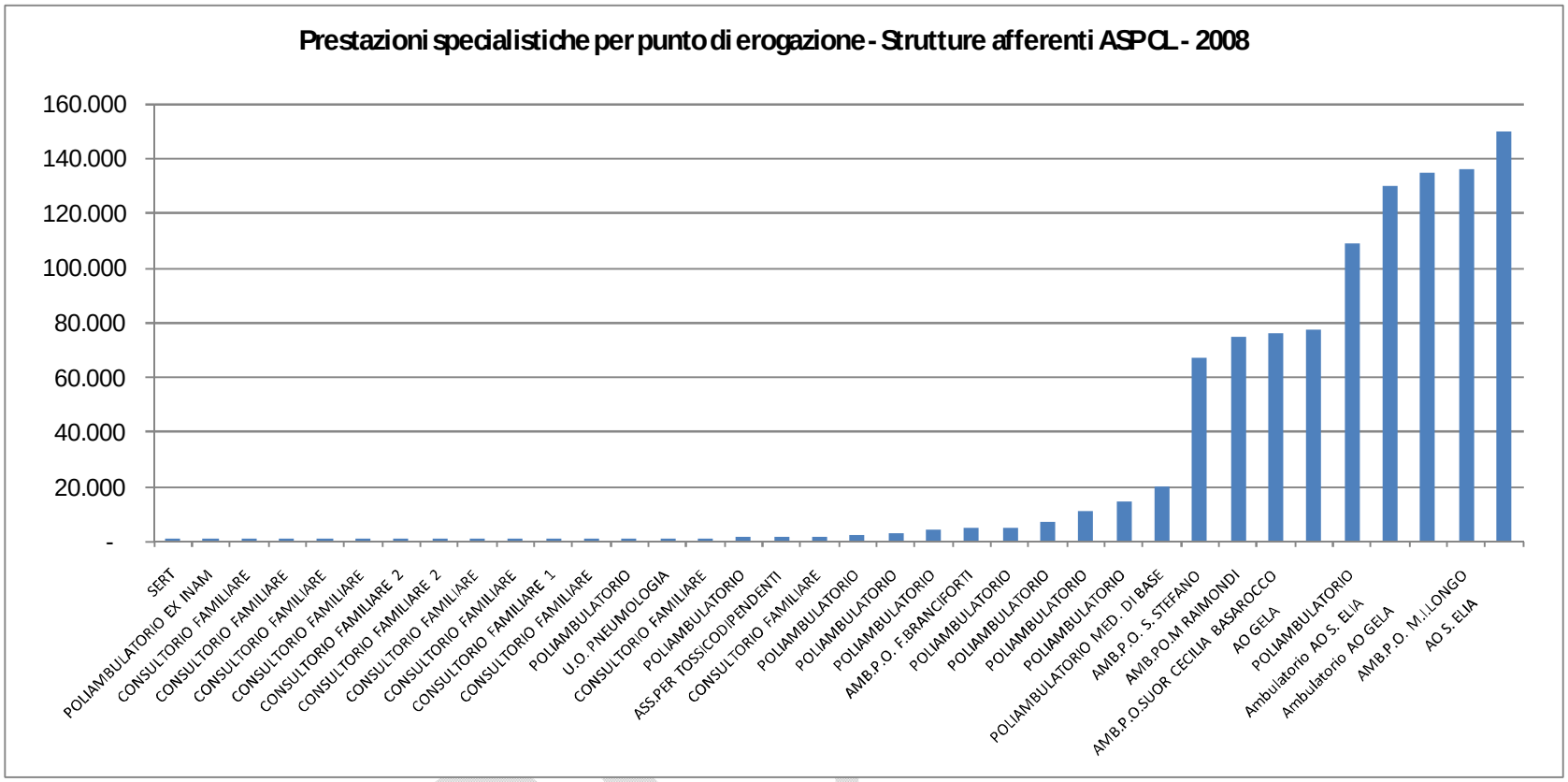
| Distretto | Caltanissetta | | | | | San Cataldo | | | | | Mussomeli | Gela | | | | TOTALE AMBULATORI PER BRANCA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sede Ambulatorio** | Sommatino | Riesi | Santa Caterina Villarmosa | Caltanissetta via Malta | Delia | Milena | Serradifalco | San Cataldo | Campofranco | Vallelunga | Mussomeli | Butera | Mazzarino | Niscemi | Gela | |
| N Ambulatori | 7 | 7 | 7 | 14 | 4 | 3 | 2 | 6 | 1 | 1 | 6 | 7 | 7 | 2 | 10 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 38 | 32 | 36 | 57 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 42 | 50 | 50 | 30 | 45 | 55 | |
| N giorni apertura settimanali | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 3 | 5 | 6 | 2 | 2 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Audiologia | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diag. | | | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | | | | **10** |
| Fisiatria | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Genetica | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e micr. | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| NPI | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | | | | **10** |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Psichiatria | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Psicologia | | | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **12** | **8** | **10** | **16** | **4** | **3** | **6** | **11** | **2** | **2** | **13** | **9** | **12** | **9** | **17** | |

| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **Caltanissetta** | **San Cataldo** | **Mussomeli** | **Gela** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| Angiologia | 25 | 3 | - | 14 | **42** |
| Cardiologia | 74 | 26 | 12 | 26 | **138** |
| Chirurgia | - | - | - | 25 | **25** |
| Dermatologia | 28 | 10 | 6 | 32 | **76** |
| Diabetologia | 5 | 8 | 3 | 10 | **26** |
| Endocrinologia | 42 | 6 | 18 | 53 | **119** |
| Fisiatria | 36 | 6 | 31 | - | **73** |
| Geriatria | 29 | 14 | 12 | 16 | **71** |
| Ginecologia | 20 | - | - | - | **20** |
| Med. Genetica | - | - | - | 6 | **6** |
| Med. Lavoro | 15 | - | - | - | **15** |
| Med. Legale | 20 | - | - | 5 | **25** |
| Med. Sport | - | - | - | 24 | **24** |
| N.P.I. | - | - | - | 36 | **36** |
| Nefrologia | - | - | 3 | - | **3** |
| Neurologia | 32 | 5 | 9 | 37 | **83** |
| O.R.L. | 32 | 9 | 10 | 49 | **100** |
| Oculistica | 59 | 4 | 12 | 59 | **134** |
| Odontoiatria | 124 | 26 | 6 | 54 | **210** |
| Ortopedia | 53 | - | 16 | - | **69** |
| Pat. Clinica | 76 | - | - | - | **76** |
| Pneumologia | - | - | - | 40 | **40** |
| Psichiatria | - | - | - | 6 | **6** |
| Radiologia | 32 | - | 20 | 64 | **116** |
| Reumatologia | 6 | - | 4 | 22 | **32** |
| Urologia | 4 | - | - | 18 | **22** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **712** | **117** | **162** | **596** | **1.587** |

| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| Angiologia | 2 |
| Cardiologia | 4 |
| Chirurgia | 1 |
| Dermatologia | 2 |
| Diabetologia | 2 |
| Endocrinologia | 5 |
| Fisiatria | 2 |
| Geriatria | 3 |
| Ginecologia | 1 |
| Med. Genetica | 1 |
| Med. Lavoro | 1 |
| Med. Legale | 2 |
| Med. Sport | 1 |
| N.P.I. | 1 |
| Nefrologia | 1 |
| Neurologia | 3 |
| O.R.L. | 3 |
| Oculistica | 6 |
| Odontoiatria | 7 |
| Ortopedia | 4 |
| Pat. Clinica | 2 |
| Pneumologia | 2 |
| Psichiatria | 1 |
| Radiologia | 4 |
| Reumatologia | 3 |
| Urologia | 1 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **65** |

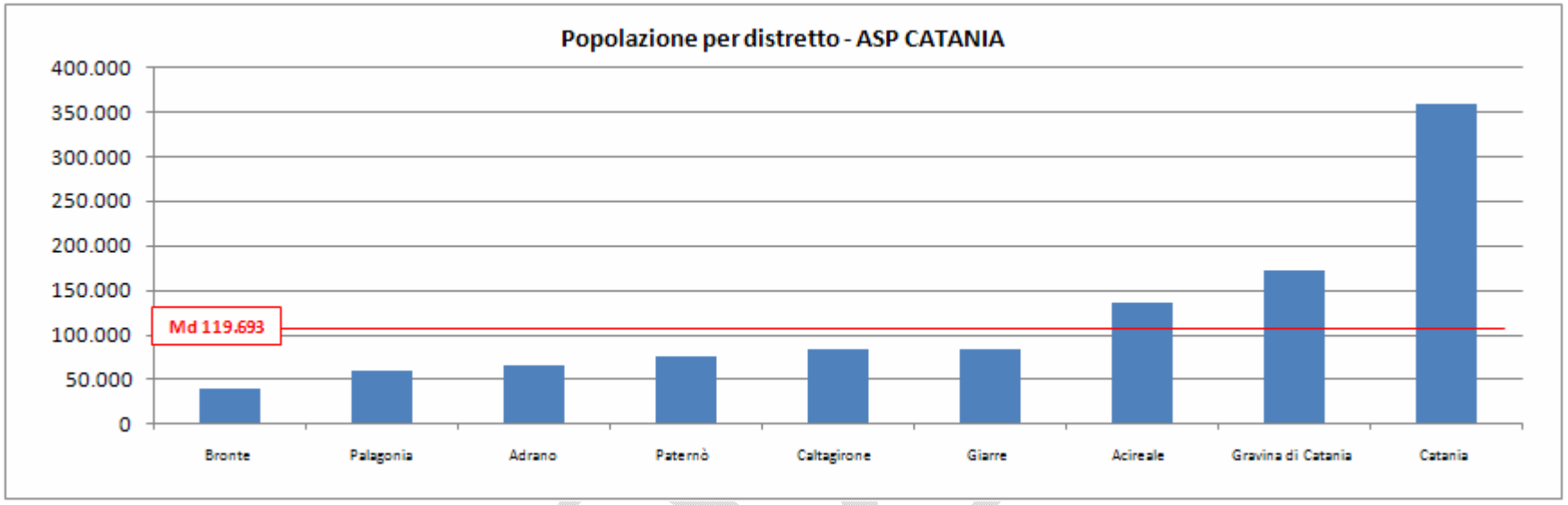
**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Caltanisetta**

| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALTANISETTA | *ASP CL* | BUTERA | T | AMB.P.O. F.BRANCIFORTI | *1* | *5.045* | | *228* | | *5.273* |
| | ASP CL | CALTANISSETTA | T | CONSULTORIO FAMILIARE 1 | 1 | 557 | 13 | 1 | 2 | 573 |
| | ASP CL | CALTANISSETTA | T | CONSULTORIO FAMILIARE 2 | 1 | 300 | | | 2 | 302 |
| | ASP CL | CALTANISSETTA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 31.271 | 73.178 | 3.014 | 1.740 | 109.203 |
| | ASP CL | DELIA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 1.313 | 117 | 3 | 8 | 1.441 |
| | ASP CL | GELA | T | ASS.PER TOSSICODIPENDENTI | 1 | 1.544 | | 1 | | 1.545 |
| | ASP CL | GELA | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 518 | | 5 | | 523 |
| | ASP CL | GELA | T | CONSULTORIO FAMILIARE 2 | 1 | 257 | | 4 | | 261 |
| | ASP CL | GELA | T | POLIAMBULATORIO MED. DI BASE | 1 | 18.318 | | 1.492 | | 19.810 |
| | *ASP CL* | *GELA* | *T* | *U.O. PNEUMOLOGIA* | *1* | *1.252* | | *16* | | *1.268* |
| | ASP CL | MAZZARINO | T | POLIAMBULATORIO EX INAM | 1 | | 9 | 1 | | 10 |
| | ASP CL | MILENA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 969 | | | 63 | 1.032 |
| | ASP CL | MUSSOMELI | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 123 | | | 12 | 135 |
| | ASP CL | MUSSOMELI | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 9.727 | | | 1.177 | 10.904 |
| | ASP CL | MUSSOMELI | T | SERT | 1 | 9 | | | | 9 |
| | ASP CL | NISCEMI | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | | 14 | | | 14 |
| | ASP CL | NISCEMI | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 2.470 | | | | 2.470 |
| | ASP CL | RIESI | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 798 | 5 | | | 803 |
| | ASP CL | RIESI | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 5.053 | 253 | 12 | 21 | 5.339 |
| | ASP CL | SAN CATALDO | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 1.943 | | | | 1.943 |
| | ASP CL | SAN CATALDO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 13.743 | | | 885 | 14.628 |
| | ASP CL | SANTA CATERINA VILLARMOSA | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 13 | | 1 | | 14 |
| | ASP CL | SANTA CATERINA VILLARMOSA | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 3.894 | 481 | 27 | 20 | 4.422 |
| | ASP CL | SERRADIFALCO | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 1.311 | | | | 1.311 |
| | ASP CL | SERRADIFALCO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 2.746 | | | | 2.746 |
| | ASP CL | SOMMATINO | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 404 | 4 | | 3 | 411 |
| | ASP CL | SOMMATINO | T | POLIAMBULATORIO | 1 | 7.109 | 217 | 31 | 31 | 7.388 |
| | ASP CL | VALLELUNGA PRATAMENO | T | CONSULTORIO FAMILIARE | 1 | 21 | | | 1 | 22 |
| | ASP CL | *CALTANISSETTA* | *TH* | *Ambulatorio AO S. ELIA* | *1* | *37.816* | *82.349* | *7.534* | *2.426* | *130.125* |
| | ASP CL | *CALTANISSETTA* | *TH* | *AO S. ELIA* | *1* | *38.064* | *104.702* | *6.423* | *657* | *149.846* |
| | ASP CL | *GELA* | *TH* | *Ambulatorio AO GELA* | *1* | *20.891* | *102.176* | *3.436* | *8.677* | *135.180* |
| | ASP CL | *GELA* | *TH* | *AO GELA* | *1* | *47.707* | *20.241* | *8.221* | *1.049* | *77.218* |
| | *ASP CL* | MAZZARINO | TH | AMB.P.O. S. STEFANO | 1 | 4.313 | 57.793 | 4.969 | 24 | 67.099 |
| | *ASP CL* | MUSSOMELI | TH | AMB.P.O. M.I.LONGO | 1 | 11.591 | 119.851 | 3.848 | 841 | 136.131 |
| | *ASP CL* | NISCEMI | TH | AMB.P.O.SUOR CECILIA BASAROCCO | 1 | 6.338 | 66.407 | 3.433 | 175 | 76.353 |
| | *ASP CL* | SAN CATALDO | TH | AMB.PO.M RAIMONDI | 1 | 19.156 | 47.945 | 7.087 | 345 | 74.533 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **36** | **296.584** | **675.755** | **49.787** | **18.159** | **1.040.285** |
| | | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **51** | **87.262** | **1.094.021** | **31.954** | **-** | **1.213.237** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **87** | **383.846** | **1.769.776** | **81.741** | **18.159** | **2.253.522** |


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASP CL - 2008
160.000
140.000
120.000
100.000
80.000
60.000
40.000
20.000
-
SERT
POLIAMBULATORIO EX INAM
CONSULTORIO FAMILIARE
CONSULTORIO FAMILIARE
CONSULTORIO FAMILIARE
CONSULTORIO FAMILIARE
CONSULTORIO FAMILIARE 2
CONSULTORIO FAMILIARE 2
CONSULTORIO FAMILIARE
CONSULTORIO FAMILIARE
CONSULTORIO FAMILIARE 1
CONSULTORIO FAMILIARE
POLIAMBULATORIO
U.O. PNEUMOLOGIA
CONSULTORIO FAMILIARE
POLIAMBULATORIO
ASS.PER TOSSICODIPENDENTI
CONSULTORIO FAMILIARE
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
AMB.P.O. F.BRANCIFORTI
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO
POLIAMBULATORIO MED. DI BASE
AMB.P.O. S. STEFANO
AMB.PO.M RAIMONDI
AMB.P.O SUOR CECILIA BASAROCCO
AO GELA
POLIAMBULATORIO
Ambulatorio AO S. ELIA
Ambulatorio AO GELA
AMB.P.O. M.I.LONGO
AO S. ELIA

BO

## 3. Scheda tecnica ASP Catania




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Bronte | 39.289 | 4% |
| Palagonia | 60.184 | 6% |
| Adrano | 66.577 | 6% |
| Paternò | 75.370 | 7% |
| Caltagirone | 84.210 | 8% |
| Giarre | 84.804 | 8% |
| Acireale | 135.548 | 13% |
| Gravina di Catania | 171.905 | 16% |
| Catania | 359.353 | 33% |
| TOTALE | 1.077.240 | 100% |
| MEDIA | 119.693 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 23 | 80 | | | **9,0%** |
| MISTA | 18 | 87 | | | **9,8%** |
| IN RETE | 83 | 397 | | | **44,6%** |
| SEMPLICE | 59 | 278 | | | **31,2%** |
| **TOTALE** | **183** | **842** | **1.039.146** | **890** | **94,6%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 1.039.146 |
| Pop assistibile | 909.181 |
| Indice di saturazione % | 114 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 27 | 108 | 86.265 | | |
| **TOTALE** | **27** | **108** | **86.265** | **184** | **58,7%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 86.265 |
| Pop assistibile | 175.796 |
| Indice di saturazione % | 49 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Caltagirone | Palagonia | Paternò | Adrano | Gravina | Catania | Acireale | Giarre | Bronte |
| N° punti di Guardia Medica | 9 | 6 | 3 | 3 | 13 | 4 | 7 | 10 | 4 |
| Pop distretto | 84.210 | 60.184 | 75.370 | 66.577 | 171905 | 359.353 | 135.548 | 84.804 | 39.289 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 10,7 | 10,0 | 4,0 | 4,5 | 7,562316396 | 1,1 | 5,2 | 11,8 | 10,2 |

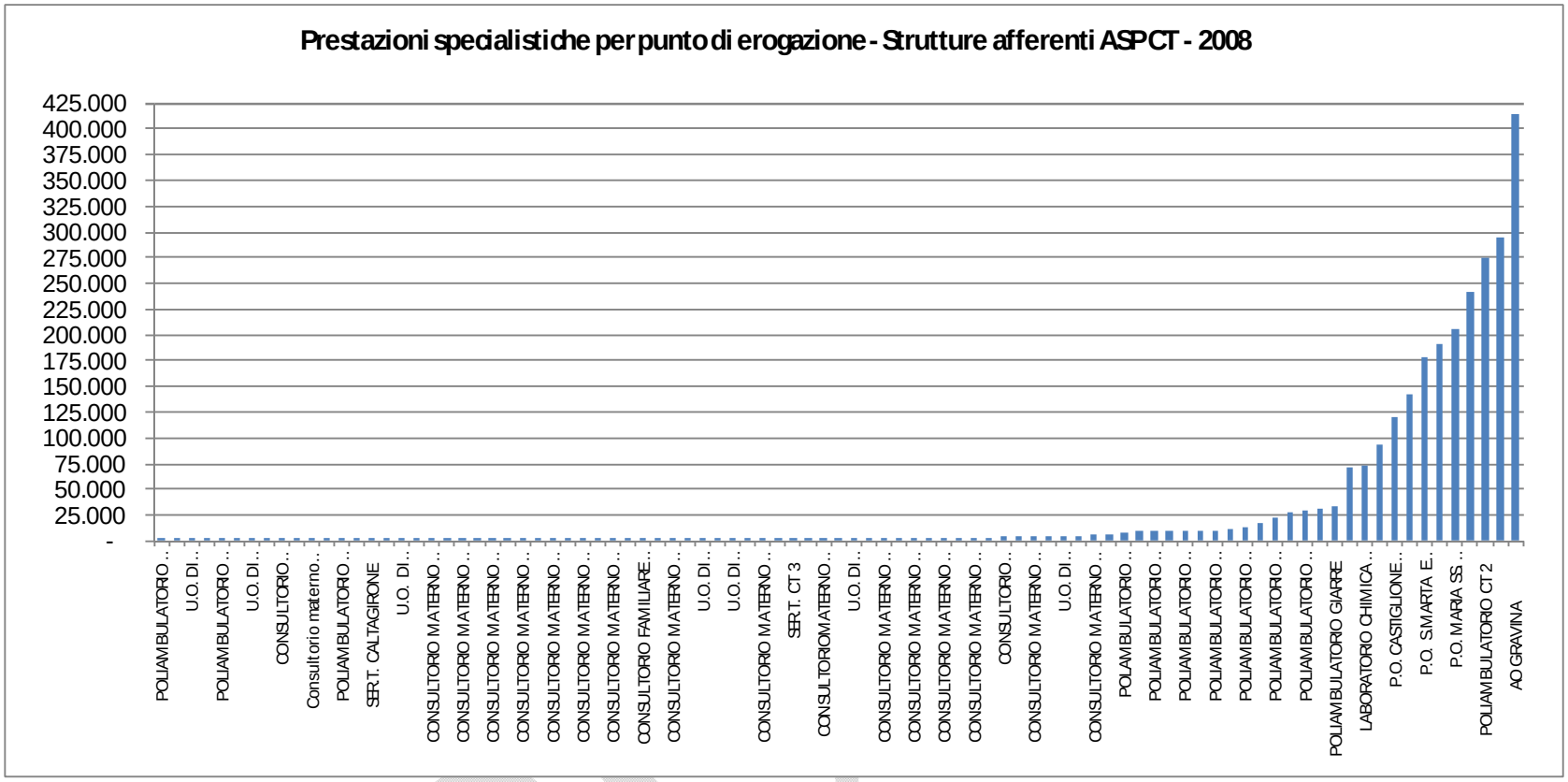
N.B. la tabella "analisi ambulatori" presenta informazioni aggregate per distretto (e non per singolo ambulatorio come per le altre ASP) in quanto le informazioni sono così pervenute. Le informazioni relative all'associazionismo non appaiono attendibili e di conseguenza la % di mmg associati ed il relativo tasso di saturazione sono inesatte

BOZZA

**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Catania**

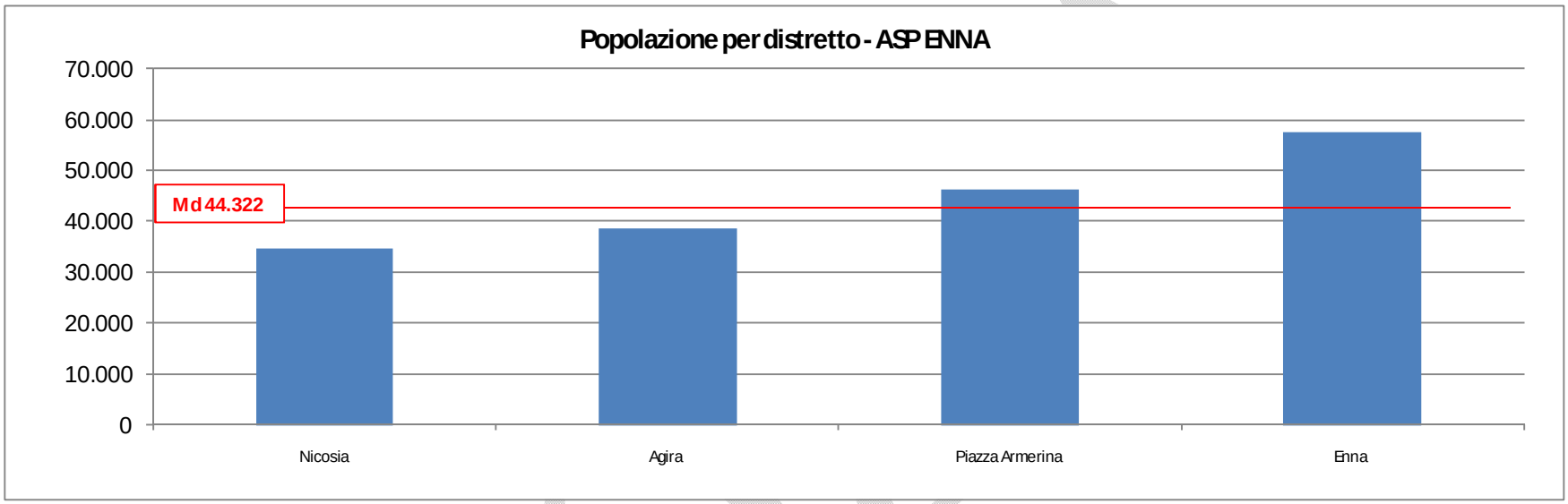
| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CATANIA | ASP CT | ACI CASTELLO | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - ACICASTELLO | 1 | 873 | | | | 873 |
| | ASP CT | ACI CATENA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - ACICATENA | 1 | 2.493 | | | | 2.493 |
| | ASP CT | ACIREALE | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - ACIREALE | 1 | 5.254 | | | | 5.254 |
| | ASP CT | ACIREALE | T | POLIAMBULATORIO ACIREALE | 1 | 38.947 | 44.476 | 5.657 | 4.203 | 93.283 |
| | ASP CT | ACIREALE | T | SERT. ACIREALE | 1 | 1.797 | | | | 1.797 |
| | *ASP CT* | *ACIREALE* | T | *U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO ACIREAL* | *1* | *2.881* | | | | *2.881* |
| | ASP CT | ADRANO | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - ADRANO | 1 | 3.089 | 237 | | | 3.326 |
| | ASP CT | ADRANO | T | POLIAMBULATORIO ADRANO | 1 | 17.959 | | 3.803 | 334 | 22.096 |
| | ASP CT | ADRANO | T | SERT. ADRANO | 1 | 1.513 | | | | 1.513 |
| | *ASP CT* | *ADRANO* | *T* | *U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO ADRANI* | *1* | *1.105* | | | | *1.105* |
| | ASP CT | BELPASSO | T | POLIAMBULATORIO BELPASSO | 1 | 9.355 | 432 | 2 | | 9.789 |
| | ASP CT | BIANCAVILLA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - BIANCAVILLA | 1 | 5.488 | | | | 5.488 |
| | ASP CT | BRONTE | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - BRONTE | 1 | 1.290 | | | | 1.290 |
| | ASP CT | BRONTE | T | POLIAMBULATORIO BRONTE | 1 | 11.654 | | 1.976 | 402 | 14.032 |
| | ASP CT | BRONTE | T | SERT BRONTE | 1 | 618 | | | | 618 |
| | *ASP CT* | *BRONTE* | *T* | *U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO BRONTE* | *1* | *495* | | | | *495* |
| | ASP CT | CALTAGIRONE | T | CONSULTORIO MATERNO - INFANTILE - CALTAGIRONE | 1 | 2.891 | | | | 2.891 |
| | ASP CT | CALTAGIRONE | T | POLIAMBULATORIO CALTAGIRONE | 1 | 16.789 | 41 | 2 | 477 | 17.309 |
| | ASP CT | CALTAGIRONE | T | SERT. CALTAGIRONE | 1 | 1.042 | | | | 1.042 |
| | *ASP CT* | *CALTAGIRONE* | *T* | *U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO CALTAGI* | *1* | *2.240* | | | | *2.240* |
| | ASP CT | CAMPOROTONDO ETNEO | T | SERT. CAMPOROTONDO ETNEO | 1 | 1.223 | | | | 1.223 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE II- CATANIA | 1 | 4.090 | | | | 4.090 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIO FAMILIARE' VITA NUOVA ' | 1 | 1.980 | | | | 1.980 |
| | ASP CT | CATANIA | T | Consultorio materno infantile | 1 | 810 | | | | 810 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - BORGO-CONSOLAZI | 1 | 348 | | | | 348 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE CATANIA | 1 | 2.878 | | | | 2.878 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - RAPISARDI CATANIA | 1 | 3.156 | 187 | | | 3.343 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE TRAPPETO NORD - CA | 1 | 1.739 | | | | 1.739 |
| | ASP CT | CATANIA | T | CONSULTORIOMATERNO INFANTILEI - CATANIA | 1 | 2.808 | | | | 2.808 |
| | ASP CT | CATANIA | T | POLIAMBUL.VIA G. D`ANNUNZIO | 1 | 14.027 | 6.907 | 7.006 | | 27.940 |
| | ASP CT | CATANIA | T | POLIAMBULATORIO CT 2 | 1 | 63.304 | 188.252 | 12.246 | 10.093 | 273.895 |
| | ASP CT | CATANIA | T | POLIAMBULATORIO CT 3 | 1 | 61.411 | 122.537 | 4.975 | 2.378 | 191.301 |
| | ASP CT | CATANIA | T | POLIAMBULATORIO LIBRINO | 1 | 9.598 | | | | 9.598 |
| | ASP CT | CATANIA | T | SERT. CT 3 | 1 | 2.615 | | | | 2.615 |
| | ASP CT | CATANIA | T | SERT. CT1 | 1 | 1.690 | | | | 1.690 |
| | ASP CT | CATANIA | T | SERT. CT2 | 1 | 2.178 | | | | 2.178 |
| | ASP CT | CATANIA | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO CT2 | 1 | 4.569 | | | | 4.569 |
| | ASP CT | CATANIA | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE CT1 | 1 | 3.305 | | | | 3.305 |
| | ASP CT | CATANIA | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO CT3 | 1 | 2.069 | | | | 2.069 |
| | ASP CT | FIUMEFREDDO DI SICILIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - FIUMEFREDDO | 1 | 1.072 | | | | 1.072 |
| | ASP CT | GIARRE | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - GIARRE | 1 | 3.395 | | | | 3.395 |
| | ASP CT | GIARRE | T | POLIAMBULATORIO GIARRE | 1 | 29.409 | | 1.591 | 2.746 | 33.746 |
| | ASP CT | GIARRE | T | SERT. GIARRE | 1 | 1.544 | | | | 1.544 |
| | ASP CT | GIARRE | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO GIARRE | 1 | 2.213 | | | | 2.213 |
| | ASP CT | GRAMMICHELE | T | CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE- GRAMMICHELE | 1 | 2.617 | | | | 2.617 |
| | ASP CT | GRAMMICHELE | T | POLIAMBULATORIO GRAMMICHELE | 1 | 617 | | | | 617 |
| | ASP CT | GRAVINA DI CATANIA | T | POLIAMBULATORIO GRAVINA | 1 | 19.111 | | 5.071 | 5.924 | 30.106 |
| | ASP CT | LICODIA EUBEA | T | POLIAMBULATORIO LICODIA EUBEA | 1 | 288 | | | | 288 |
| | ASP CT | LINGUAGLOSSA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - LINGUAGLOSSA | 1 | 3.058 | 42 | | | 3.100 |
| | ASP CT | MALETTO | T | POLIAMBULATORIO MALETTO | 1 | 263 | 378 | | | 641 |
| | ASP CT | MILITELLO IN VAL DI CATANIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - MILITELLO V.C. | 1 | 1.621 | | | | 1.621 |
| | ASP CT | MINEO | T | POLIAMBULATORIO MINEO | 1 | 166 | 340 | | | 506 |
| | ASP CT | MIRABELLA IMBACCARI | T | CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE- MIRABELLA IMBACC | 1 | 675 | | | | 675 |
| | ASP CT | MISTERBIANCO | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - MISTERBIANCO | 1 | 1.518 | | | | 1.518 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CATANIA | ASP CT | MISTERBIANCO | T | LABORATORIO CHIMICA TOSSICOLOGICA | 1 | | 73.242 | | | 73.242 |
| | ASP CT | MISTERBIANCO | T | POLIAMBULATORIO MISTERBIANCO | 1 | 10.092 | | | | 10.092 |
| | ASP CT | NICOLOSI | T | POLIAMBULATORIO NICOLOSI | 1 | 8.716 | 576 | 298 | 669 | 10.259 |
| | ASP CT | PALAGONIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - PALAGONIA | 1 | 1.344 | | | | 1.344 |
| | ASP CT | PALAGONIA | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO PALAGO | 1 | 631 | | | | 631 |
| | ASP CT | PATERNO' | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - PATERNO' | 1 | 3.017 | | | | 3.017 |
| | ASP CT | PATERNO' | T | POLIAMBULATORIO PATERNO' | 1 | 20.913 | 609 | 3.350 | 6.261 | 31.133 |
| | ASP CT | PATERNO' | T | SER.T. PATERNO' | 1 | 2.342 | | | | 2.342 |
| | ASP CT | PATERNO' | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO PATERN | 1 | 2.886 | | | | 2.886 |
| | ASP CT | PEDARA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - PEDARA | 1 | 4.158 | | | | 4.158 |
| | ASP CT | PEDARA | T | POLIAMBULATORIO PEDARA | 1 | 5.322 | 920 | 3.255 | | 9.497 |
| | ASP CT | RAMACCA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - RAMACCA | 1 | 1.575 | | | | 1.575 |
| | ASP CT | RAMACCA | T | POLIAMBULATORIO RAMACCA | 1 | 10.597 | 657 | | 581 | 11.835 |
| | ASP CT | RANDAZZO | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - RANDAZZO | 1 | 1.431 | | | | 1.431 |
| | ASP CT | RANDAZZO | T | POLIAMBULATORIO RANDAZZO | 1 | 5.903 | | | 165 | 6.068 |
| | ASP CT | RIPOSTO | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - RIPOSTO | 1 | 3.506 | | | | 3.506 |
| | ASP CT | SAN GIOVANNI LA PUNTA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - S.GIOVANNI LA PUN | 1 | 1.888 | | | | 1.888 |
| | ASP CT | SAN GIOVANNI LA PUNTA | T | POLAMBULATORIO S.GIOVANNI LA PUNTA | 1 | 8.700 | | | | 8.700 |
| | ASP CT | SAN MICHELE DI GANZARIA | T | POLIAMBULATORIO S.MICHELE DI GANZARIA | 1 | 865 | | | | 865 |
| | ASP CT | SAN PIETRO CLARENZA | T | SERV. AUT.INTERD.DI PSICOLOGIA | 1 | 10.123 | | | | 10.123 |
| | ASP CT | SANT'AGATA LI BATTIATI | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - S.AGATA LI BATTIATI | 1 | 2.228 | | | | 2.228 |
| | ASP CT | SANT'AGATA LI BATTIATI | T | POLIAMB.SANT`AGATA LI BATTIATI | 1 | 1.925 | | | | 1.925 |
| | ASP CT | SANTA VENERINA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - S.VENERINA | 1 | 1.549 | | | | 1.549 |
| | ASP CT | SCORDIA | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE-SCORDIA | 1 | 856 | | | | 856 |
| | ASP CT | TREMESTIERI ETNEO | T | CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - TREMESTIERI ETNEO | 1 | 2.158 | | | | 2.158 |
| | ASP CT | TREMESTIERI ETNEO | T | POLIAMBULAT. TREMESTIERI ETNEO | 1 | 4.616 | 289.510 | | | 294.126 |
| | ASP CT | TREMESTIERI ETNEO | T | U.O. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO GRAVIN | 1 | 4.843 | | | | 4.843 |
| | ASP CT | VIZZINI | T | CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE VIZZINI | 1 | 3.760 | | | | 3.760 |
| | ASP CT | VIZZINI | T | POLIAMBULATORIO VIZZINI | 1 | 2.592 | | | | 2.592 |
| | ASP CT | RAGALNA | T | POLIAMBULATORIO RAGALNA | 1 | 706 | | | | 706 |
| | ASP CT | *CALTAGIRONE* | *TH* | *AO GRAVINA* | *1* | *78.822* | *303.353* | *9.324* | *22.264* | *413.763* |
| | ASP CT | ACI REALE | **TH** | P.O. S.MARTA E S.VENERA-ACI REALE | 1 | 86.752 | 85.242 | 4.010 | 2.286 | 178.290 |
| | ASP CT | BIANCAVILLA | **TH** | P.O. MARIA SS. ADDOLORATA - BIANCAVILLA | 1 | 29.029 | 134.821 | 11.268 | 30.380 | 205.498 |
| | ASP CT | BRONTE | **TH** | P.O. CASTIGLIONE PRESTIANNI - BRONTE | 1 | 13.582 | 99.090 | 7.712 | | 120.384 |
| | ASP CT | GIARRE | **TH** | P.O. S. GIOVANNI DI DIO E S. ISIDORO - GIARRE | 1 | 22.897 | 32.949 | 6.497 | 10.063 | 72.406 |
| | ASP CT | MILITELLO IN VAL DI CATANIA | **TH** | P.O. BASSO RAGUSA MARIO - MILITELLO IN VAL DI CATANIA | 1 | 10.744 | 123.162 | 7.386 | 1.067 | 142.359 |
| | ASP CT | PATERNO' | **TH** | P.O. SS.SALVATORE - PATERNO' | 1 | 30.071 | 201.196 | 6.894 | 3.282 | 241.443 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **91** | **780.277** | **1.709.156** | **102.323** | **103.575** | **2.695.331** |
| | AO CT - CANNIZZARO | CATANIA | H | AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO | 1 | 209.238 | 160.209 | 35.219 | 10.693 | 415.359 |
| | AOU CT | CATANIA | H | OSP. SPEC. MATERNI T. S.BAMBINO | 1 | 26.345 | 176.369 | 19.037 | 197 | 221.948 |
| | AOU CT | CATANIA | H | OSP. VITT. EMANUELE E SEZ. FER | 1 | 198.903 | 212.746 | 24.112 | 15.186 | 450.947 |
| | AOU CT | CATANIA | H | POLICLINICO CT | 1 | 151.954 | 208.934 | 19.217 | 3.016 | 383.121 |
| | ARNAS CT - GARIBALDI | CATANIA | H | NUOVO OSP. GARIBALDI - NESIMA | 1 | | 181.086 | | | 181.086 |
| | ARNAS CT - GARIBALDI | CATANIA | H | OSPEDALE 'ASCOLI-TOMASELLI' | 1 | 40.978 | 3.735 | 1.199 | 1 | 45.913 |
| | ARNAS CT - GARIBALDI | CATANIA | H | OSPEDALE 'S.CURRO`-S.LUIGI GONZAGA | 1 | 22.067 | 19.888 | 5.332 | | 47.287 |
| | ARNAS CT - GARIBALDI | CATANIA | H | P.O. GARIBALDI CENTRO | 1 | 230.424 | 291.292 | 33.226 | 3.891 | 558.833 |
| | | | **H** | **Punti di erogazione ospedalieri** | **8** | **879.909** | **1.254.259** | **137.342** | **32.984** | **2.304.494** |
| | | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **268** | **760.772** | **6.410.974** | **361.167** | **583.335** | **8.116.248** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **367** | **2.420.958** | **9.374.389** | **600.832** | **719.894** | **13.116.073** |


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASPCT - 2008
425.000
400.000
375.000
350.000
325.000
300.000
275.000
250.000
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
POLIAMBULATORIO ...
U.O. DI...
POLIAMBULATORIO ...
U.O. DI...
CONSULTORIO...
Consultorio materno...
POLIAMBULATORIO ...
SER.T. CALTAGIRONE
U.O. DI...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO FAMILIARE...
CONSULTORIO MATERNO ...
U.O. DI...
U.O. DI...
CONSULTORIO MATERNO ...
SER.T. CT 3
CONSULTORIOMATERNO ...
U.O. DI...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO MATERNO ...
CONSULTORIO...
CONSULTORIO MATERNO ...
U.O. DI...
CONSULTORIO MATERNO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO ...
POLIAMBULATORIO GIARRE
LABORATORIO CHIMICA...
P.O. CASTIGLIONE...
P.O. S.MARTA E...
P.O. MARIA SS. ...
POLIAMBULATORIO CT 2
AO GRAVINA

BOZZA

## 4. Scheda tecnica ASP Enna




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Nicosia | 34.855 | 20% |
| Agira | 38.461 | 22% |
| Piazza Armerina | 46.426 | 26% |
| Enna | 57.547 | 32% |
| TOTALE | 177.289 | 100% |
| MEDIA | 44.322 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 2 | 8 | 8.860 | | **5,4%** |
| MISTA | 6 | 25 | 28.876 | | **16,8%** |
| IN RETE | 7 | 30 | 35.881 | | **20,1%** |
| SEMPLICE | 6 | 32 | 34.180 | | **21,5%** |
| **TOTALE** | **21** | **95** | **107.797** | **149** | **63,8%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 107.797 |
| Pop assistibile | 147.218 |
| Indice di saturazione % | 73 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 1 | 2 | 1.651 | 26 | **7,7%** |
| **TOTALE** | **1** | **2** | **1.651** | **26** | **7,7%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 1.651 |
| Pop assistibile | 26.297 |
| Indice di saturazione % | 6 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Nicosia | Enna | Agira | Piazza Armerina |
| N° punti di Guardia Medica | 9 | 5 | 3 | 3 |
| Pop distretto | 34.855 | 57.547 | 38.461 | 46.426 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 25,8 | 8,7 | 7,8 | 6,5 |

**ANALISI AMBULATORI**

| Distretto | Agira | | | Enna | | | | | Nicosia | | Piazza Armerina | | | | TOTALE AMBULATORI PER BRANCA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sede Ambulatorio | Agira | Leonforte | Regalbuto | Catenanuova | Centuripe | Enna | Valguarnera | Villarosa | Nicosia | Troina | Aidone | Barrafranca | Piazza Armerina | Pietraperzia | |
| N Ambulatori | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 10 | 8 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | 4 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 30 | 48 | 32 | 27 | 30 | 30 | 44 | 12 | 36 | 15 | 21 | 32 | 39 | 36 | |
| N giorni apertura settimanali | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| *Branche specialistiche presenti:* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diag. | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Ematologia | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Fisiochinesiterapia | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e mic. | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | | | **6** |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **7** | **5** | **11** | **7** | **8** | **19** | **10** | **2** | **4** | **2** | **4** | **7** | **14** | **8** | |

BOZZA

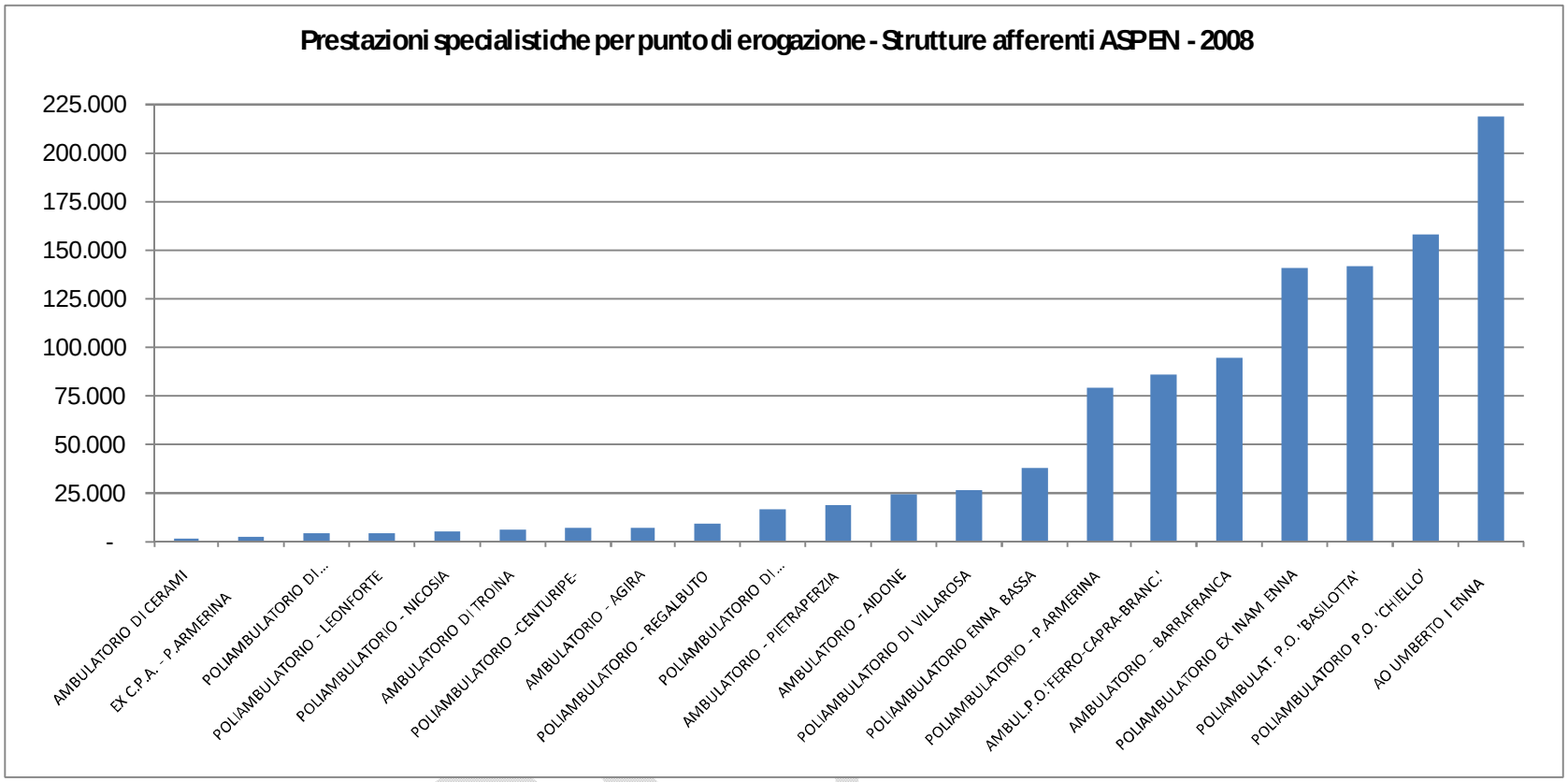
| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **Agira** | **Enna** | **Nicosia** | **Piazza Armerina** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| allergologia | | 6 | | 10 | **16** |
| angiologia | | | 12 | 18 | **30** |
| biologia | | | | 76 | **76** |
| cardiologia | 12 | 59 | 8 | 35 | **114** |
| chimica | | 38 | | | **38** |
| chirurgia | 4 | 7 | | | **11** |
| dermatologia | 6 | 14 | 2 | 8 | **30** |
| diabetologia | | 28 | 12 | 18 | **58** |
| ematologia | | 28 | | | **28** |
| endocrinologia | 10 | 22 | | 12 | **44** |
| fisiochinesiterapia | | 16 | | 10 | **26** |
| geriatria | 21 | 51 | | 41 | **113** |
| med.sport | 6 | | 6 | 6 | **18** |
| medic.legale | | 12 | | | **12** |
| neurologia | 28 | 12 | | 10 | **50** |
| oculistica | 16 | 79 | | 46 | **141** |
| odontoiatria | 5 | 47 | | 35 | **87** |
| ortopedia | 27 | 50 | | 10 | **87** |
| ostetricia | | 31 | | 26 | **57** |
| otorino | 16 | 24 | | 28 | **68** |
| patol.clin. | | 36 | | | **36** |
| psichiatria | | 20 | | | **20** |
| psicologia | | 20 | | | **20** |
| radiologia | | | | 28 | **28** |
| reumatologia | | 5 | | 7 | **12** |
| urologia | 15 | 21 | | | **36** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **166** | **626** | **40** | **424** | **1.256** |

| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| allergologia | 1 |
| angiologia | 1 |
| biologia | 2 |
| cardiologia | 4 |
| chimica | 1 |
| chirurgia | 1 |
| dermatologia | 1 |
| diabetologia | 3 |
| ematologia | 1 |
| endocrinologia | 2 |
| fisiochinesiterapia | 1 |
| geriatria | 4 |
| med.sport | 1 |
| medic.legale | 1 |
| neurologia | 2 |
| oculistica | 6 |
| odontoiatria | 3 |
| ortopedia | 5 |
| ostetricia | 3 |
| otorino | 3 |
| patol.clin. | 1 |
| psichiatria | 1 |
| psicologia | 1 |
| radiologia | 1 |
| reumatologia | 1 |
| urologia | 1 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **52** |

**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Enna**

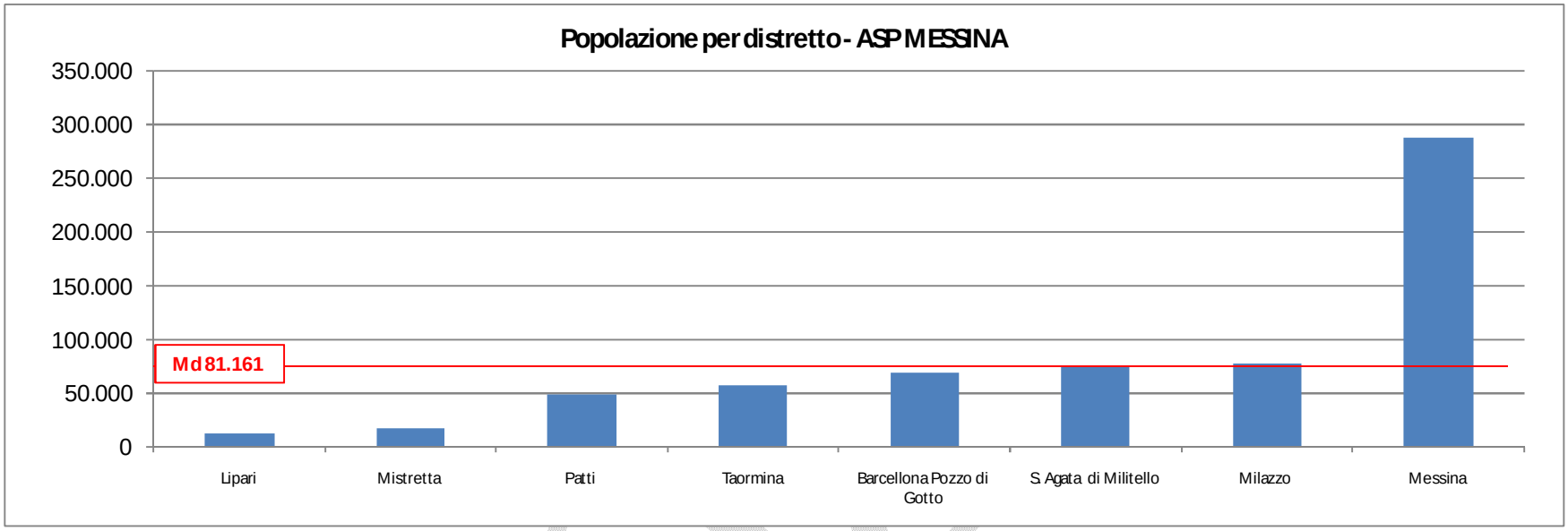
| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENNA | ASP EN | AGIRA | T | AMBULATORIO - AGIRA | 1 | 6.050 | 1.226 | | 93 | 7.369 |
| | ASP EN | AIDONE | T | AMBULATORIO - AIDONE | 1 | 1.144 | 22.855 | | | 23.999 |
| | ASP EN | BARRAFRANCA | T | AMBULATORIO - BARRAFRANCA | 1 | 5.768 | 88.714 | | 99 | 94.581 |
| | ASP EN | CATENANUOVA | T | POLIAMBULATORIO DI CATENANUOVA | 1 | 2.447 | 2.064 | | 6 | 4.517 |
| | ASP EN | CENTURIPE | T | POLIAMBULATORIO -CENTURIPE- | 1 | 4.775 | 1.892 | | 72 | 6.739 |
| | ASP EN | CERAMI | T | AMBULATORIO DI CERAMI | 1 | 24 | 1.059 | | | 1.083 |
| | ASP EN | ENNA | T | POLIAMBULATORIO ENNA BASSA | 1 | 3.316 | 34.780 | | | 38.096 |
| | ASP EN | ENNA | T | POLIAMBULATORIO EX INAM ENNA | 1 | 26.349 | 110.931 | 136 | 3.260 | 140.676 |
| | ASP EN | LEONFORTE | T | POLIAMBULATORIO - LEONFORTE | 1 | 4.675 | | | | 4.675 |
| | ASP EN | NICOSIA | T | POLIAMBULATORIO - NICOSIA | 1 | 5.012 | | | | 5.012 |
| | ASP EN | PIAZZA ARMERINA | T | EX C.P.A. - P.ARMERINA | 1 | 2.461 | 265 | | 20 | 2.746 |
| | ASP EN | PIAZZA ARMERINA | T | POLIAMBULATORIO - P.ARMERINA | 1 | 17.386 | 58.254 | 3.682 | 73 | 79.395 |
| | ASP EN | PIETRAPERZIA | T | AMBULATORIO - PIETRAPERZIA | 1 | 4.170 | 14.608 | | 62 | 18.840 |
| | ASP EN | REGALBUTO | T | POLIAMBULATORIO - REGALBUTO | 1 | 7.084 | 1.745 | | 1 | 8.830 |
| | ASP EN | TROINA | T | AMBULATORIO DI TROINA | 1 | 2.471 | 2.445 | | 850 | 5.766 |
| | ASP EN | VALGUARNERA CAROPEPE | T | POLIAMBULATORIO DI VALGUARNERA | 1 | 6.008 | 8.600 | | 1.755 | 16.363 |
| | ASP EN | VILLAROSA | T | POLIAMBULATORIO DI VILLAROSA | 1 | 1.497 | 24.555 | | | 26.052 |
| | *ASP EN* | *ENNA* | *TH* | *AO UMBERTO I ENNA* | *1* | *68.294* | *126.508* | *2.533* | *21.211* | *218.546* |
| | ASP EN | LEONFORTE | TH | AMBUL.P.O.'FERRO-CAPRA-BRANC.' | 1 | 13.925 | 58.194 | 5.374 | 8.040 | 85.533 |
| | *ASP EN* | NICOSIA | TH | POLIAMBULAT. P.O. 'BASILOTTA' | *1* | *17.716* | *112.583* | *6.977* | *4.609* | *141.885* |
| | *ASP EN* | *PIAZZA ARMERINA* | TH | POLIAMBULATORIO P.O. 'CHIELLO' | 1 | 24.639 | 109.584 | 9.384 | 14.630 | 158.237 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **21** | **225.211** | **780.862** | **28.086** | **54.781** | **1.088.940** |
| | IRCSS TROINA EN | ENNA | H | IRCSS TROINA | 1 | 15.022 | 31.975 | 6.792 | 3.663 | 57.452 |
| | | | **H** | **Punti di erogazione ospedalieri** | **1** | **15.022** | **31.975** | **6.792** | **3.663** | **57.452** |
| | | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **27** | **54.067** | **437.519** | **52.531** | **-** | **544.117** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **49** | **294.300** | **1.250.356** | **87.409** | **58.444** | **1.690.509** |

BOZZA


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASPEN - 2008
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
AMBULATORIO DI CERAMI
EX C.P.A. - P.ARMERINA
POLIAMBULATORIO DI ...
POLIAMBULATORIO - LEONFORTE
POLIAMBULATORIO - NICOSIA
AMBULATORIO DI TROINA
POLIAMBULATORIO -CENTURIPE-
AMBULATORIO - AGIRA
POLIAMBULATORIO - REGALBUTO
POLIAMBULATORIO DI ...
AMBULATORIO - PIETRAPERZIA
AMBULATORIO - AIDONE
POLIAMBULATORIO DI VILLAROSA
POLIAMBULATORIO ENNA BASSA
POLIAMBULATORIO - P.ARMERINA
AMBUL.P.O.'FERRO-CAPRA-BRANC.'
AMBULATORIO - BARRAFRANCA
POLIAMBULATORIO EX INAM ENNA
POLIAMBULAT. P.O. 'BASILOTTA'
POLIAMBULATORIO P.O. 'CHIELLO'
AO UMBERTO I ENNA

BOZZA

## 5. Scheda tecnica ASP Messina




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Lipari | 13.287 | 2% |
| Mistretta | 17.586 | 3% |
| Patti | 50.165 | 8% |
| Taormina | 57.469 | 9% |
| Barcellona Pozzo di Gotto | 70.054 | 11% |
| S. Agata di Militello | 76.086 | 12% |
| Milazzo | 77.512 | 12% |
| Messina | 287.127 | 44% |
| TOTALE | 649.286 | 100% |
| MEDIA | 81.161 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 21 | 103 | 114.996 | | **18,9%** |
| MISTA | 16 | 65 | 105.057 | | **11,9%** |
| IN RETE | 39 | 176 | 209.198 | | **32,3%** |
| SEMPLICE | 9 | 44 | 49.041 | | **8,1%** |
| **TOTALE** | **85** | **388** | **478.292** | **545** | **71,2%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 478.292 |
| Pop assistibile | 566.498 |
| Indice di saturazione % | 84 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 1 | 2 | 1.610 | | **2,0%** |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 10 | 48 | 33.837 | | **47,1%** |
| **TOTALE** | **11** | **50** | **35.447** | **102** | **49,0%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 35.447 |
| Pop assistibile | 88.103 |
| Indice di saturazione % | 40 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Taormina | Messina | Milazzo | Lipari | Barcellona Pozzo di Gotto | Patti | Mistretta | Sant'Agata di Militello |
| N° punti di Guardia Medica | 20 | 15 | 11 | 8 | 13 | 13 | 6 | 16 |
| Pop distretto | 57.469 | 287.127 | 77.512 | 13.287 | 70054 | 50.165 | 17.586 | 76.086 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 34,8 | 5,2 | 14,2 | 60,2 | 18,6 | 25,9 | 34,1 | 21,0 |

**ANALISI AMBULATORI**

| Distretto | DISTRETTO TAORMINA | | DISTRETTO MESSINA NORD | | | | | DISTRETTO MESSINA SUD | | DISTRETTO MILAZZO | DISTRETTO LIPARI | DISTRETTO BARCELLONA P.G. | DISTRETTO PATTI | | | DISTRETTO MISTRETTA | | DISTRETTO SANT'AGATA MILTELLO | | | | | TOTALE AMBULATORI PER BRANCA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sede Ambulatorio | S. Alessio Siculo | Francavilla Sicilia | Messina | Messina | Messina | Messina | Villafranca Tirrena | Pistunina | Pistunina | Milazzo | Lipari | Barcellona pozzo di gotto | Patti | Brolo | S. Piero Patti | Mistretta | S. Stefano Camastra | S. Agata Militello | Tortorici | Capo d'Orlando | Galati Mamertino | Naso | |
| N.Ambulatori | 9 + LABOR. | 5 | 30 | 12 | 1 | 1 | 4 | 7 | 3 | 8 | 3 | 9 | 8 | 7 | 4 | 3 | 4 | 9 | 5 | 8 | 4 | 4 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 41 | 38 | 60 | 30 | 15 | 32 | 34 | 52 | 40 | 46 | 33 | 50 | 39 | 38 | 33 | 30 | 30 | 48 | 39 | 55 | 34 | 30 | |
| N.giorni apertura settimanali | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Audiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **17** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Chirurgia pediatrica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **7** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **16** |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **10** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diag. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **13** |
| Fisiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e micr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **14** |
| Medicina del lavoro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **17** |
| NPI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **14** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **13** |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **12** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **20** | **13** | **21** | **1** | **1** | **1** | **17** | **12** | **3** | **17** | **11** | **16** | **16** | **11** | **8** | **4** | **8** | **16** | **17** | **21** | **10** | **9** | |

BOZZA

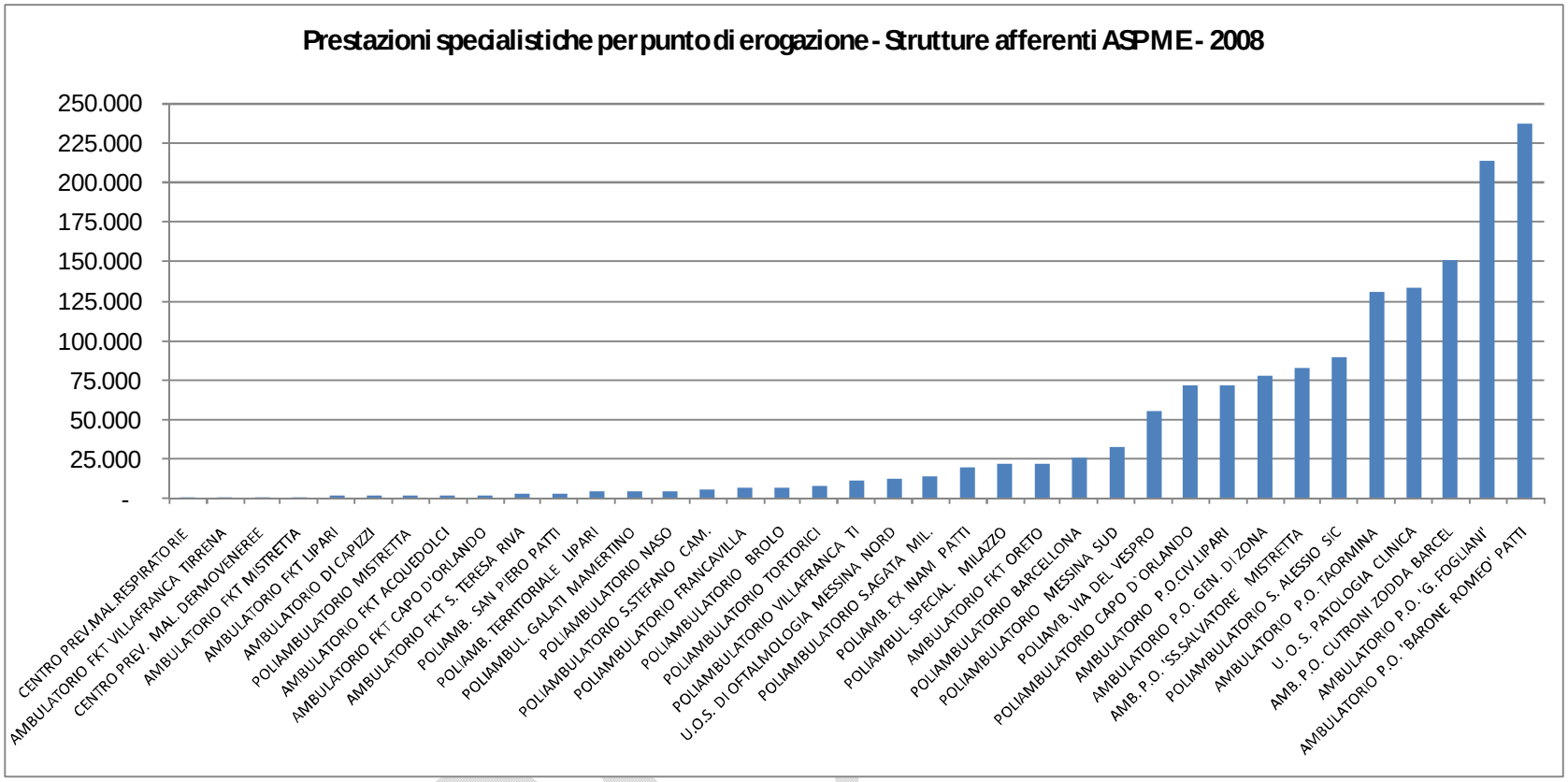
| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **TAORMINA** | **ME-NORD** | **ME-SUD** | **MILAZZO** | **LIPARI** | **BARCELLONA** | **PATTI** | **MISTRETTA** | **S.AGATA M.** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| allergologia | 9 | 19 | | 5 | 4 | 12 | 5 | 6 | 26 | **85** |
| angiologia | 27 | 7 | 8 | 24 | | 4 | 8 | | 15 | **92** |
| cardiologia | 33 | 56 | 41 | 10 | 11 | 28 | 41 | | 73 | **293** |
| chir.pediatr. | 4 | 4 | | | | | | 10 | 12 | **30** |
| chirurgia | 4 | 13 | | | | | 5 | | 16 | **38** |
| dermatologia | 23 | 13 | 11 | 8 | 6 | 5 | 12 | 6 | 29 | **112** |
| diabetologia | 21 | 16 | 6 | 8 | | 6 | | | 17 | **74** |
| endocrinologia | 13 | 12 | 6 | 20 | 6 | 16 | 4 | 4 | 28 | **109** |
| fisioterapia | | 38 | | | | 70 | | | | **108** |
| geriatria | 28 | 26 | 6 | 15 | 4 | 10 | 4 | | 29 | **121** |
| med.lavoro | | 15 | | 5 | | | | | | **20** |
| med.sport | 5 | | 25 | 3 | 5 | 10 | 6 | | 23 | **76** |
| medic.int. | 8 | 8 | 3 | | | 5 | 11 | | 22 | **57** |
| neur.psich.infant. | | 19 | 10 | | | | | | | **29** |
| neurologia | 11 | 24 | 22 | 4 | 4 | 10 | 13 | 6 | 38 | **131** |
| oculistica | 21 | 61 | | 20 | | 16 | 24 | 14 | 31 | **187** |
| odontoiatria | 16 | 43 | | 20 | | 16 | 24 | 12 | 61 | **192** |
| ortopedia | | 27 | 14 | 3 | | 17 | 15 | | 16 | **92** |
| ostetricia | 7 | 30 | 6 | 24 | | 9 | 17 | | 55 | **147** |
| otorino | 10 | 35 | | | 3 | 6 | 19 | | 17 | **90** |
| patol.clin. | 55 | 38 | | | | | | | 67 | **160** |
| pneumologia | 5 | 38 | 15 | 3 | 3 | | 6 | | 5 | **75** |
| radiologia | | 57 | | | | 5 | 22 | | 21 | **104** |
| reumatologia | 14 | 14 | | 3 | 3 | 6 | 3 | | 16 | **59** |
| urologia | 5 | 30 | 21 | 12 | 12 | | 14 | | 21 | **114** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **317** | **639** | **193** | **187** | **61** | **250** | **253** | **58** | **636** | **2.592** |

| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| allergologia | 3 |
| angiologia | 4 |
| cardiologia | 12 |
| chir.pediatr. | 1 |
| chirurgia | 1 |
| dermatologia | 4 |
| diabetologia | 2 |
| endocrinologia | 5 |
| fisioterapia | 4 |
| geriatria | 5 |
| med.lavoro | 1 |
| med.sport | 2 |
| medic.int. | 2 |
| neur.psich.infant. | 1 |
| neurologia | 5 |
| oculistica | 10 |
| odontoiatria | 6 |
| ortopedia | 4 |
| ostetricia | 4 |
| otorino | 5 |
| patol.clin. | 6 |
| pneumologia | 2 |
| radiologia | 5 |
| reumatologia | 3 |
| urologia | 3 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **100** |

BOZ

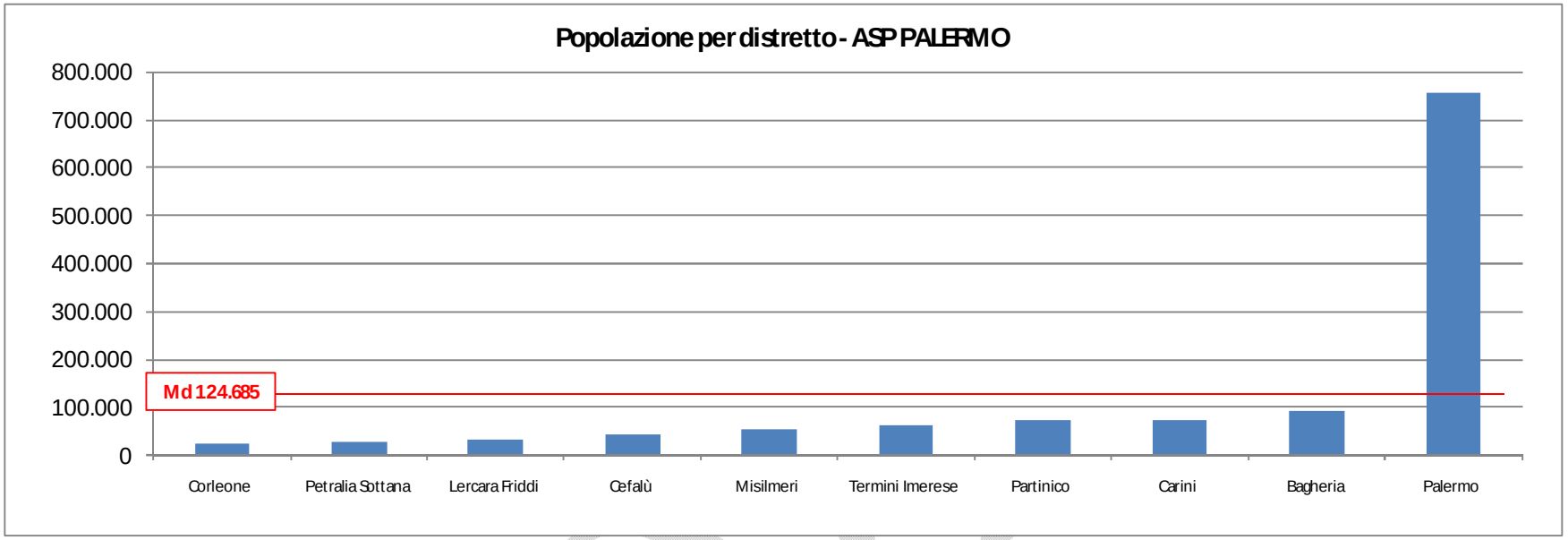
**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Messina**

| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MESSINA | ASP ME | ACQUEDOLCI | T | AMBULATORIO FKT ACQUEDOLCI | 1 | 9 | | | 2.458 | 2.467 |
| | ASP ME | BARCELLONA POZZO DI GOTTO | T | AMBULATORIO FKT ORETO | 1 | 4.123 | | | 18.296 | 22.419 |
| | ASP ME | BARCELLONA POZZO DI GOTTO | T | POLIAMBULATORIO BARCELLONA | 1 | 24.717 | | 771 | | 25.488 |
| | ASP ME | BROLO | T | AMBULATORIO FKT CAPO D'ORLANDO | 1 | 150 | | | 2.437 | 2.587 |
| | ASP ME | BROLO | T | POLIAMBULATORIO BROLO | 1 | 6.709 | | | | 6.709 |
| | ASP ME | CAPO D'ORLANDO | T | POLIAMBULATORIO CAPO D`ORLANDO | 1 | 18.175 | 52.503 | 1.456 | | 72.134 |
| | ASP ME | FRANCAVILLA DI SICILIA | T | POLIAMBULATORIO FRANCAVILLA | 1 | 6.537 | | | | 6.537 |
| | ASP ME | GALATI MAMERTINO | T | POLIAMBUL. GALATI MAMERTINO | 1 | 4.685 | | | | 4.685 |
| | ASP ME | LIPARI | T | AMBULATORIO FKT LIPARI | 1 | | | | 1.855 | 1.855 |
| | ASP ME | LIPARI | T | POLIAMB. TERRITORIALE LIPARI | 1 | 3.549 | | | 584 | 4.133 |
| | ASP ME | MESSINA | T | CENTRO PREV. MAL. DERMOVENEREE | 1 | 1.483 | | | | 1.483 |
| | ASP ME | MESSINA | T | CENTRO PREV.MAL.RESPIRATORIE | 1 | 67 | | | | 67 |
| | ASP ME | MESSINA | T | POLIAMB. VIA DEL VESPRO | 1 | 44.867 | | 10.579 | 15 | 55.461 |
| | ASP ME | MESSINA | T | POLIAMBULATORIO MESSINA SUD | 1 | 28.978 | | 3.747 | | 32.725 |
| | ASP ME | MESSINA | T | U. O. S. PATOLOGIA CLINICA | 1 | | 133.260 | | | 133.260 |
| | ASP ME | MESSINA | T | U.O.S. DI OFTALMOLOGIA MESSINA NORD | 1 | 12.624 | | | | 12.624 |
| | ASP ME | MILAZZO | T | POLIAMBUL. SPECIAL. MILAZZO | 1 | 22.249 | | | | 22.249 |
| | ASP ME | MISTRETTA | T | AMBULATORIO FKT MISTRETTA | 1 | | | | 1.717 | 1.717 |
| | ASP ME | MISTRETTA | T | POLIAMBULATORIO MISTRETTA | 1 | 1.966 | | | | 1.966 |
| | ASP ME | NASO | T | POLIAMBULATORIO NASO | 1 | 4.811 | | | | 4.811 |
| | ASP ME | PATTI | T | POLIAMB. EX INAM PATTI | 1 | 15.171 | | 1.784 | 3.616 | 20.571 |
| | ASP ME | SAN PIERO PATTI | T | POLIAMB. SAN PIERO PATTI | 1 | 3.869 | | | | 3.869 |
| | ASP ME | SANTA TERESA DI RIVA | T | AMBULATORIO FKT S. TERESA RIVA | 1 | 115 | | | 3.512 | 3.627 |
| | ASP ME | SANT'AGATA DI MILITELLO | T | POLIAMBULATORIO S.AGATA MIL. | 1 | 13.641 | | | | 13.641 |
| | ASP ME | SANT'ALESSIO SICULO | T | POLIAMBULATORIO S. ALESSIO SIC | 1 | 21.981 | 62.858 | 4.450 | | 89.289 |
| | ASP ME | SANTO STEFANO DI CAMASTRA | T | POLIAMBULATORIO S.STEFANO CAM. | 1 | 5.496 | | | | 5.496 |
| | ASP ME | TORTORICI | T | POLIAMBULATORIO TORTORICI | 1 | 8.068 | | | | 8.068 |
| | ASP ME | VILLAFRANCA TIRRENA | T | AMBULATORIO FKT VILLAFRANCA TIRRENA | 1 | 253 | | | 689 | 942 |
| | ASP ME | VILLAFRANCA TIRRENA | T | POLIAMBULATORIO VILLAFRANCA TI | 1 | 12.049 | | | | 12.049 |
| | ASP ME | BARCELLONA POZZO DI GOTTO | TH | AMB. P.O. CUTRONI ZODDA BARCEL. | 1 | 37.039 | 106.733 | 7.824 | | 151.596 |
| | ASP ME | LIPARI | TH | AMBULATORIO P.O.CIV.LIPARI | 1 | 9.369 | 58.315 | 4.474 | | 72.158 |
| | ASP ME | MILAZZO | TH | AMBULATORIO P.O. 'G. FOGLIANI' | 1 | 73.398 | 120.686 | 15.413 | 4.121 | 213.618 |
| | ASP ME | MISTRETTA | TH | AMB. P.O. 'SS.SALVATORE' MISTRETTA | 1 | 9.815 | 67.859 | 4.902 | | 82.576 |
| | ASP ME | PATTI | TH | AMBULATORIO P.O. 'BARONE ROMEO' PATTI | 1 | 56.463 | 176.168 | 5.053 | | 237.684 |
| | ASP ME | SANT'AGATA DI MILITELLO | TH | AMBULATORIO P.O. GEN. DI ZONA | 1 | 22.198 | 52.192 | 3.596 | | 77.986 |
| | ASP ME | TAORMINA | TH | AMBULATORIO P.O. TAORMINA | 1 | 67.155 | 51.924 | 12.251 | | 131.330 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **37** | **541.785** | **884.445** | **76.300** | **39.300** | **1.541.830** |
| | AO ME | MESSINA | H | AO PAPARDO | 1 | 89.257 | 177.703 | 11.652 | 5.396 | 284.008 |
| | AO ME | MESSINA | H | AO PIEMONTE | 1 | 55.194 | 148.316 | 4.630 | | 208.140 |
| | AOU ME | MESSINA | H | POLICLINICO ME | 1 | 279.964 | 249.924 | 20.865 | 2.440 | 553.193 |
| | CENTRO NEUROLESI | MESSINA | H | CENTRO NEUROLESI ME | 1 | 71.842 | | | | 71.842 |
| | | | **H** | **Punti di erogazione ospedalieri** | **4** | **496.257** | **575.943** | **37.147** | **7.836** | **1.117.183** |
| | ASP ME | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **164** | **255.065** | **4.440.958** | **174.390** | **324.559** | **5.194.972** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **205** | **1.293.107** | **5.901.346** | **287.837** | **371.695** | **7.853.985** |


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASPME - 2008
250.000
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
CENTRO PREV.MAL.RESPIRATORIE
AMBULATORIO FKT VILLAFRANCA TIRRENA
CENTRO PREV. MAL. DERMOVENEREE
AMBULATORIO FKT MISTRETTA
AMBULATORIO FKT LIPARI
AMBULATORIO DI CAPIZZI
AMBULATORIO MISTRETTA
POLIAMBULATORIO FKT ACQUEDOLCI
AMBULATORIO FKT CAPO D'ORLANDO
AMBULATORIO FKT S. TERESA RIVA
POLIAMB. SAN PIERO PATTI
POLIAMB. TERRITORIALE LIPARI
POLIAMBUL. GALATI MAMERTINO
POLIAMBULATORIO NASO
POLIAMBULATORIO S.STEFANO CAM.
POLIAMBULATORIO FRANCAVILLA
POLIAMBULATORIO BROLO
POLIAMBULATORIO TORTORICI
POLIAMBULATORIO VILLAFRANCA TI
U.O.S. DI OFTALMOLOGIA MESSINA NORD
POLIAMBULATORIO SAGATA MIL.
POLIAMB. EX INAM PATTI
POLIAMBUL. SPECIAL. MILAZZO
AMBULATORIO FKT ORETO
POLIAMBULATORIO BARCELLONA
POLIAMBULATORIO MESSINA SUD
POLIAMB. VIA DEL VESPRO
POLIAMBULATORIO CAPO D'ORLANDO
AMBULATORIO P.O.CIV.LIPARI
AMBULATORIO P.O. GEN. DI ZONA
AMB. P.O. 'SS.SALVATORE' MISTRETTA
POLIAMBULATORIO S. ALESSIO SIC
AMBULATORIO P.O. TAORMINA
U. O. S. PATOLOGIA CLINICA
AMB. P.O. CUTRONI ZODDA BARCEL
AMBULATORIO P.O. 'G. FOGLIANI'
AMBULATORIO P.O. 'BARONE ROMEO' PATTI

BOZZA

## 6. Scheda tecnica ASP Palermo




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Corleone | 26.613 | 2% |
| Petralia Sottana | 28.529 | 2% |
| Lercara Friddi | 31.825 | 3% |
| Cefalù | 44.576 | 4% |
| Misilmeri | 54.099 | 4% |
| Termini Imerese | 63.685 | 5% |
| Partinico | 73.134 | 6% |
| Carini | 75.058 | 6% |
| Bagheria | 92.809 | 7% |
| Palermo | 756.520 | 61% |
| TOTALE | 1.246.848 | 100% |
| MEDIA | 124.685 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 31 | 111 | 125.694 | | **10,7%** |
| MISTA | 16 | 63 | 51.764 | | **6,1%** |
| IN RETE | 71 | 305 | 318.618 | | **29,5%** |
| SEMPLICE | 35 | 142 | 129.608 | | **13,7%** |
| **TOTALE** | **153** | **621** | **625.684** | **1.033** | **60,1%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 625.684 |
| Pop assistibile | 1.045.808 |
| Indice di saturazione % | 60 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 12 | 54 | 41.937 | | |
| **TOTALE** | **12** | **54** | **41.937** | **223** | **24,2%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 41.937 |
| Pop assistibile | 198.872 |
| Indice di saturazione % | 21 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Cefalù | Carini | Petralia Sottana | Misilmeri | Termini Imerese | Lercara Friddi | Bagheria | Corleone | Partinico | Palermo |
| N° punti di Guardia Medica | 9 | 6 | 9 | 11 | 10 | 8 | 5 | 7 | 9 | 11 |
| Pop distretto | 44.576 | 75.058 | 28.529 | 54.099 | 63685 | 31.825 | 92.809 | 26.613 | 73134 | 756.520 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 20,2 | 8,0 | 31,5 | 20,3 | 15,7 | 25,1 | 5,4 | 26,3 | 12,3 | 1,5 |

**ANALISI AMBULATORI**

| Distretto | Cefalù | | | | | distretto n. 2 | Termini Imerese | | | | distretto n. 4 | distretto n. 5 | | Lercara Friddi | Partinico | | | | | Carini | distretto n. 9 | distretto n. 10 | | | distretto n. 11 | distretto n. 12 | distretto n. 13 | | | distretto n. 14 | TOTALE AMBULATORI PER BRANCA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sede Ambulatorio** | distretto n. 1 Cefalù | distretto n. 1 Castelbuono | distretto n. 1 Gratteri | Isnello | Collesano | Petralia sottana | Termini Imerese | Cerda | Caltavuturo | P.O. S. Cimino | distretto n. 4 | distretto n. 5 | distretto n. 5 | Lercara Friddi | distretto n. 7 Partinico | distretto n. 7 Partinico | distretto n. 7 Partinico | distretto n. 7 Partinico | distretto n. 7 Partinico | Carini | distretto n. 9 | distretto n. 10 | distretto n. 10 | distretto n. 10 | distretto n. 11 | distretto n. 12 | distretto n. 13 | distretto n. 13 | distretto n. 13 | distretto n. 14 Poli ambulatorio Oreto/ Guadagna | |
| N.Ambulatori | 9 | 3 | 1 | 1 | 1 | 7 | 10 | 2 | 1 | | 11 +Radiologia +Laboratorio Analisi +FKT | 6 | 3 + 1 di FKT | 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 9 | 8 | 25 | 15 | 5 | 22 | 5 | 7 | 13 | 3 | 12 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 34 | 34 | 1 | 2 | 2 | 30 | 43 | 4 | 9 | | 38 | 42 | 38 | 40 | 10 | 15 | 25 | 17 | 50 | 44 | 36 | 50 | 60 | 20 | 55 | 36 | 55 | 57 | 50 | 43 | |
| N giorni apertura settimanali | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 1 | 2 | | 6 | 5 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| Audiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| Citologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| Diagnostica per immagini-Radiologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| Fisiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| Fisiochinesiterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Gastroenterologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| Laboratorio analisti chimico cliniche micr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| NPI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 17 |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Psichiatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | 15 | 6 | 1 | 1 | 1 | 15 | 18 | 2 | 2 | 2 | 18 | 13 | 8 | 18 | 1 | 2 | 2 | 1 | 12 | 20 | 15 | 21 | 18 | 5 | 22 | 10 | 12 | 18 | 4 | 16 | |

BOZZA

**ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO**

| BRANCA | Distretto 1 | Distretto 2 | Distretto 3 | Distretto 4 | Distretto 5 | Distretto 6 | Distretto 7 | Distretto 8 | Distretto 9 | Distretto 10 | Distretto 11 | Distretto 12 | Distretto 13 | Distretto 14 | Dip. Di Prevenzione Medico | E. Albanese | TOTALE PER SPECIALITA' |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| allergologia | | 10 | 10 | 22 | | | | | 3 | 4 | | | | 18 | | | **67** |
| angiologia | | 13 | 9 | | | | | | | 42 | 26 | 8 | | | | | **98** |
| audiologia | | | 4 | 12 | | | | 12 | | 14 | | | | | | | **42** |
| biologia | | | | 35 | 36 | | | | | 24 | 39 | | 134 | 30 | 64 | 30 | **392** |
| cardiologia | 17 | 15 | 24 | 42 | 20 | 41 | | 22 | 34 | 75 | 38 | 20 | 88 | 10 | | 12 | **457** |
| chirurgia | | | | | | | 5 | 21 | 6 | 12 | 16 | | 21 | 8 | | | **89** |
| citologia | | | | | | | | | | | 140 | | | | | | **140** |
| dermatologia | 13 | 8 | 14 | 14 | 6 | 10 | 19 | 12 | 6 | 35 | 36 | 21 | 35 | 30 | | | **258** |
| diabetologia | 22 | 7 | 27 | | 15 | 13 | | | 9 | 40 | 40 | 31 | 38 | | | | **242** |
| endocrinologia | 8 | 6 | 5 | | 10 | 10 | 10 | 16 | 5 | 40 | 13 | | 16 | 9 | | | **148** |
| fisiatria | | | | 26 | 3 | 5 | | 11 | 12 | 48 | 36 | | 3 | | | 30 | **174** |
| gastroenterologia | | | | | | | | | | | | | | 18 | | | **18** |
| geriatria | 18 | | 4 | | | | 8 | 12 | 8 | 34 | 10 | 8 | 8 | 10 | | | **120** |
| igiene | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | **14** |
| lab analisi | | | | 51 | | 34 | | | | 44 | 114 | | 68 | 38 | | | **349** |
| med.sport | 17 | | | 22 | 2 | 3 | 12 | | | | | 3 | | | | | **59** |
| medicina generale | | | | | | | | | | 28 | 30 | | 34 | | | | **92** |
| medic.int. | | | 24 | | | | | | | 45 | 15 | | 12 | | | 10 | **106** |
| nefrologia | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | | 3 | 14 | | | | | 6 | | | | **43** |
| neur.psich.infant. | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | **14** |
| neurologia | 10 | 4 | 13 | 18 | 14 | 12 | 11 | 6 | 7 | 42 | 54 | 9 | 31 | 12 | | | **243** |
| oculistica | 19 | 17 | 32 | 10 | 14 | 25 | 16 | 6 | 13 | 108 | 42 | 27 | 66 | 58 | | | **451** |
| odontoiatria | 32 | 9 | 38 | 38 | 25 | 29 | | 8 | 18 | 101 | 38 | | 41 | 31 | | | **406** |
| odont protes | | | | | | | | | | 10 | 22 | | | 6 | | | **38** |
| oncologia | | | 34 | 5 | | | | 3 | 3 | 17 | 6 | | 32 | 5 | | | **104** |
| ortopedia | 16 | 12 | 31 | 40 | 14 | 20 | 4 | 10 | 12 | 57 | 30 | 9 | 65 | | | | **319** |
| ostetricia | 5 | | | | | 6 | | 4 | | 49 | 27 | | 30 | 11 | | | **131** |
| otorino | 25 | 13 | 11 | 29 | 9 | 12 | 22 | 16 | 8 | 90 | 35 | 16 | 103 | | | | **387** |
| patol.clin. | | | | | | | | | | 38 | | | | | | | **38** |
| pediatria | | | | | | | | | | 21 | 3 | | 18 | | | | **42** |
| pneumologia | | | | 8 | | | | | | 30 | 18 | | 5 | | | | **61** |
| psich infant | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | **4** |
| psichiatria | | | | | | | | | | 16 | | | | | | | **16** |
| radiologia | | 22 | 38 | 37 | | 30 | | | | 77 | 68 | | 59 | 39 | | | **369** |
| reumatologia | 4 | 3 | 9 | 23 | 4 | 4 | 8 | | | 11 | 26 | | | 13 | | | **104** |
| urologia | 10 | 4 | 9 | 10 | 6 | 15 | | 8 | 6 | 33 | 18 | | 36 | 11 | | | **166** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **220** | **145** | **339** | **447** | **181** | **269** | **117** | **180** | **149** | **1.215** | **938** | **151** | **947** | **357** | **64** | **82** | **5.797** |

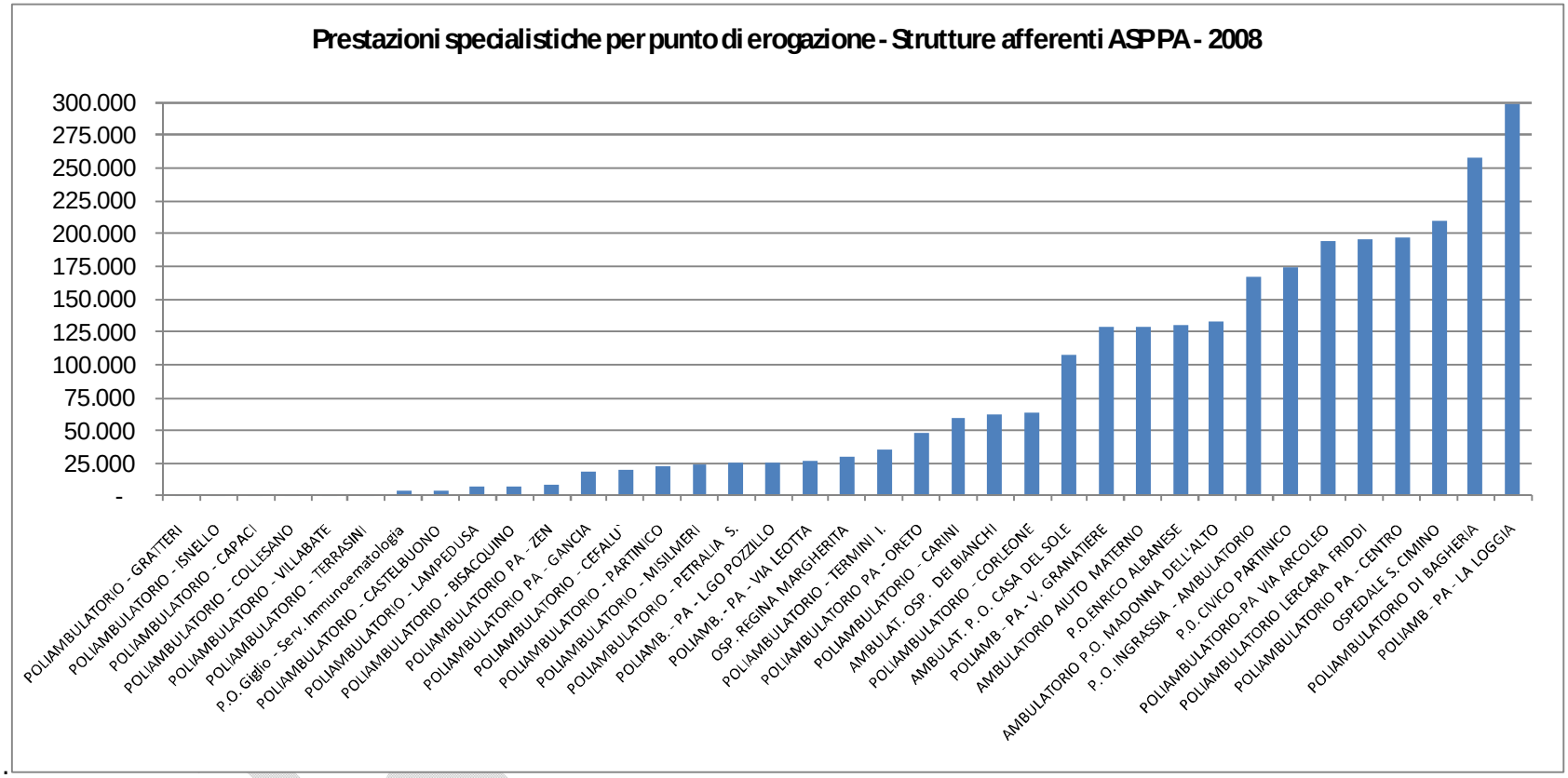
| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| allergologia | 2 |
| angiologia | 4 |
| audiologia | 2 |
| biologia | 13 |
| cardiologia | 17 |
| chirurgia | 5 |
| citologia | 4 |
| dermatologia | 9 |
| diabetologia | 10 |
| endocrinologia | 6 |
| fisiatria | 7 |
| gastroenterologia | 1 |
| geriatria | 4 |
| igiene | 1 |
| lab analisi | 11 |
| med.sport | 4 |
| medicina generale | 6 |
| medic.int. | 3 |
| nefrologia | 2 |
| neur.psich.infant. | 1 |
| neurologia | 9 |
| oculistica | 16 |
| odontoiatria | 17 |
| odont protes | 1 |
| oncologia | 3 |
| ortopedia | 11 |
| ostetricia | 5 |
| otorino | 13 |
| patol.clin. | 1 |
| pediatria | 2 |
| pneumologia | 2 |
| psich infant | 1 |
| psichiatria | 2 |
| radiologia | 12 |
| reumatologia | 3 |
| urologia | 8 |
| **TOTALE SPECI.** | **218** |

**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Palermo**

| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PALERMO | ASP PA | BAGHERIA | T | POLIAMBULATORIO DI BAGHERIA | 1 | 59.696 | 182.870 | 8.334 | 6.846 | 257.746 |
| | ASP PA | BISACQUINO | T | POLIAMBULATORIO - BISACQUINO | 1 | 3.960 | 10 | 1 | 3.704 | 7.675 |
| | ASP PA | CAPACI | T | POLIAMBULATORIO - CAPACI | 1 | 154 | | | | 154 |
| | ASP PA | CARINI | T | POLIAMBULATORIO - CARINI | 1 | 20.495 | 35.316 | 2.959 | 466 | 59.236 |
| | ASP PA | CASTELBUONO | T | POLIAMBULATORIO - CASTELBUONO | 1 | 4.914 | | 4 | | 4.918 |
| | ASP PA | CEFALU' | T | POLIAMBULATORIO - CEFALU' | 1 | 19.762 | | 1 | | 19.763 |
| | ASP PA | COLLESANO | T | POLIAMBULATORIO - COLLESANO | 1 | 199 | | | | 199 |
| | ASP PA | CORLEONE | T | POLIAMBULATORIO - CORLEONE | 1 | 23.834 | 38.039 | 1.421 | 1 | 63.295 |
| | ASP PA | GRATTERI | T | POLIAMBULATORIO - GRATTERI | 1 | 85 | | | | 85 |
| | ASP PA | ISNELLO | T | POLIAMBULATORIO - ISNELLO | 1 | 91 | | | | 91 |
| | ASP PA | LAMPEDUSA E LINOSA | T | POLIAMBULATORIO - LAMPEDUSA | 1 | 3.587 | 2.104 | 474 | 590 | 6.755 |
| | ASP PA | LERCARA FRIDDI | T | POLIAMBULATORIO LERCARA FRIDDI | 1 | 29.485 | 153.977 | 5.300 | 6.380 | 195.142 |
| | ASP PA | MISILMERI | T | POLIAMBULATORIO - MISILMERI | 1 | 18.840 | | | 4.963 | 23.803 |
| | *ASP PA* | *PALERMO* | T | *AMBULAT. P. O. CASA DEL SOLE* | *1* | *27.499* | *72.157* | *7.518* | | *107.174* |
| | ASP PA | PALERMO | T | AMBULATORIO AIUTO MATERNO | 1 | 35.211 | 91.300 | 2.757 | | 129.268 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMB - PA - LA LOGGIA | 1 | 73.587 | 206.224 | 8.701 | 10.391 | 298.903 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMB - PA - V. GRANATIERE | 1 | 42.544 | 78.678 | 7.660 | | 128.882 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMB. - PA - L.GO POZZILLO | 1 | 26.173 | | | | 26.173 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMB. - PA - VIA LEOTTA | 1 | 26.303 | | | 131 | 26.434 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMBULATORIO PA - CENTRO | 1 | 83.171 | 96.128 | 9.899 | 7.775 | 196.973 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMBULATORIO PA - GANCIA | 1 | 17.216 | | | 497 | 17.713 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMBULATORIO PA - ORETO | 1 | 43.216 | | 5.495 | | 48.711 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMBULATORIO PA - ZEN | 1 | 8.544 | | | | 8.544 |
| | ASP PA | PALERMO | T | POLIAMBULATORIO-PA VIA ARCOLEO | 1 | | 194.488 | | | 194.488 |
| | ASP PA | PARTINICO | T | POLIAMBULATORIO - PARTINICO | 1 | 21.413 | | 5 | 531 | 21.949 |
| | ASP PA | PETRALIA SOTTANA | T | POLIAMBULATORIO - PETRALIA S. | 1 | 21.613 | | 4.530 | | 26.143 |
| | ASP PA | TERMINI IMERESE | T | POLIAMBULATORIO - TERMINI I. | 1 | 35.180 | | | | 35.180 |
| | ASP PA | TERRASINI | T | POLIAMBULATORIO - TERRASINI | 1 | 594 | | 3 | 2 | 599 |
| | ASP PA | VILLABATE | T | POLIAMBULATORIO - VILLABATE | 1 | 339 | | | | 339 |
| | ASP PA | CEFALU' | TH | P.O. Giglio - Serv. Immunoematologia | 1 | 1 | 4.831 | | | 4.832 |
| | ASP PA | CORLEONE | TH | AMBULAT. OSP. DEI BIANCHI | 1 | 4.843 | 53.959 | 3.114 | | 61.916 |
| | ASP PA | PALAZZO ADRIANO | TH | OSP. REGINA MARGHERITA | 1 | 470 | 28.431 | 1.243 | | 30.144 |
| | ASP PA | PALERMO | TH | P. O. INGRASSIA - AMBULATORIO | 1 | 24.533 | 134.423 | 4.838 | 3.765 | 167.559 |
| | ASP PA | PALERMO | TH | P.O.ENRICO ALBANESE | 1 | 11.592 | 104.634 | | 13.935 | 130.161 |
| | ASP PA | PARTINICO | TH | P.O. CIVICO PARTINICO | 1 | 29.534 | 139.137 | 5.076 | | 173.747 |
| | ASP PA | PETRALIA SOTTANA | TH | AMBULATORIO P.O. MADONNA DELL'ALTO | 1 | 17.860 | 108.122 | 6.907 | | 132.889 |
| | ASP PA | TERMINI IMERESE | TH | OSPEDALE S. CIMINO | 1 | 33.366 | 170.928 | 5.519 | | 209.813 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | 37 | 769.904 | 1.895.756 | 91.759 | 59.977 | 2.817.396 |
| | Sp.Gest. | CEFALU' | H | NUOVO OSPEDALE DI CEFALU' | 1 | 62.543 | 133.409 | 28.686 | 1.361 | 225.999 |
| | Osp.Cl. | PALERMO | H | BUCCHERI LA FERLA | 1 | 44.708 | 194.935 | 17.584 | | 257.227 |
| | AO PA | PALERMO | H | AO CERVELLO | 1 | 173.476 | 329.609 | 31.645 | 385 | 535.115 |
| | AO PA | PALERMO | H | VILLA SOFIA | 1 | 148.317 | 214.161 | 21.247 | 32.073 | 415.798 |
| | AOU PA | PALERMO | H | POLICLINICO PA | 1 | 492.527 | 67.579 | 27.105 | 960 | 588.171 |
| | ARNAS PA - CIVICO | PALERMO | H | A.R.N.A.S.P.O. CIVICO E BENFR | 1 | 245.000 | 189.551 | 8.008 | 33.647 | 476.206 |
| | ARNAS PA - CIVICO | PALERMO | H | ONCOLOGICO M. ASCOLI (ARNAS CIVICO) | 1 | 47.990 | 28.832 | 15.281 | 12 | 92.115 |
| | ARNAS PA - CIVICO | PALERMO | H | OSP.DEI BAMBINI G.DI CRISTINA (ARNAS CIVICO) | 1 | 19.748 | 123.579 | 2.747 | 941 | 147.015 |
| | | | **H** | **Punti di erogazione ospedalieri** | 8 | 1.234.309 | 1.281.655 | 152.303 | 69.379 | 2.737.646 |
| | ASP PA | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **376** | **1.232.390** | **7.515.704** | **330.950** | **1.054.741** | **10.133.785** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **421** | **3.236.603** | **10.693.115** | **575.012** | **1.184.097** | **15.688.827** |

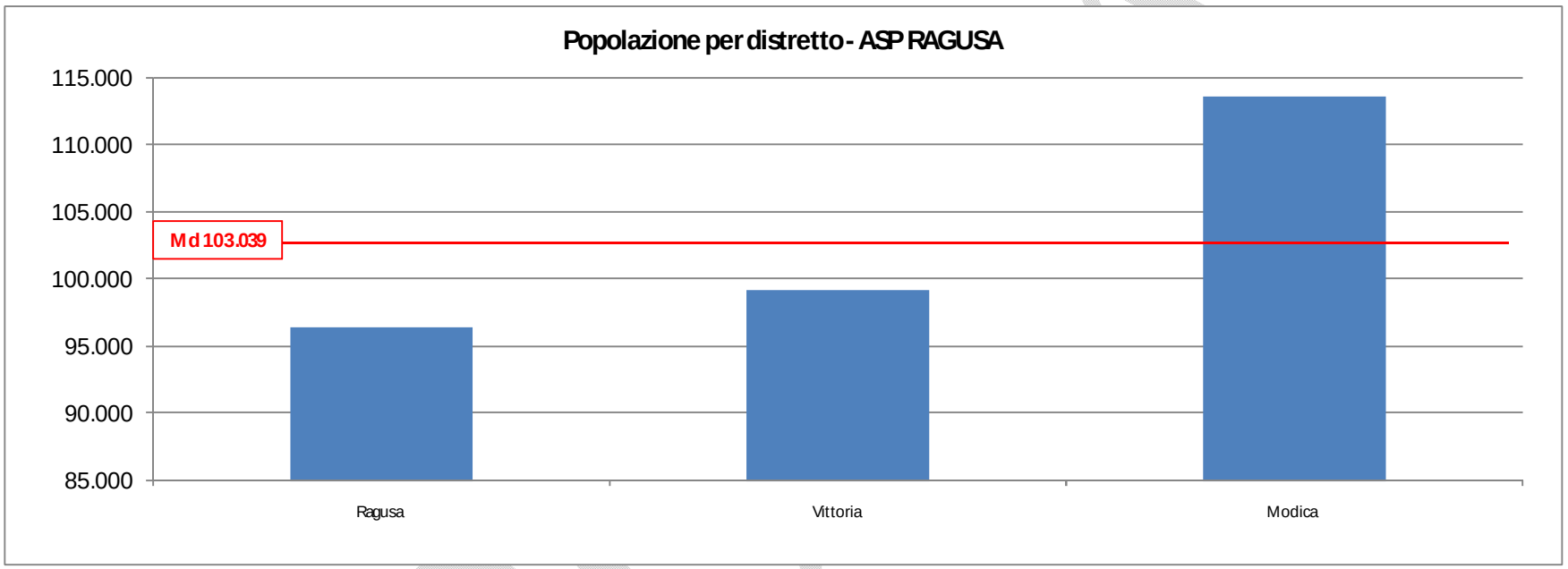
BOZZA

N. B. le informazioni delle tabelle "ore lavorative per branca/distretto" e "analisi ambulatori" non sono dettagliate per distretto perché pervenute




aggregate.

## 7. Scheda tecnica ASP Ragusa




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Ragusa | 96.399 | 31% |
| Vittoria | 99.151 | 32% |
| Modica | 113.567 | 37% |
| TOTALE | 309.117 | 100% |
| MEDIA | 103.039 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma associativa** | **N. Associazioni** | **N. Medici** | **N.assistiti** | **Totale medici** | **%MEDICI ASSOCIATI** |
| GRUPPO | 8 | 39 | 51.016 | | **15,6%** |
| MISTA | - | - | - | | **0,0%** |
| IN RETE | 23 | 111 | 141.031 | | **44,4%** |
| SEMPLICE | 9 | 44 | 43.785 | | **17,6%** |
| **TOTALE** | **40** | **194** | **235.832** | **250** | **77,6%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 235.832 |
| Pop assistibile | 264.911 |
| Indice di saturazione % | 89 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Forma associativa** | **N. Associazioni** | **N. Medici** | **N.assistiti** | **Totale medici** | **%MEDICI ASSOCIATI** |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 10 | 29 | 21.561 | | |
| **TOTALE** | **10** | **29** | **21.561** | **48** | **60,4%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 21.561 |
| Pop assistibile | 48.990 |
| Indice di saturazione % | 44 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | |
|---|---|---|---|
| **DISTRETTI** | **Vittoria** | **Ragusa** | **Modica** |
| N° punti di Guardia Medica | 5 | 8 | 6 |
| pop distretto | 99.151 | 96.399 | 113.567 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 5,0 | 8,3 | 5,3 |

| Distretto | Vittoria | | Ragusa | | | | | TOTALE AMBULATORI PER BRANCA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sede Ambulatorio** | Acate | Vittoria | Chiaramonte Gulfi | Ragusa | Giarratana | Monterosso Almo | poliamb. S. C. Camerina | |
| N Ambulatori | 4 | 17 | 2 | 18 | 2 | 2 | 2 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 36 | 45 | 36 | 60 | 36 | 36 | 36 | |
| N giorni apertura settimanali | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | **0** |
| Anestesia | | | | | | | | **0** |
| Angiologia | | | | | | | | **2** |
| Audiologia | | | | | | | | **0** |
| Cardiologia | | | | | | | | **7** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | **2** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | **3** |
| Diabetologia | | | | | | | | **0** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diag. | | | | | | | | **2** |
| Endocrinologia | | | | | | | | **2** |
| Fisiatria | | | | | | | | **2** |
| Fisiochinesiterapia | | | | | | | | **1** |
| Gastroenterologia | | | | | | | | **2** |
| Geriatria | | | | | | | | **7** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e micr. | | | | | | | | **0** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | **0** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | **0** |
| Medicina generale | | | | | | | | **0** |
| Medicina interna | | | | | | | | **4** |
| Medicina legale | | | | | | | | **0** |
| Nefrologia | | | | | | | | **0** |
| Neurologia | | | | | | | | **4** |
| Neuropsichiatria | | | | | | | | **1** |
| Oculistica | | | | | | | | **1** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | **1** |
| Oncologia | | | | | | | | **0** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | **1** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | **2** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | **5** |
| Pediatria | | | | | | | | **0** |
| Pneumologia | | | | | | | | **4** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | **0** |
| Radioterapia | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | **4** |
| Urologia | | | | | | | | **2** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **4** | **18** | **8** | **9** | **6** | **6** | **8** | |

BOZZA

| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **Distretto 1** | **Distretto 2** | **Distretto n** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| ANGIOLOGIA | 13 | 19 | 5 | **37** |
| CARDIOLOGIA | 34 | 43 | 34 | **111** |
| CHIRURGIA | 0 | 0 | 11 | **11** |
| DERMATOLOGIA | 20 | 16 | 0 | **36** |
| ENDOCRINOLOGIA | 6 | 5 | 9 | **20** |
| FISIATRIA | 43 | 19 | 14 | **76** |
| GASTROENTEROLOGIA | 3 | 18 | 9 | **30** |
| GERIATRIA | 7 | 29 | 19 | **55** |
| MEDICINA INTERNA | 6 | 10 | 22 | **38** |
| NEUROLOGIA | 19 | 7 | 6 | **32** |
| OCULISTICA | 89 | 56 | 48 | **193** |
| ODONTOIATRIA | 31 | 20 | 47 | **98** |
| ORTOPEDIA | 8 | 12 | 16 | **36** |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 4 | 16 | 18 | **38** |
| OTOIATRIA | 19 | 24 | 30 | **73** |
| PATOLOGIA CLINICA | 36 | 0 | 38 | **74** |
| PNEUMOLOGIA | 28 | 8 | 0 | **36** |
| RADIOLOGIA | 20 | 75 | 36 | **131** |
| REUMATOLOGIA | 9 | 15 | 0 | **24** |
| UROLOGIA | 8 | 11 | 0 | **19** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **403** | **403** | **362** | **1168** |

| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| ANGIOLOGIA | 2 |
| CARDIOLOGIA | 4 |
| CHIRURGIA | 1 |
| DERMATOLOGIA | 1 |
| ENDOCRINOLOGIA | 1 |
| FISIATRIA | 2 |
| GASTROENTEROLOGIA | 1 |
| GERIATRIA | 2 |
| MEDICINA INTERNA | 1 |
| NEUROLOGIA | 2 |
| OCULISTICA | 6 |
| ODONTOIATRIA | 3 |
| ORTOPEDIA | 1 |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 1 |
| OTOIATRIA | 2 |
| PATOLOGIA CLINICA | 2 |
| PNEUMOLOGIA | 2 |
| RADIOLOGIA | 5 |
| REUMATOLOGIA | 1 |
| UROLOGIA | 1 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **41** |

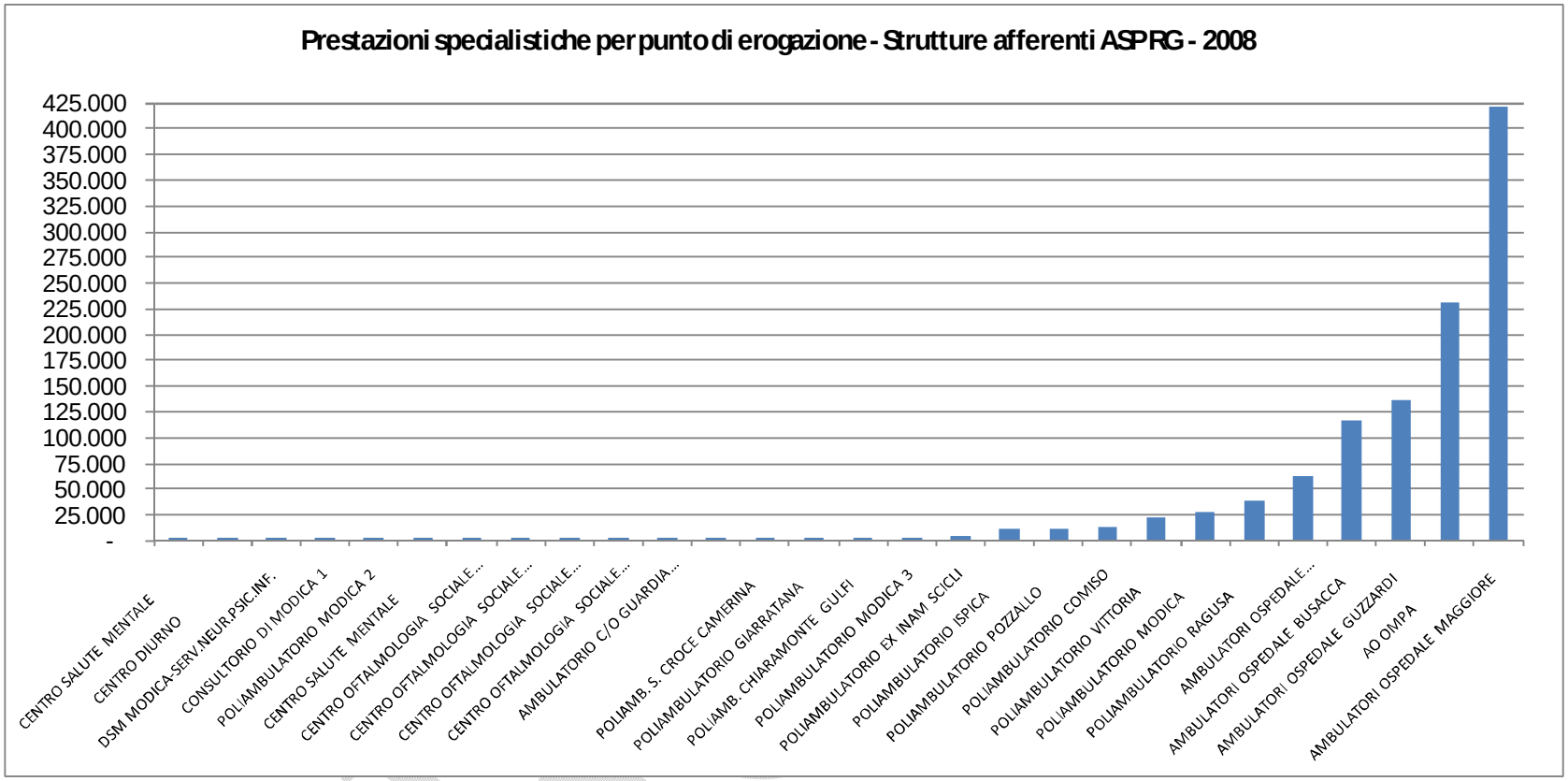
N. B. nella tabella "ore lavorative per branca/distretto" non è indicata la denominazione dei distretti. Le informazioni sono pervenute in tale forma aggregata.

BC

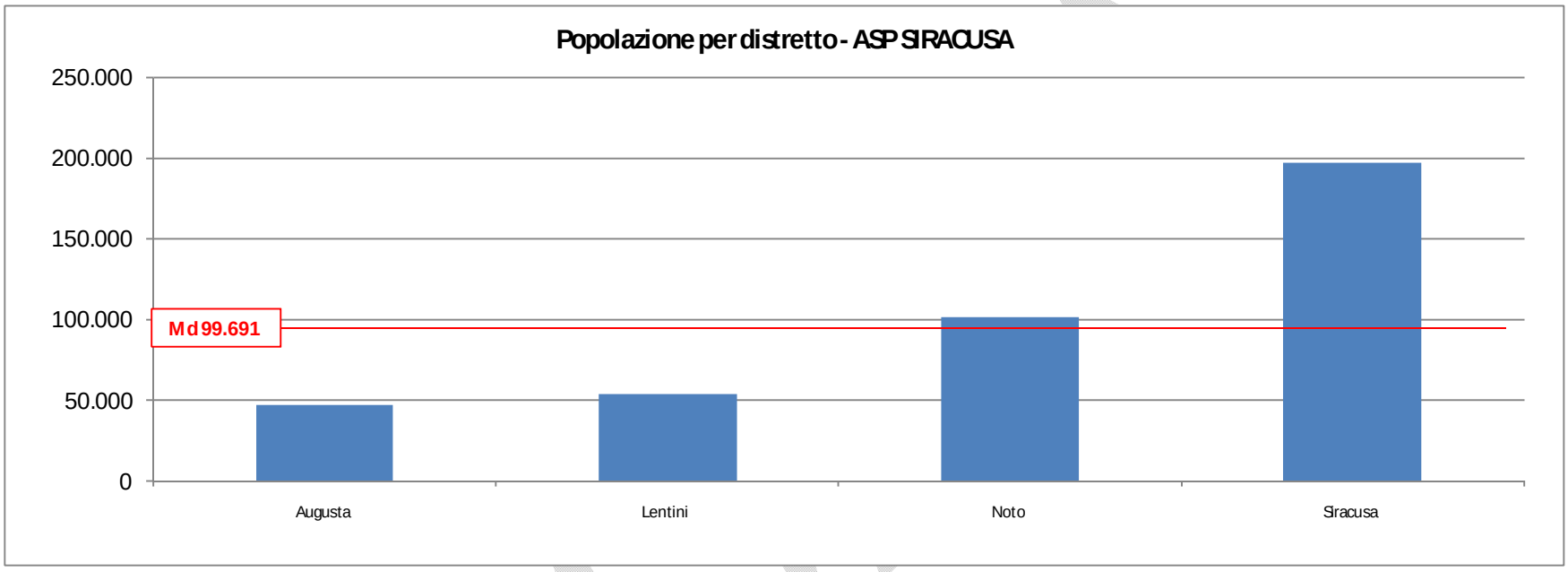
**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Ragusa**

| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAGUSA | ASP RG | ACATE | T | AMBULATORIO C/O GUARDIA MEDICA | 1 | 1.339 | | | | 1.339 |
| | ASP RG | CHIARAMONTE GULFI | T | POLI AMB. CHIARAMONTE GULFI | 1 | 2.806 | | | | 2.806 |
| | ASP RG | COMISO | T | POLIAMBULATORIO COMISO | 1 | 9.853 | | 267 | 4.018 | 14.138 |
| | ASP RG | GIARRATANA | T | POLIAMBULATORIO GIARRATANA | 1 | 1.963 | | | | 1.963 |
| | ASP RG | ISPICA | T | CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE - ISPICA | 1 | 517 | | | | 517 |
| | ASP RG | ISPICA | T | POLIAMBULATORIO ISPICA | 1 | 4.648 | 297 | | 6.270 | 11.215 |
| | ASP RG | MODICA | T | CENTRO DIURNO | 1 | 116 | | | | 116 |
| | ASP RG | MODICA | T | CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE - MODICA | 1 | 1.054 | | | | 1.054 |
| | ASP RG | MODICA | T | CENTRO SALUTE MENTALE | 1 | 81 | | | | 81 |
| | ASP RG | MODICA | T | CONSULTORIO DI MODICA 1 | 1 | 196 | | | | 196 |
| | ASP RG | MODICA | T | DSM MODICA-SERV.NEUR.PSI.C.INF. | 1 | 131 | | | | 131 |
| | ASP RG | MODICA | T | POLIAMBULATORIO MODICA | 1 | 22.374 | 1.269 | 2.162 | 2.299 | 28.104 |
| | ASP RG | MODICA | T | POLIAMBULATORIO MODICA 2 | 1 | 221 | | | | 221 |
| | ASP RG | MODICA | T | POLIAMBULATORIO MODICA 3 | 1 | 3.014 | | | | 3.014 |
| | ASP RG | MONTEROSSO ALMO | T | POLIAMBULAT. MONTEROSSO ALMO | 1 | 1.414 | | | | 1.414 |
| | ASP RG | POZZALLO | T | POLIAMBULATORIO POZZALLO | 1 | 6.314 | | | 5.926 | 12.240 |
| | ASP RG | RAGUSA | T | CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE - RAGUSA | 1 | 634 | | | | 634 |
| | ASP RG | RAGUSA | T | CENTRO SALUTE MENTALE | 1 | 249 | | | | 249 |
| | ASP RG | RAGUSA | T | POLIAMBULATORIO RAGUSA | 1 | 32.273 | | 4.760 | 2.427 | 39.460 |
| | ASP RG | SANTA CROCE CAMERINA | T | POLI AMB. S. CROCE CAMERINA | 1 | 1.453 | | | | 1.453 |
| | ASP RG | SCICLI | T | POLIAMBULATORIO EX INAM SCICLI | 1 | 4.582 | | | 333 | 4.915 |
| | ASP RG | VITTORIA | T | CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE - VITTORIA | 1 | 678 | | | | 678 |
| | ASP RG | VITTORIA | T | POLIAMBULATORIO VITTORIA | 1 | 15.653 | | 2.667 | 4.040 | 22.360 |
| | ASP RG | COMISO | TH | AMBULATORI OSPEDALE REG.MARGH. | 1 | 9.857 | 48.740 | 4.198 | | 62.795 |
| | ASP RG | MODICA | TH | AMBULATORI OSPEDALE MAGGIORE | 1 | 84.219 | 309.160 | 12.137 | 16.489 | 422.005 |
| | ASP RG | *RAGUSA* | *TH* | *AO OMPA* | *1* | *83.607* | *124.493* | *13.765* | *9.518* | *231.383* |
| | ASP RG | SCICLI | TH | AMBULATORI OSPEDALE BUSACCA | 1 | 26.939 | 72.774 | 7.099 | 10.692 | 117.504 |
| | ASP RG | VITTORIA | TH | AMBULATORI OSPEDALE GUZZARDI | 1 | 30.276 | 91.931 | 7.236 | 7.190 | 136.633 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **28** | **346.461** | **648.664** | **54.291** | **69.202** | **1.118.618** |
| | | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **43** | **59.045** | **1.222.420** | **32.259** | **27.217** | **1.340.941** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **71** | **405.506** | **1.871.084** | **86.550** | **96.419** | **2.459.559** |

BOZZA


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASP RG - 2008
425.000
400.000
375.000
350.000
325.000
300.000
275.000
250.000
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
CENTRO SALUTE MENTALE
CENTRO DIURNO
DSM MODICA-SERV.NEUR.PSIC.INF.
CONSULTORIO DI MODICA 1
POLIAMBULATORIO MODICA 2
CENTRO SALUTE MENTALE
CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE...
CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE...
CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE...
CENTRO OFTALMOLOGIA SOCIALE...
AMBULATORIO C/O GUARDIA...
POLIAMB. S. CROCE CAMERINA
POLIAMBULATORIO GIARRATANA
POLIAMB. CHIARAMONTE GULFI
POLIAMBULATORIO MODICA 3
POLIAMBULATORIO EX INAM SCICLI
POLIAMBULATORIO ISPICA
POLIAMBULATORIO POZZALLO
POLIAMBULATORIO COMISO
POLIAMBULATORIO VITTORIA
POLIAMBULATORIO MODICA
POLIAMBULATORIO RAGUSA
AMBULATORI OSPEDALE...
AMBULATORI OSPEDALE BUSACCA
AMBULATORI OSPEDALE GUZZARDI
AO OMPA
AMBULATORI OSPEDALE MAGGIORE

## 8. Scheda tecnica ASP Siracusa




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Augusta | 46.706 | 12% |
| Lentini | 54.015 | 14% |
| Noto | 101.214 | 25% |
| Siracusa | 196.827 | 49% |
| TOTALE | 398.762 | 100% |
| MEDIA | 99.691 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | % MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 7 | 26 | 35.552 | | **7,8%** |
| MISTA | 4 | 22 | 28.055 | | **6,6%** |
| IN RETE | 13 | 62 | 77.310 | | **18,6%** |
| SEMPLICE | 28 | 122 | 138.399 | | **36,5%** |
| **TOTALE** | **52** | **232** | **279.316** | **334** | **69,5%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 279.316 |
| Pop assistibile | 343.533 |
| Indice di saturazione % | 81 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | % MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | 9 | 31 | 24.433 | | |
| **TOTALE** | **9** | **31** | **24.433** | **67** | **46,3%** |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | 24.433 |
| Pop assistibile | 59.307 |
| Indice di saturazione % | 41 |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Noto | Augusta | Siracusa | Lentini |
| N° punti di Guardia Medica | 6 | 3 | 14 | 4 |
| Pop distretto | 101.214 | 46.706 | 196.827 | 54015 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 5,9 | 6,4 | 7,1 | 7,4 |

| ANALISI AMBULATORI | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **Siracusa** | | | | | | | **Lentini** | | **Augusta** | **Noto** | | | **TOTALE AMBULATORI PER BRANCA** |
| **Sede Ambulatorio** | Siracusa | Siracusa | Sortino | Sortino | Palazzolo | Ferla | Buccheri | Lentini | Francofonte | Augusta | Ospedale Trigona | Pachino | Rosolini | |
| N Ambulatori | 17 | 1 | 2 | 1 | 9 | 1 | 1 | 11 | 1 | 15 | 5 | 7 | 7 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 40 | 32 | 7 | 9 | 36 | | | 29 | 29 | 29 | 37 | 37 | 36 | |
| N giorni apertura settimanali | 6 | 6 | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 | 5 | 1 | 5 | 6 | 6 | 6 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Andrologia | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Audiologia | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diag. | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | | **6** |
| Fisiatria | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Fisiochinesiterapia | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Gastroenterologia | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e micr. | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | | **6** |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | | **6** |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Otoiatria | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | | **4** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **20** | **1** | **5** | **2** | **17** | **2** | **1** | **13** | **1** | **15** | **10** | **11** | **6** | |

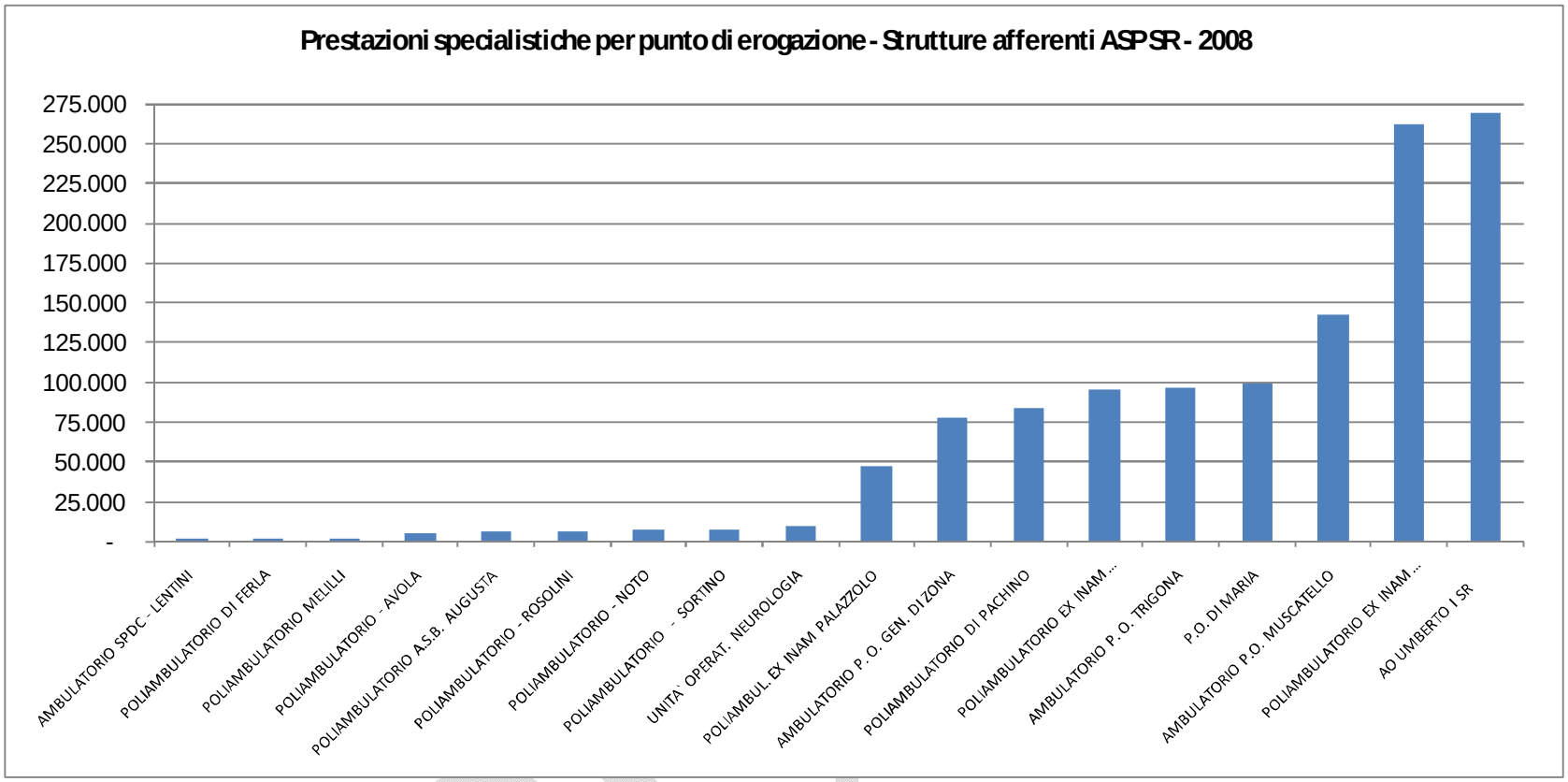
| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **Siracusa** | **Lentini** | **Augusta** | **Noto** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| Allergologia | 14 | 5 | 9 | 6 | **48** |
| Andrologia | 2 | | | | **4** |
| Cardiologia | 54 | 38 | 35 | 18 | **199** |
| Cardiologia | 7 | | | | **14** |
| CHIRURGIA | - | | 3 | 13 | **16** |
| Dermatologia | 29 | 38 | 14 | 64 | **174** |
| Diabetologia | 55 | | | | **110** |
| Endocrinologia | 6 | 24 | 8 | 20 | **64** |
| Endocrinologia | 30 | | | | **60** |
| FISIATRIA | - | 24 | | | **24** |
| Gastroenterologia | 14 | 10 | 13 | | **51** |
| Geriatria | 6 | | | 6 | **18** |
| ginecologia | - | | 10 | | **10** |
| ginecologia e Ostetricia | 34 | | | | **68** |
| LAB. ANALISI | - | 38 | | | **38** |
| Medicina dello Sport | 38 | | | | **76** |
| Medicina Interna | 21 | | | | **42** |
| Nefrologia | 12 | | 5 | 8 | **37** |
| Neurologia | 6 | 10 | 4 | 15 | **41** |
| Oculistica | 121 | 48 | 39 | 15 | **344** |
| Odontoiatria | 37 | 21 | 26 | 31 | **152** |
| Odontoiatria - Protesi dentarie | 43 | | | | **86** |
| ORL | - | | 12 | 16 | **28** |
| Ortopedia | 44 | 29 | 14 | 24 | **155** |
| Otoiatria | 36 | 28 | | | **100** |
| Patologia Clinica | 50 | | 47 | 46 | **193** |
| Radiologia | 133 | 38 | 10 | 37 | **351** |
| Reumatologia | 6 | | | | **12** |
| Terapia Fisica | 38 | | | | **76** |
| Urologia | 5 | | | 8 | **18** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **841** | **351** | **249** | **327** | **2.609** |

| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| Allergologia | 4 |
| Andrologia | 1 |
| Cardiologia | 6 |
| Cardiologia | 1 |
| CHIRURGIA | 2 |
| Dermatologia | 6 |
| Diabetologia | 3 |
| Endocrinologia | 4 |
| Endocrinologia | 2 |
| FISIATRIA | 1 |
| Gastroenterologia | 4 |
| Geriatria | 2 |
| ginecologia | 2 |
| ginecologia e Ostetricia | 1 |
| LAB. ANALISI | 1 |
| Medicina dello Sport | 1 |
| Medicina Interna | 1 |
| Nefrologia | 3 |
| Neurologia | 5 |
| Oculistica | 11 |
| Odontoiatria | 7 |
| Odontoiatria - Protesi dentarie | 2 |
| ORL | 3 |
| Ortopedia | 7 |
| Otoiatria | 3 |
| Patologia Clinica | 7 |
| Radiologia | 7 |
| Reumatologia | 1 |
| Terapia Fisica | 1 |
| Urologia | 2 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **101** |

**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Siracusa**

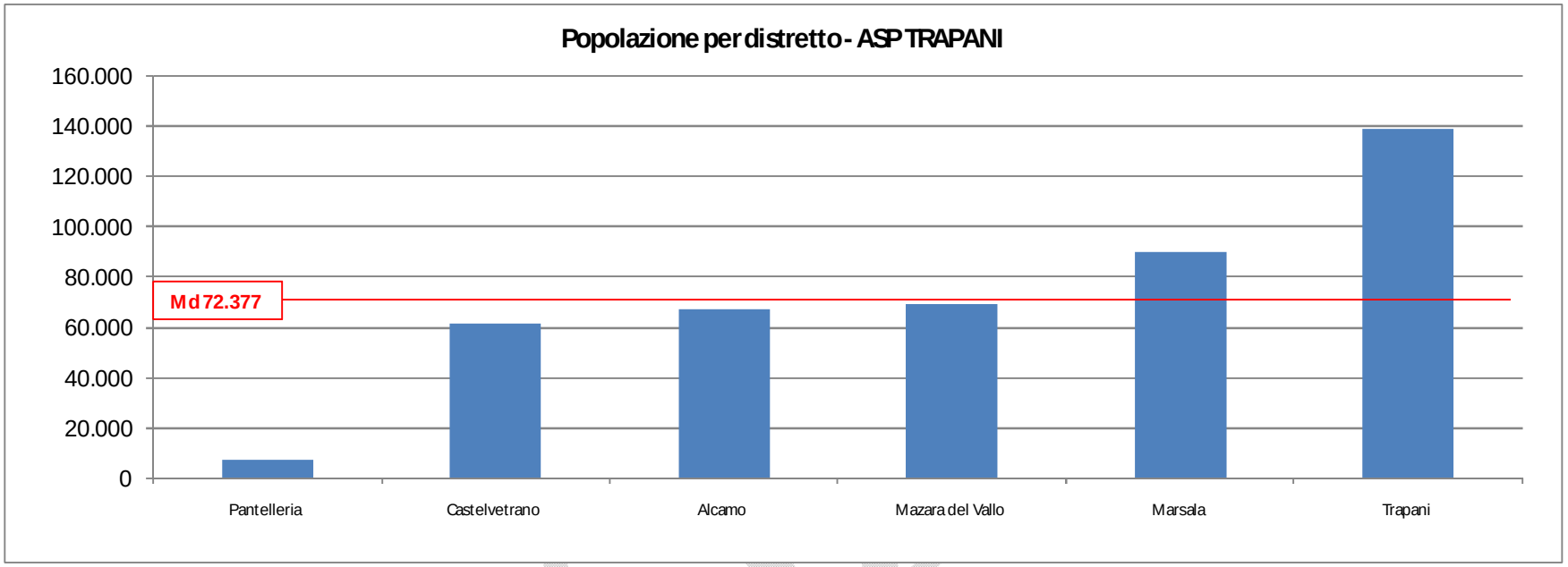
| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIRACUSA | ASP SR | AUGUSTA | T | POLIAMBULATORIO A.S.B. AUGUSTA | 1 | 4.701 | 1.781 | 74 | | 6.556 |
| | ASP SR | AVOLA | T | POLIAMBULATORIO - AVOLA | 1 | 3.101 | 2.496 | | | 5.597 |
| | ASP SR | CASSARO | T | POLIAMBULATORIO DI FERLA | 1 | 567 | | | | 567 |
| | ASP SR | LENTINI | T | AMBULATORIO SPDC - LENTINI | 1 | 4 | | | | 4 |
| | ASP SR | LENTINI | T | POLIAMBULATORIO EX INAM LENTINI | 1 | 8.965 | 13.573 | 800 | 72.700 | 96.038 |
| | ASP SR | MELILLI | T | POLIAMBULATORIO MELILLI | 1 | 2.165 | | | | 2.165 |
| | ASP SR | NOTO | T | POLIAMBULATORIO - NOTO | 1 | 6.157 | | 1.152 | | 7.309 |
| | ASP SR | PACHINO | T | POLIAMBULATORIO DI PACHINO | 1 | 7.377 | 59.197 | | 17.380 | 83.954 |
| | ASP SR | PALAZZOLO ACREIDE | T | POLIAMBUL. EX INAM PALAZZOLO | 1 | 7.541 | 36.641 | 2.270 | 483 | 46.935 |
| | ASP SR | ROSOLINI | T | POLIAMBULATORIO - ROSOLINI | 1 | 6.924 | | | | 6.924 |
| | ASP SR | SIRACUSA | T | POLIAMBULATORIO EX INAM SIRACUSA | 1 | 65.067 | 106.077 | 11.452 | 80.098 | 262.694 |
| | ASP SR | SIRACUSA | T | UNITA` OPERAT. NEUROLOGIA | 1 | 8.598 | | | 821 | 9.419 |
| | ASP SR | SORTINO | T | POLIAMBULATORIO - SORTINO | 1 | 6.892 | 1.052 | | | 7.944 |
| | *ASP SR* | *AUGUSTA* | TH | AMBULATORIO P.O. MUSCATELLO | *1* | *37.329* | *76.490* | *7.732* | *21.004* | *142.555* |
| | ASP SR | AVOLA | TH | P.O. DI MARIA | 1 | 33.831 | 59.636 | 5.100 | | 98.567 |
| | ASP SR | LENTINI | TH | AMBULATORIO P. O. GEN. DI ZONA | 1 | 42.970 | 33.001 | 2.301 | | 78.272 |
| | ASP SR | NOTO | TH | AMBULATORIO P. O. TRIGONA | 1 | 13.800 | 43.254 | 2.505 | 37.159 | 96.718 |
| | ASP SR | *SIRACUSA* | *TH* | *AO UMBERTO I SR* | *1* | *101.883* | *142.204* | *16.631* | *8.422* | *269.140* |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **18** | **357.872** | **575.402** | **50.017** | **238.067** | **1.221.358** |
| | | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **134** | **337.296** | **2.183.602** | **113.490** | **118.821** | **2.753.209** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **152** | **695.168** | **2.759.004** | **163.507** | **356.888** | **3.974.567** |

BOZZA


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASP SR - 2008
275.000
250.000
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
AMBULATORIO SPDC - LENTINI
POLIAMBULATORIO DI FERLA
POLIAMBULATORIO MELILLI
POLIAMBULATORIO - AVOLA
POLIAMBULATORIO A.S.B. AUGUSTA
POLIAMBULATORIO - ROSOLINI
POLIAMBULATORIO - NOTO
POLIAMBULATORIO - SORTINO
UNITA' OPERAT. NEUROLOGIA
POLIAMBUL. EX INAM PALAZZOLO
AMBULATORIO P. O. GEN. DI ZONA
POLIAMBULATORIO DI PACHINO
POLIAMBULATORIO EX INAM...
AMBULATORIO P. O. TRIGONA
P.O. DI MARIA
AMBULATORIO P.O. MUSCATELLO
POLIAMBULATORIO EX INAM...
AO UMBERTO I SR

BOZZA

## 9. Scheda tecnica ASP Trapani




| Comune | Popolazione | % |
|---|---|---|
| Pantelleria | 7.598 | 2% |
| Castelvetrano | 61.132 | 14% |
| Alcamo | 67.420 | 16% |
| Mazara del Vallo | 69.237 | 16% |
| Marsala | 89.924 | 21% |
| Trapani | 138.948 | 32% |
| TOTALE | 434.259 | 100% |
| MEDIA | 72.377 | |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | 14 | 52 | 58.318 | | **14,4%** |
| MISTA | 8 | 38 | 45.629 | | **10,5%** |
| IN RETE | 19 | 101 | 117.271 | | **27,9%** |
| SEMPLICE | 16 | 74 | 74.855 | | **20,4%** |
| **TOTALE** | **57** | **265** | **296.073** | **362** | **73,2%** |

| ASSOCIAZIONISMO MMG | |
|---|---|
| Pop assistita | 296.073 |
| Pop assistibile | 370.013 |
| Indice di saturazione % | 80 |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Forma associativa | N. Associazioni | N. Medici | N.assistiti | Totale medici | %MEDICI ASSOCIATI |
| GRUPPO | | | | | |
| MISTA | | | | | |
| IN RETE | | | | | |
| SEMPLICE | | | | | |
| **TOTALE** | | | | | |

| ASSOCIAZIONISMO PLS | |
|---|---|
| Pop assistita | |
| Pop assistibile | 65.900 |
| Indice di saturazione % | |

| ANALISI PUNTI DI GUARDIA MEDICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRETTI | Trapani | Pantelleria | Marsala | Mazara del Vallo | Castelvetrano | Alcamo |
| N° punti di Guardia Medica | 8 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 |
| pop distretto | 138.948 | 7.598 | 89.924 | 69237 | 61132 | 67.420 |
| Punti di guardia medica/100.000 ab | 5,8 | 13,2 | 2,2 | 4,3 | 8,2 | 3,0 |

NB. Non sono state rilevate informazioni relative all'associazionismo per i PLS

| ANALISI AMBULATORI | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **Trapani** | | | **Pantelleria** | **Marsala** | | **Mazzara del Vallo** | | **Castelvetrano** | | **Alcamo** | | **TOTALE AMBULATORI PER BRANCA** |
| **Sede Ambulatorio** | Trapani | Valderice | Paceco | Pantelleria | Marsala | Petrosino | Mazzara del Vallo | Salemi | Castelvetrano | Partanna | Alcamo | Castellammare | |
| N Ambulatori | 13 | 1 | 3 | 4 | 10 | 2 | 5 | 3 | 9 | 3 | 9 | 3 | |
| Ore totali di servizio settimanale | 52 | 27 | 38 | 50 | 38 | 38 | 39 | 50 | 38 | 38 | 52 | 48 | |
| N giorni apertura settimanali | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| ***Branche specialistiche presenti:*** | | | | | | | | | | | | | |
| Allergologia | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Anestesia | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Angiologia | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Audiologia | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Cardiologia | | | | | | | | | | | | | **10** |
| Chirurgia generale | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Dermosifilopatia | | | | | | | | | | | | | **11** |
| Diabetologia | | | | | | | | | | | | | **6** |
| Diagnostica per immagini-Radiologia diag. | | | | | | | | | | | | | **3** |
| Endocrinologia | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Fisiochinesiterapia | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Foniatria | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Geriatria | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Laboratorio analisti chimico cliniche e mic. | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina dello sport | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina fisica e riabilitazione | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina generale | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina interna | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Medicina legale | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Nefrologia | | | | | | | | | | | | | **4** |
| Neurologia | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Oculistica | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Odontostomatologia - chirurgia maxillofacciale | | | | | | | | | | | | | **5** |
| Oncologia | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Ortopedia e traumatologia | | | | | | | | | | | | | **9** |
| Ostetricia e ginecologia | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Otorinolaringoiatria | | | | | | | | | | | | | **8** |
| Pediatria | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Pneumologia | | | | | | | | | | | | | **1** |
| Patologia Clinica | | | | | | | | | | | | | **2** |
| Radioterapia | | | | | | | | | | | | | **0** |
| Reumatologia | | | | | | | | | | | | | **6** |
| Urologia | | | | | | | | | | | | | **8** |
| **NUMERO BRANCHE PER AMBULATORIO** | **17** | **3** | **0** | **9** | **12** | **5** | **8** | **10** | **14** | **8** | **15** | **8** | |

| ORE LAVORATIVE PER BRANCA/ DISTRETTO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BRANCA** | **Trapani** | **Pantelleria** | **Marsala** | **Mazara del Vallo** | **Castelvetrano** | **Alcamo** | **TOTALE PER SPECIALITA'** |
| ANGIOLOGIA | 28 | - | - | - | - | - | **28** |
| CARDIOLOGIA | 59 | 12 | 34 | 24 | 26 | 26 | **181** |
| CHIRURGIA | 6 | - | - | - | - | - | **6** |
| DERMATOLOGIA | 19 | 6 | 22 | 11 | 13 | 29 | **100** |
| DIABETOLOGIA | 18 | - | - | 4 | 23 | 20 | **65** |
| ENDOCRINOLOGIA | 16 | 6 | 14 | 8 | 16 | 20 | **80** |
| FISIOKINESI TERAPIA | 10 | - | - | - | 48 | 8 | **66** |
| FONIATRIA | 6 | - | - | - | - | 12 | **18** |
| NEFROLOGIA | - | - | - | 12 | 6 | 12 | **30** |
| NEUROLOGIA | 30 | 6 | 27 | 4 | 16 | 18 | **101** |
| OCULISTICA | 60 | 12 | 28 | 30 | 30 | 39 | **199** |
| ODONTOIATRIA | 24 | 31 | 36 | - | 43 | 18 | **152** |
| ORTOPEDIA | 16 | 6 | 15 | 4 | 22 | 26 | **89** |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 5 | - | 17 | - | 6 | - | **28** |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 65 | 6 | 27 | 9 | 22 | 24 | **153** |
| PATOLOGIA CLINICA | 28 | - | 36 | - | - | - | **64** |
| PNEUMOLOGIA | - | - | - | 6 | - | - | **6** |
| RADIOLOGIA | 26 | - | - | - | 37 | 30 | **93** |
| REUMATOLOGIA | 6 | - | 19 | 6 | 6 | 6 | **43** |
| UROLOGIA | 15 | 4 | 10 | 8 | 6 | 10 | **53** |
| **TOTALE PER DISTRETTO** | **437** | **89** | **284** | **126** | **320** | **298** | **1.554** |

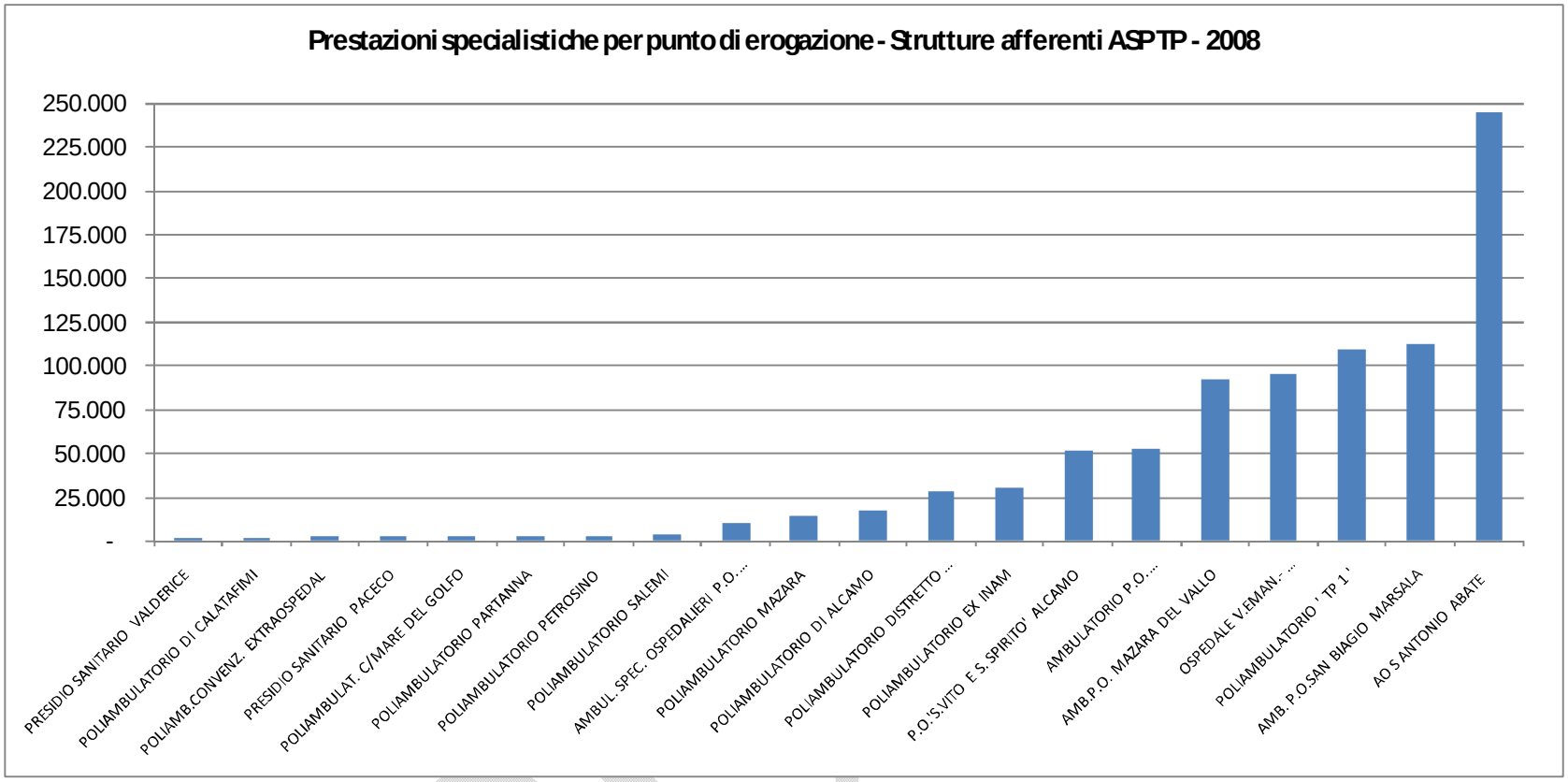
| NUMERO SPECIALISTI PER BRANCA | |
|---|---|
| ANGIOLOGIA | 2 |
| CARDIOLOGIA | 7 |
| CHIRURGIA | 1 |
| DERMATOLOGIA | 4 |
| DIABETOLOGIA | 4 |
| ENDOCRINOLOGIA | 4 |
| FISIOKINESI TERAPIA | 4 |
| FONIATRIA | 1 |
| NEFROLOGIA | 1 |
| NEUROLOGIA | 5 |
| OCULISTICA | 7 |
| ODONTOIATRIA | 6 |
| ORTOPEDIA | 4 |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 1 |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 6 |
| PATOLOGIA CLINICA | 2 |
| PNEUMOLOGIA | 1 |
| RADIOLOGIA | 4 |
| REUMATOLOGIA | 2 |
| UROLOGIA | 2 |
| **TOTALE SPECIALISTI** | **68** |

BC

**Produzione specialistica per punti di erogazione - Provincia di Trapani**

| | Azienda | Comune | Tipologia struttura | Punto di erogazione | N | Branche aggregate | Laboratorio | Radiologia | Riabilitazione | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRAPANI | ASP TR | ALCAMO | T | POLIAMBULATORIO DI ALCAMO | 1 | 17.092 | | | 348 | 17.440 |
| | ASP TR | CALATAFIMI-SEGESTA | T | POLIAMBULATORIO DI CALATAFIMI | 1 | 1.133 | | | | 1.133 |
| | ASP TR | CASTELLAMMARE DEL GOLFO | T | POLIAMBULAT. C/MARE DEL GOLFO | 1 | 2.178 | | | | 2.178 |
| | ASP TR | CASTELVETRANO | T | POLIAMBULATORIO DISTRETTO SANIT.CASTELVETRANO | 1 | 20.775 | | 2.029 | 4.914 | 27.718 |
| | ASP TR | MARSALA | T | POLIAMBULATORIO EX INAM | 1 | 25.974 | 20 | | 4.410 | 30.404 |
| | ASP TR | MAZARA DEL VALLO | T | POLIAMBULATORIO MAZARA | 1 | 14.343 | | | | 14.343 |
| | ASP TR | PACECO | T | PRESIDIO SANITARIO PACECO | 1 | 2.174 | | | | 2.174 |
| | ASP TR | PANTELLERIA | T | POLIAMB.CONVENZ. EXTRAOSPEDAL | 1 | 1.984 | | | 176 | 2.160 |
| | ASP TR | PARTANNA | T | POLIAMBULATORIO PARTANNA | 1 | 2.155 | | | 179 | 2.334 |
| | ASP TR | PETROSINO | T | POLIAMBULATORIO PETROSINO | 1 | 2.517 | | | | 2.517 |
| | ASP TR | SALEMI | T | POLIAMBULATORIO SALEMI | 1 | 4.010 | | | | 4.010 |
| | ASP TR | TRAPANI | T | POLIAMBULATORIO 'TP1' | 1 | 50.339 | 42.648 | 4.695 | 11.806 | 109.488 |
| | ASP TR | VALDERICE | T | PRESIDIO SANITARIO VALDERICE | 1 | 374 | | | | 374 |
| | ASP TR | ALCAMO | TH | P.O.'S.VITO E S. SPIRITO' ALCAMO | 1 | 15.289 | 35.002 | 1.641 | 56 | 51.988 |
| | ASP TR | CASTELVETRANO | TH | OSPEDALE V.EMAN.-CASTELVETRANO | 1 | 27.011 | 63.143 | 5.037 | | 95.191 |
| | *ASP TP* | *ERICE* | *TH* | *AO S.ANTONIO ABATE* | *1* | *80.739* | *160.644* | *3.317* | | *244.700* |
| | ASP TR | MARSALA | TH | AMB. P.O.SAN BIAGIO MARSALA | 1 | 40.415 | 69.204 | 3.406 | | 113.025 |
| | ASP TR | PANTELLERIA | TH | AMBUL. SPEC. OSPEDALIERI P.O. PANTELLERIA | 1 | 1.280 | 8.611 | 529 | 82 | 10.502 |
| | ASP TR | SALEMI | TH | AMB.P.O. MAZARA DEL VALLO | 1 | 23.630 | 63.615 | 5.349 | | 92.594 |
| | ASP TR | SALEMI | TH | AMBULATORIO P.O. VITT.EMAN.III-SALEMI | 1 | 12.952 | 37.190 | 2.293 | | 52.435 |
| | | | **T+TH** | **Punti di erogazione territoriali** | **20** | **346.364** | **480.077** | **28.296** | **21.971** | **876.708** |
| | **ASP TR** | | **SPr** | **Punti di erogazione privati** | **127** | **178.540** | **2.379.673** | **105.509** | **504.012** | **3.167.734** |
| | **Totale punti di erogazione** | | | | **147** | **524.904** | **2.859.750** | **133.805** | **525.983** | **4.044.442** |

BOZZA


Prestazioni specialistiche per punto di erogazione - Strutture afferenti ASP TP - 2008
250.000
225.000
200.000
175.000
150.000
125.000
100.000
75.000
50.000
25.000
-
PRESIDIO SANITARIO VALDERICE
POLIAMBULATORIO DI CALATAFIMI
POLIAMB.CONVENZ. EXTRAOSPEDAL
PRESIDIO SANITARIO PACECO
POLIAMBULAT. C/MARE DEL GOLFO
POLIAMBULATORIO PARTANNA
POLIAMBULATORIO PETROSINO
POLIAMBULATORIO SALEMI
AMBUL.SPEC. OSPEDALIERI P.O....
POLIAMBULATORIO MAZARA
POLIAMBULATORIO DI ALCAMO
POLIAMBULATORIO DISTRETTO ...
POLIAMBULATORIO EX INAM
P.O.S.VITO E S.SPIRITO' ALCAMO
AMBULATORIO P.O....
AMB.P.O. MAZARA DEL VALLO
OSPEDALE V.EMAN.- ...
POLIAMBULATORIO ' TP 1 '
AMB. P.O.SAN BIAGIO MARSALA
AO S ANTONIO ABATE

BC

**PER CONTATTI CON IL SERVIZIO 8**

**- Programmazione territoriale e Integrazione socio-sanitaria -**

**del Dip.to Pianificazione Strategica dell'Assess. Reg.le Sanità:**

**g.grimaldi@regione.sicilia.it**

**PER INVIARE CONSIDERAZIONI, CONTRIBUTI E SUGGERIMENTI RELATIVI AL PRESENTE DOCUMENTO:**

**giuseppe.noto@regione.sicilia.it**

BOZZA