

## ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 15 giugno 2009.

Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale. Procedure e modalità di controllo gestionale.

### L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Visto l'accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 ed il Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione, di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del servizio sanitario regionale sottoscritto dal Ministro della salute, dal Ministro dell'economia e delle finanze e dal Presidente della Regione in data 31 luglio 2007 successivamente approvato dalla Giunta regionale della Regione siciliana con delibera n. 312 dell'1 agosto 2007;

Visto l'art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, a tenore del quale gli interventi individuati dal Piano "sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione di provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";

Visto l'art. 6 dell'accordo sopra richiamato sottoscritto in data 31 luglio 2007 secondo il quale "gli interventi individuati dal Piano allegato al presente accordo sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la Regione siciliana e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";

Visti, in particolare, gli obiettivi B e C di detto Piano attinenti "la riorganizzazione della rete territoriale" e "la riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera attraverso la revisione della rete ospedaliera e la riduzione dell'attività correlata" che comportano la revisione dell'offerta assistenziale e la correlata riduzione dei ricoveri inappropriati e il contenimento della mobilità; Visto lo schema di decreto recante "Rimodulazione della rete ospedaliera e riordino della rete territoriale" approvato dalla Giunta regionale con delibera n. 212 del 23 settembre 2008 con i relativi allegati, validato con provvedimento dell'11 novembre 2008 del Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali e del Ministero dell'economia e delle finanze - rif.: SICILIA-DGPROG-27/10/2008-0000349-P;

Visto il decreto 24 dicembre 2008 recante "Indirizzi e criteri per l'applicazione del Piano di rientro di cui all'art. 1, comma 180, legge 30 dicembre 2004 n. 111, stipulato dalla Regione siciliana in data 31 luglio 2007 e approvato dalla Giunta regionale l'1 agosto 2007" ed, in particolare, i seguenti punti che prevedevano:

- a) revisionare la rete ospedaliera per acuti con una diminuzione di 2.574 posti letto effettivamente attivati (pubblici e privati), e la contestuale riorganizzazione dei servizi territoriali (da attuare con apposito provvedimento che individui la risposta riabilitativa e della lungo assistenza, per un totale di circa 3.218 posti letto in modo da integrare l'offerta attuale con ulteriori 2.000 posti), in maniera da offrire una continuità assistenziale appropriata, complementare e sostenibile all'interno delle risorse economiche indicate nel Piano di rientro e rispettare nell'esercizio 2009 il budget preventivato;
- b) considerare obiettivo dei direttori generali (ASL e AO) la riorganizzazione e rimodulazione ospedaliera e territoriale, nei termini sopra indicati, per ciascuna provincia, da definire con apposito atto programmatico, sentite le conferenze dei sindaci, da trasmettere all'Assessorato della sanità entro il 31 marzo 2009, ai fini del riscontro di coerenza con gli obiettivi del piano;
- c) disporre che i direttori generali siano valutati semestralmente sui flussi CE, sugli stati di attivazione dei servizi territoriali e PTA, sulla riduzione dell'ospedalizzazione con particolare riferimento alla diminuzione dei ricoveri in day hospital e alla trasformazione dei DH in pacchetti ambulatoriali, alla riduzione delle liste di attesa ed alla riduzione della mobilità passiva;

Vista la legge regionale 5 del 14 aprile 2009, recante il titolo "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" che prevede, agli artt. 8 e 33, a partire dall'1 settembre, la cessazione delle esistenti aziende sanitarie e la costituzione delle nuove aziende del servizio sanitario regionale nel numero di nove ASP, due ARNAS, tre aziende policlinico universitarie e tre aziende ospedaliere; Richiamati gli "obiettivi di Piano" secondo i quali i direttori generali operano nelle sotto elencate aree per realizzare i conseguenziali effetti economici con refluenze sull'esercizio finanziario 2009:

1) *Area dell'appropriatezza e dell'assistenza ospedaliera:*

a) limitare i ricoveri alla quota del 120 per mille per i ricoveri ordinari e del 60 per mille per i ricoveri in DH;

b) raggiungere un tasso di occupazione di tutte le UU.OO. non inferiore al 80%;

c) ridurre i ricoveri afferenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatazza rispettando almeno lo standard nazionale;

d) integrare funzionalmente i presidi ospedalieri vicini con conseguente riduzione delle posizioni organizzative apicali dei servizi comuni e centralizzazione dei servizi radiologici e di laboratorio;

e) aumentare i pacchetti di prestazioni ambulatoriali in luogo dei ricoveri in DH non appropriati;

f) incrementare l'assistenza specialistica per abbattimento delle liste di attesa;

g) potenziare le strutture di assistenza territoriale pubbliche e definire Piani assistenziali per le malattie croniche;

h) ridurre la mobilità passiva intra-regionale per la media e bassa complessità ed extra-regionale, anche per le alte specialità, del 20%.

2) *Area di consolidamento e miglioramento dell'offerta territoriale:*

a) cessazione delle funzioni di acuzie e riconversione di PP.OO. in presidi territoriali di riabilitazione e lungo assistenza, RSA e altre forme residenziali a favore della disabilità, delle patologie psichiatriche e delle patologie a responsabilità minimale, riorganizzando nel complesso la continuità assistenziale ospedale-territorio, secondo lo schema di decreto approvato dalla Giunta regionale con delibera n. 212 del 23 settembre 2008.

In relazione alla linea strategica indicata, i direttori generali per ciascun presidio ospedaliero da riqualificare devono progettare la trasformazione dello stesso attraverso:

- la valutazione della situazione esistente (numero di letti e specialità);

- la riconversione di posti ospedalieri in RSA, all'interno delle quali, in ragione del presidio ospedaliero specialistico di riferimento, vanno privilegiate le funzioni di recupero per la fase post-acuzie, accompagnate a funzioni di lungo assistenza per i ricoveri superiori ai 60 giorni e anche per eventuali ricoveri da parte dei MMG raggruppati in UTAP, per persone che necessitano di osservazione continuativa anche se non intensiva sul piano clinico da parte del personale che lavora nel presidio;

- l'attribuzione delle funzioni specialistiche, già realizzate dal presidio, ai poliambulatori attrezzati anche per la chirurgia ambulatoriale (poliambulatorio di I o II livello), garantendo inoltre, laddove esistano le funzioni di ostetricia e ginecologia, prestazioni relative al percorso nascita e alla salute della donna e del bambino attraverso i consultori, coordinando le specialità con quelle già svolte sul territorio da altri poliambulatori (in particolare i direttori generali dovranno verificare se, anche avvalendosi del materiale prodotto in Regione, esistono altre strutture similari in modo che vi sia organicità nell'offerta specialistica di quel particolare territorio evitando duplicazioni, inappropriatazza, etc.);

- l'utilizzo del presidio come punto di riferimento, per le "cure domiciliari" coordinando l'attività con quella già svolta dai distretti nell'ambito delle cure primarie.

Ai fini del coordinamento dell'offerta territoriale, anche con la componente sociale dei comuni, i direttori generali dovranno effettuare la ricognizione delle strutture di offerta presenti sul territorio di afferenza del PTA, a favore dei disabili (ivi compresi i soggetti con responsabilità minimale e/o stati di coma), pazienti psichiatrici e malati di Alzheimer, tossicodipendenti ed altre categorie "fragili". La fattibilità delle attività sopra indicate, in termini di risorse umane, è garantita dalla disponibilità da parte del presidio in riconversione, di personale qualificato infermieristico e riabilitativo.

3) *Area della organizzazione/riorganizzazione della struttura operativa:*

- a) rimodulare le dotazioni organiche in armonia con la rimodulazione dell'assetto ospedaliero e territoriale;
- b) ridurre le strutture dirigenziali complesse e semplici, nella misura non inferiore al 5% a seguito della rimodulazione delle dotazioni organiche e dell'assetto ospedaliero;
- c) rispettare il divieto di istituzione di nuove unità operative senza preventiva autorizzazione assessoriale;

Esaminate le proposte formulate nell'apposito questionario dalle singole aziende sanitarie della Regione, in esito alla direttiva assessoriale del 29 gennaio 2009 e considerate le risultanze emerse a seguito di specifici incontri con le direzioni delle stesse aziende riguardo ai posti letto pubblici; Considerate le risultanze delle ulteriori analisi in ordine alla consistenza dei posti letto in strutture pubbliche, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza esistenti, in particolare nella provincia di Enna; Ritenuto necessario, alla luce delle risultanze di cui sopra, provvedere ad una puntuale rideterminazione dei posti letto per acuti e per riabilitazione e lungodegenza nelle singole province per singola Azienda, in coerenza con la prospettiva di riordino del sistema sanitario ospedaliero e territoriale, previsto dalla legge di riforma; Ritenuto di dovere prevedere al 31 agosto 2009 il termine per pervenire alla riduzione dei posti letto effettivamente attivati, nella misura di 2.064 posti letto pubblici, tenuto conto della rettifica apportata sulla provincia di Enna con decreto 17 aprile 2009 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 30 aprile 2009. Tenuto conto, in particolare, dei parametri relativi all'indice occupazionale dei posti letto per acuti delle singole unità operative, nonché degli indici di appropriatezza di cui all'allegato 1 parte integrante del presente decreto; Considerato che si è pervenuti alla determinazione di fissare nella misura di 660 i posti letto per ciascuno dei policlinici universitari di Palermo e Messina e di 399 l'attuale numero complessivo di posti letto per il Policlinico di Catania, in attesa che la struttura edilizia sia completata e possa raggiungere anch'essa il numero di 660 posti letto, tramite trasferimenti di unità operative attualmente presenti ed attive in altre aziende ospedaliere della città di Catania; Ritenuto utile determinare contestualmente la quota di posti letto per acuti in posti letto per riabilitazione/lungodegenza, rinviando per le modalità di accesso al percorso riabilitativo alle linee guida ministeriali ad oggi vigenti; Visto il comma 4, lettere c, d, e, f, dell'art. 2 della legge regionale n. 5/2009, che prevede una equilibrata distribuzione territoriale (...) anche attraverso l'accorpamento e/o l'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue (...) il superamento della frammentazione (...) la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sottoutilizzati o a bassa complessità con razionali modelli organizzativi più rispondenti agli accertati bisogni di salute e il potenziamento dei servizi territoriali; Considerato che la legge regionale 5/2009 identifica il distretto ospedaliero quale presidio multistabilimento polifunzionale che opera mediante una organizzazione in rete, anche al fine di assicurare una erogazione uniforme dell'assistenza ospedaliera sull'intero territorio di riferimento; Ritenuto, altresì, di dovere introdurre meccanismi di verifica dell'attività di tutte le strutture di ricovero e cura al fine di garantire ai propri cittadini un'offerta di prestazioni appropriate in linea con la programmazione sanitaria regionale secondo le regole e le modalità di cui all'allegato 3 al presente decreto;

Visti, altresì, gli effetti prodotti dalla introduzione del "day service" quale modalità assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero, specie, in regime di D.H. al fine di contenerne l'uso inappropriato;

Decreta:

#### Art. 1

Sono approvati gli indirizzi, gli obiettivi e le metodologie illustrati in premessa che recepiscono integralmente le indicazioni, i criteri e le finalità del Piano di rientro, nonché i contenuti dei seguenti

allegati che fanno parte integrante del presente decreto:  
- allegato 1 - Criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.  
- allegato 2 - Regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo.

## Art. 2

Per il perseguimento degli obiettivi di Piano, e sulla base delle proposte pervenute da parte delle aziende sanitarie regionali, si conferma che entro il 31 agosto 2009 i direttori generali delle aziende sanitarie della Regione devono:

- a) ridurre il numero dei posti letto per acuti nella misura per ciascuna azienda così come indicato nelle successive tabelle;
- b) avviare il processo per l'attivazione dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza nella misura indicata nell'apposita colonna delle medesime tabelle;
- c) avviare la rideterminazione delle piante organiche aziendali in funzione dei processi di ristrutturazione organizzativa tenendo conto sia degli accorpamenti che della rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri anche perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

## REGIONE SICILIANA

### *Posti letto pubblici per acuti effettivamente attivati*

Province	PP. LL.
Agrigento	929
Caltanissetta	855
Catania	3.503
Enna	669
Messina	2.280
Palermo	3.933
Ragusa	832
Siracusa	855
Trapani	973

AGRIGENTO P.P.L. 2008						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
A.O.	Ospedale G. Paolo II	Sciacca	160	77	237	
A.O.	S. Giovanni di Dio (AG)	Agrigento	239	72	311	
AUSL 1	P.O. Parlapiano	Ribera	77	23	100	
	P.O. San G. d'Altopasso	Licata	108	42	150	
	P.O. Barone Lombardo	Canicattì	106	25	131	
			<b>690</b>	<b>239</b>	<b>929</b>	<b>48</b>

AGRIGENTO (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione complessiva posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza su base provinciale
Distretto	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
AG 1	S. Giovanni di Dio (AG)	Agrigento	455	80	535	
	San G. d'Altopasso	Licata				
	Barone Lombardo	Canicattì				
AG 2	Ospedale G. Paolo II	Sciacca	220	60	280	
	Parlapiano	Ribera				
			<b>675</b>	<b>140</b>	<b>815</b>	<b>273</b>

La rimodulazione comporta:

*Per il distretto 1:*

L'accorpamento del presidio San Giovanni di Dio di Agrigento, San Giacomo d'Altopasso di Licata e Barone Lombardo di Canicattì, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

*Per il distretto 2:*

L'accorpamento del presidio di Sciacca con il presidio di Ribera, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Presso lo stabilimento di Ribera saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

L'attivazione di n. 273 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli già esistenti) per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

CALTANISSETTA P.P.L. 2008						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
A.O.	Sant'Elia	Caltanissetta	242	85	327	
A.O.	V. Emanuele III	Gela	180	62	242	
AUSL 2	P.O. Raimondi	San Cataldo	64	26	90	
	P.O. Imm.Longo	Mussomeli	72	20	92	
	P.O. Basarocco	Niscemi	50	12	62	
	P.O. Santo Stefano	Mazzarino	32	10	42	
			<b>640</b>	<b>215</b>	<b>855</b>	<b>45</b>

CALTANISSETTA (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione complessiva posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza su base provinciale
Distretto	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
CL 1	Sant'Elia	Caltanissetta	360	60	420	
	Raimondi	San Cataldo				
	Immacolata Longo	Mussomeli				
CL 2	V. Emanuele III	Gela	220	36	256	
	Basarocco	Niscemi				
	PTA Santo Stefano	Mazzarino				
			<b>580</b>	<b>96</b>	<b>676</b>	<b>164</b>

La rimodulazione comporta:

*Per il distretto 1:*  
L'accorpamento del presidio Raimondi di San Cataldo con il P.O. Sant'Elia di Caltanissetta, Immacolata Longo di Mussomeli, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. Lo stabilimento di Mussomeli per la particolare situazione orografica, manterrà le funzioni di diagnosi e cura di 1° livello, nonché di servizio di pronto soccorso H24 collegato in rete con i dipartimenti di emergenza-urgenza dell'ASP e al suo interno saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

*Per il distretto 2:*  
L'accorpamento del presidio di Gela con i presidi di Niscemi e Mazzarino con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. Presso lo stabilimento di Niscemi saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale. La cessazione delle funzioni di acuzie per lo stabilimento Santo Stefano di Mazzarino con contestuale attivazione delle funzioni di PTA con punto di pronto soccorso H24 e con funzioni di RSA. L'attivazione di n. 164 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli già esistenti) per

l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

CATANIA PP.LL. 2008						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti	
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.		
A.O.	Ospedale Cannizzaro	Catania	471	81	552		
A.O.	ARNAS Garibaldi	Catania	610	166	776		
A.O.	A.O. Vittorio Emanuele	Catania	588	198	786		
Policlinico	Policlinico	Catania	310	114	424		
A.O.	Ospedale Gravina di Caltagirone	Caltagirone	244	108	352		
AUSL 3	P.O. Basso Ragusa M.	Militello Val di Catania	50	6	56		
	P.O. S. G. di Dio e S. Isidoro	Giarre	79	9	88		
	P.O. S. Marta e S. Venera	Acireale	136	34	170		
	P.O. M.SS. Addolorata	Biancavilla	81	16	97		
	P.O. Paternò	Paternò	89	23	112		
	Castiglione Prestianni	Bronte	79	11	90		
			2.737	766	3.503		354

CATANIA (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione complessiva posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza su base provinciale	
Azienda Presidio	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.		
A.O.	Ospedale Cannizzaro	Catania	490	70	560		
A.O.	ARNAS Garibaldi	Catania	600	78	678		
AOUP	Vittorio Emanuele	Catania	580	71	651		
	Policlinico		350	49	399		
CT 1	S. G. di Dio e S. Isidoro	Giarre	220	32	252		
	S. Marta e S. Venera	Acireale					
CT 2	M.SS. Addolorata	Biancavilla	230	32	262		
	SS. Salvatore	Paternò					
	Castiglione Prestianni	Bronte					
CT 3	Gravina di Caltagirone	Caltagirone	294	60	354		
	Basso Ragusa M.	Militello Val di Catania					
			2.764	392	3.156		640

La rimodulazione comporta:

Per *I'ARNAS Garibaldi:*  
 Composta da 4 presidi: "Ascoli Tomaselli", "S. Luigi - Currò", "Garibaldi" e "Garibaldi Nesima".  
 Cessazione della funzione ospedaliera per il presidio "Ascoli Tomaselli".  
 Per i rimanenti presidi deve essere operata una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Per *I'A.O.U. Vittorio Emanuele:*  
 Composta da 3 presidi: "Vittorio Emanuele", "Ferrarotto" e "Santa Marta" e "Santo Bambino".  
 Cessazione della funzione ospedaliera per il presidio "Santa Marta".  
 Per i rimanenti presidi deve essere operata una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Per *I'A.O.U. Policlinico:*  
 In fase di accorpamento con l'A.O.U. Vittorio Emanuele si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici procedendo ad una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali

relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione.

Per *l'A.O. Cannizzaro:*

Si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici con conseguente riassetto delle posizioni apicali.

Per *il distretto ospedaliero 1:*

L'accorpamento del presidio di Acireale con il presidio di Giarre con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Presso lo stabilimento di Giarre saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

Per *il distretto ospedaliero 2:*

L'accorpamento del presidio di Bronte con i presidi di Paternò e di Biancavilla con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Presso lo stabilimento di Biancavilla saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

Per *il distretto ospedaliero 3:*

L'accorpamento del presidio di Caltagirone con il presidio di Militello Val di Catania con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione.

Presso lo stabilimento di Militello Val di Catania saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

L'attivazione di n. 640 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli già esistenti) per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

ENNA P.P.L. 2008						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
A.O.	Umberto I	Enna	246	77	323	
AUSL 4	P.O. "Chiello"	Piazza Armerina	106	24	130	
	Osp. Ferro-Capra-Branciforte	Leonforte	79	21	100	
	Ospedale "Carlo Basilotta"	Nicosia	91	25	116	
			<b>522</b>	<b>147</b>	<b>669</b>	<b>321</b>

ENNA (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione complessiva posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza su base provinciale
Presidio	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
EN 1	Umberto I	Enna	330	45	375	
	P.O. "Chiello"	Piazza Armerina				
EN 2	Osp. Ferro-Capra-Branciforte	Leonforte	150	20	170	
	Ospedale "Carlo Basilotta"	Nicosia				
			<b>480</b>	<b>65</b>	<b>545</b>	<b>352</b>



La rimodulazione comporta:

Per il distretto 1:

L'accorpamento del presidio Umberto I di Enna con il presidio Chiello di Piazza Armerina, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Per il distretto 2:

L'accorpamento del presidio Branciforte di Leonforte con il presidio Basilotta di Nicosia, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Lo stabilimento di Nicosia per la particolare situazione orografica, manterrà le funzioni di diagnosi e cura di 1° livello nonché di servizio di emergenza H24 collegato in rete con i dipartimenti di emergenza-urgenza dell'ASP ed al suo interno saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

L'attivazione di n. 352 (compresi quelli già esistenti) posti letto di riabilitazione per l'intera provincia nel settore privato.

MESSINA P.P.L. 2008						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti	
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.		
AUSL 5	Osp. San Salvatore	Mistretta	48	14	62		
	Osp. San Vincenzo	Taormina	181	46	227		
	Osp. Barone Romeo	Patti	116	26	142		
	Osp. Sant'Agata di Militello	Sant'Agata di Militello	87	27	114		
	Osp. Cutroni Zodda	Barcellona	103	28	131		
	Ospedale di Zona	Milazzo	122	28	150		
	Civile	Lipari	33	10	43		
A.O.	Ospedale Papardo	Messina	300	69	369		
A.O.	Ospedale Piemonte	Messina	206	43	249		
Policlinico	Policlinico	Messina	629	164	793		
			<b>1.825</b>	<b>455</b>	<b>2.280</b>		<b>241</b>

MESSINA						Dotazione complessiva posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza su base provinciale
Azienda	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
ME 1	San Salvatore	Mistretta	220	34	254	
	Barone Romeo	Patti				
	Sant'Agata di Militello	Sant'Agata di Militello				
ME 2	Cutroni Zodda	Barcellona	500	70	570	
	Ospedale di Zona	Milazzo				
	Civile	Lipari				
	San Vincenzo	Taormina				
A.O.	Ospedale Papardo	Messina	435	60	495	
	Piemonte	Messina				
AOUP	Policlinico	Messina	600	60	660	
			<b>1.755</b>	<b>224</b>	<b>1.979</b>	<b>392</b>

La rimodulazione comporta:

*Per il distretto ospedaliero 1:*

L'accorpamento del presidio Barone Romeo di Patti con i presidi di Sant'Agata di Militello e Mistretta con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Lo stabilimento di Mistretta, che in atto ospita l'attività di Neuroriabilitazione in convenzione con la Fondazione Maugeri in collaborazione con l'IRCCS Neurolesi di Messina, manterrà le funzioni di diagnosi e cura di 1° livello nonché di servizio di pronto soccorso H24 collegato in rete con i dipartimenti di emergenza-urgenza dell'ASP.

Presso lo stabilimento di Sant'Agata di Militello saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

*Per il distretto 2:*

L'accorpamento dei presidi di Barcellona, Milazzo, Lipari e Taormina con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

*Per l'A.O. Papardo - Piemonte:*

In fase di accorpamento tra le due ex aziende ospedaliere si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici procedendo ad una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

*Per l'A.O.U. Policlinico:*

Si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici procedendo ad una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali nonché delle discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

L'attivazione di n. 392 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli già esistenti) per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

PALERMO PP.LL. 2008					
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.
<b>AUSL 6</b>	Casa del Sole	Palermo	74	28	102
	Ospedale Civico	Partinico	101	36	137
	P.O. Regina Margherita	Palazzo Adriano	18	0	18
	Ospedale dei Bianchi	Corleone	55	12	67
	P.O. Cimino	Termini Imerese	76	21	97
	P.O. Madonna dell'Alto	Petralia Sottana	52	18	70
	P.O. Ingrassia	Palermo	133	44	177
	Guadagna	Palermo	14	1	15
	Enrico Albanese	Palermo	0	0	0
<b>A.O.</b>	ARNAS Civico Benfratelli - Di Cristina - Ascoli	Palermo	785	231	1.016
<b>A.O.</b>	A.O. Cervello	Palermo	331	82	413
<b>A.O.</b>	A.O. Villa Sofia	Palermo	310	78	388
<b>Sperim. gestionale</b>	P.O. Giglio di Cefalù	Cefalù	174	28	202
<b>Sperim. gestionale</b>	ISMETT	Palermo	70	6	76
<b>Policlinico</b>	Policlinico Giaccone Ist. mat. inf.	Palermo	589	290	879
<b>Osp. classificato</b>	Buccheri La Ferla	Palermo	253	23	276
			<b>3.035</b>	<b>898</b>	<b>3.933</b>
					<b>82</b>

Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti

PALERMO (ex legge regionale n. 5/09)					
Distretto	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.
<b>PA 1</b>	Ospedale Civico	Partinico	150	26	176
	PTA Regina Margherita	Palazzo Adriano			
	Ospedale dei Bianchi	Corleone			
<b>PA 2</b>	Madonna dell'Alto	Petralia Sottana	130	20	150
	Cimino	Termini Imerese			
<b>PA 3</b>	Ingrassia	Palermo	135	25	160
	Enrico Albanese	Palermo			
	Villa delle Ginestre	Palermo			
<b>A.O.</b>	ARNAS Civico Benfratelli - Di Cristina	Palermo	770	130	900
<b>A.O.</b>	A.O. Cervello	Palermo	670	95	765
	Casa del Sole	Palermo			
	A.O. Villa Sofia	Palermo			
<b>AOUP</b>	Policlinico Giaccone Ist. mat. inf.	Palermo	600	60	660
<b>Sperim. gestionale</b>	P.O. Giglio	Cefalù	164	28	192
<b>Sperim. gestionale</b>	ISMETT	Palermo	70	6	76
<b>Osp. classificato</b>	Buccheri La Ferla	Palermo	240	40	280
			<b>2.929</b>	<b>430</b>	<b>3.359</b>
					<b>720</b>

Dotazione complessiva posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza su base provinciale

La rimodulazione comporta:

*Per il distretto 1:*  
L'accorpamento dei presidi di Partinico, Corleone e Palazzo Adriano con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

La cessazione delle funzioni di acuzie per lo stabilimento di Palazzo Adriano con contestuale attivazione delle funzioni di PTA H24 collegato in rete con i dipartimenti di emergenza urgenza dell'ASP e con funzioni di RSA.

*Per il distretto 2:*  
L'Accorpamento dei presidi di Termini Imerese e Petralia Sottana con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Presso lo stabilimento di Petralia Sottana saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

*Per il distretto 3:*  
L'accorpamento del presidio Ingrassia ed Enrico Albanese e Villa delle Ginestre di Palermo. La disattivazione dello stabilimento Enrico Albanese. L'implementazione, presso il presidio Villa delle Ginestre, delle attività di riabilitazione e assistenza per medullose spinali.

La disattivazione del presidio Guadagna attualmente presidio ospedaliero dell'AUSL 6 determinerà il contestuale trasferimento degli attuali 15 posti letto di psichiatria allo stabilimento Ingrassia.

*Per l'ARNAS Civico, Benfratelli, Di Cristina:*  
Si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici procedendo ad una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. Nell'ambito del processo riorganizzativo va perseguita la cessazione dell'identità ed autonomia del P.O. Ascoli le cui unità operative vengono a tutti gli effetti inglobate all'interno del P.O. Civico Benfratelli.

*Per l'A.O. V. Cervello - Villa Sofia:*  
L'accorpamento dei presidi Villa Sofia (comprendente lo stabilimento CTO), Cervello e Casa del Sole con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

La disattivazione del presidio Casa del Sole con trasferimento delle unità operative attive presso altri nosocomi cittadini secondo quanto sarà disposto con successivo provvedimento. La rifunzionalizzazione del presidio CTO per attività ambulatoriali.

*Per l'A.O.U. Paolo Giaccone:*  
Si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici procedendo ad una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali nonché delle discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

La disattivazione delle funzioni di ricovero ospedaliero per il presidio Istituto materno infantile. L'attivazione di n. 720 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli già esistenti) per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

RAGUSA						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
A.O.	OMPA	Ragusa	289	78	367	
AUSL 7	Osp. Guzzardi	Vittoria	126	27	153	
	Osp. Regina Margherita	Comiso	70	20	90	
	Osp. Maggiore	Modica	131	26	157	
	Osp. Busacca	Scicli	57	8	65	
			<b>673</b>	<b>159</b>	<b>832</b>	<b>77</b>

RAGUSA (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Distretto	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
RG 1	OMPA	Ragusa	290	55	345	
RG 2	Osp. Guzzardi	Vittoria	330	50	380	
	Regina Margherita	Comiso				
	Maggiore	Modica				
	Busacca	Scicli				
			<b>620</b>	<b>105</b>	<b>725</b>	<b>186</b>

La rimodulazione comporta:

Per *il* *distretto* *1:*

Si dovrà procedere all'eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue ed al superamento della frammentazione dei servizi diagnostico-terapeutici procedendo ad una conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali nonché delle discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Per *il* *distretto* *2:*

L'accorpamento dei presidi di Vittoria, Comiso, Modica e Scicli, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative.

Presso gli stabilimenti di Comiso e Scicli saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

L'attivazione di n. 186 posti letto di lungodegenza e riabilitazione per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

SIRACUSA						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
A.O.	Umberto I	Siracusa	330	87	417	
AUSL 8	Ospedale Trigona	Noto	71	11	82	
	Osp. Di Maria	Avola	73	29	102	
	Osp. Generale	Lentini	112	16	128	
	Osp. Muscatello	Augusta	110	16	126	
			<b>696</b>	<b>159</b>	<b>855</b>	<b>64</b>

SIRACUSA (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Distretto	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
SR 1	Umberto I	Siracusa	450	70	520	
	Ospedale Trigona	Noto				
	Di Maria	Avola				
SR 2	Generale	Lentini	190	40	230	
	Muscatello	Augusta				
			<b>640</b>	<b>110</b>	<b>750</b>	<b>239</b>

La rimodulazione comporta:

- Per il distretto 1:*  
L'accorpamento dei presidi di Siracusa, Noto e Avola, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. Presso lo stabilimento di Avola saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.
- Per il distretto 2:*  
L'accorpamento dei presidi di Lentini e Augusta, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. L'attivazione di n. 239 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli esistenti) per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

TRAPANI PP.LL. 2008						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza esistenti
Azienda	Presidio	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
A.O.	Sant'Antonio Abate	Trapani	268	117	385	
AUSL 9	P.O. San Vito e Santo Spirito	Alcamo	80	18	98	
	P.O. V. Emanuele III	Salemi	51	22	73	
	P.O. V. Emanuele	Castelvetrano	84	20	104	
	P.O. San Biagio	Marsala	113	38	151	
	P.O. A. Ajello	Mazara	96	35	131	
	P.O. B. Nagar	Pantelleria	26	5	31	
			718	255	973	4

TRAPANI (ex legge regionale n. 5/09)						Dotazione posti letto pubblici e privati per riabilitazione e lungodegenza da realizzare
Distretto	Stabilimento	Località	R.O.	D.H.	Totale pp.ll.	
TP 1	Sant'Antonio Abate	Trapani	350	50	400	
	San Vito e Santo Spirito	Alcamo				
	B. Nagar	Pantelleria				
TP 2	V. Emanuele III	Salemi	315	45	360	
	P.O. V. Emanuele	Castelvetrano				
	San Biagio	Marsala				
	A. Ajello	Mazara				
			665	95	760	270

La rimodulazione comporta:

*Per il distretto 1:*

L'accorpamento del presidio Sant'Antonio Abate di Trapani con il P.O. San Vito e Santo Spirito di Alcamo e Nagar di Pantelleria, con conseguente revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. Presso gli stabilimenti di Alcamo e Pantelleria, saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

*Per il distretto 2:*

L'accorpamento dei presidi di Castelvetrano, Mazara, Marsala e Salemi, con revisione organica dell'assetto delle posizioni apicali relative a direzione sanitaria, radiologia, laboratorio analisi, farmacia, anestesia e rianimazione nonché per le discipline per le quali è possibile un accorpamento delle unità operative. Presso lo stabilimento di Salemi saranno attivati processi di rifunzionalizzazione avuto riguardo ai dati epidemiologici ed alle esigenze sanitarie del territorio perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale. L'attivazione di n. 270 posti letto di lungodegenza e riabilitazione (compresi quelli esistenti) per l'intera provincia nel settore pubblico e privato.

### Art. 3

Provvedere alla disattivazione delle funzioni di assistenza ospedaliera nei presidi S. Stefano di Mazzarino (CL), Santa Marta e Ascoli Tomaselli (CT), Casa del Sole, Guadagna, Enrico Albanese e Regina Margherita di Palazzo Adriano (PA), nonché dell'IMI (Istituto materno infantile) stabilimento annesso all'A.O.U. P. Giaccone di Palermo.

#### Art. 4

A parziale modifica del decreto n. 875/09 quanto previsto all'allegato tecnico in ordine alle quote percentuali afferenti al DRG 410 di ricovero ordinario e diurno da trasferire al regime ambulatoriale è obiettivo il trasferimento dal regime ordinario a quello ambulatoriale del 90% dei casi e dal ricovero in regime diurno a quello ambulatoriale dell'80% dei casi, a tutela dei soggetti con particolari condizioni cliniche che necessitano di assistenza continuativa e dei soggetti candidati a trapianto.

#### Art. 5

L'Assessorato della sanità utilizzerà anche i predetti criteri ad integrazione della normativa vigente per rimodulare eventualmente le risorse di bilancio 2009 a ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera.

#### Art. 6

Si fa carico ai direttori generali delle aziende sanitarie di adottare i conseguenti provvedimenti finalizzati all'attuazione del presente decreto entro e non oltre il 31 agosto 2009. Per le istituende aziende ospedaliere oggetto di accorpamento tra diverse aziende, le direzioni generali in carica adatteranno ciascuna per la propria parte gli atti amministrativi propedeutici alla realizzazione di quanto previsto nel piano sopradefinito.

Il presente decreto verrà notificato alle aziende sanitarie della Regione e trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 15 giugno 2009.

RUSSO

Allegato 1

#### CRITERI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

L'analisi della domanda di ricovero nelle strutture della Regione ha permesso di identificare una produzione di ricoveri ritenuti inappropriati in regime ordinario e di day hospital sulla base dei riferimenti normativi nazionali, degli standard e degli indirizzi ministeriali nonché delle cosiddette "buone pratiche".

In merito si rileva che:

- i provvedimenti collegati al DPCM 29 novembre 2001 che identificava 43 DRG's inappropriati in regime ordinario, adottati dalla Regione siciliana in successive fasi (2002, 2006, 2007), così come si evince dall'analisi dei flussi epidemiologici, non hanno ancora dato risultati soddisfacenti al contenimento di tali prestazioni.

- il Ministero della salute in uno studio della Commissione LEA ha sottolineato come la Regione siciliana presenti prestazioni potenzialmente inappropriate nei regimi ordinari e di day hospital in confronto alle altre regioni.

- la bozza del DPCM 2008 e il mattone misura dell'appropriatezza hanno recentemente identificato ulteriori prestazioni da trasferire in regime alternativo alla degenza, sia in regime ordinario che diurno, di cui la Regione siciliana deve tener conto nel processo di miglioramento della qualità dei propri servizi. Le superiori osservazioni comportano l'esigenza di una riprogettazione organizzativa assistenziale come prevista dal Piano di rientro nei punti C1 e C2 finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte assistenziali che privilegino l'osservazione breve, il day service, i percorsi ambulatoriali complessi nei day service (PAC), le prestazioni ambulatoriali, nonché la rivisitazione dell'organizzazione



dipartimentale utile per unificare unità operative duplicate ma anche per sperimentare nuove modalità di ricovero (ospedale per intensità di cure e week hospital). Pertanto nell'anno 2009 si prevede come obiettivo per le aziende ospedaliere, i policlinici universitari, presidi ASL, IRCCS, Strutture a gestione diretta, e tutte le strutture private accreditate, la riduzione della produzione di tali ricoveri in regime ordinario e il trasferimento degli stessi in parte a regime diurno e in parte a regime ambulatoriale, secondo le indicazioni specifiche per ciascuna azienda che insiste nel territorio di ciascuna provincia.

Nel complesso, a livello regionale, si prevede che i ricoveri afferenti ai 43 DRG's erogati in regime ordinario (pari a circa 100.000 ricoveri) vengano trasferiti per l'80% in regimi alternativi alla degenza ordinaria. Di questi il 30% dovrà trovare risposta in regime diurno e il 70 % in regime ambulatoriale. L'impatto di tale manovra comporterà una riduzione dei ricoveri ordinari pari a circa 76.000, di cui circa 23.000 ricoveri diurni appropriati e circa 53.000 in prestazioni ambulatoriali.

Si rileva inoltre che i medesimi DRG's cui attualmente afferiscono ricoveri in regime diurno vengano trasferiti per 80% in regime ambulatoriale con particolare riferimento ai DRG's seguenti:

183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc.;							
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18;							
243	Afezioni mediche del dorso;							
467	Altri	fattori	che	influenzano	lo	stato	di	salute;
294	Diabete età > 35;							
395	Anomalie	dei	globuli	rossi,	età	>	17;	
324	Calcolosi urinaria senza cc.;							
134	Ipertensione;							
429	Disturbi	organici	e	ritardo	mentale;			
131	Malattie	vascolari	periferiche	senza cc.;				
133	Arterosclerosi senza cc.;							
142	Sincope e collasso senza cc.;							
025	Convulsione	e	cefalea,	età	>	17	senza	cc.;
284	Malattie minori della pelle senza cc.;							
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età >17 senza cc.;							
301	Malattie endocrine senza cc.;							
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia;							
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne;							
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18;							
270	Altri interventi sulla pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc.;							
283	Malattie minori della pelle con cc.;							
006	Decompressione tunnel carpale.							

L'impatto di tale manovra comporterà una riduzione dei ricoveri day hospital pari a circa 110.000 e un trasferimento di questi in regime ambulatoriale. Tali prestazioni dovranno trovare risposta nel miglioramento dell'organizzazione ambulatoriale e nello sviluppo delle nuove modalità assistenziali "PAC" nell'ambito del day service istituito con decreto n. 875 dell'11 maggio 2009.

In particolare tale decreto ha individuato nella prima fase di attuazione 5 DRG's chirurgici ed uno medico da trasferire dal regime di ricovero diurno al livello ambulatoriale integrato (day service) così come di seguito riportato:

DRG e Descrizione
39 - Interventi sul cristallino ...
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti ...
503 - Interventi su ginocchio .....
270 - Altri interventi sulla pelle, ...
6 - Decompressione tunnel carpale
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia

L'Adozione di tale provvedimento consentirà:

- un risparmio valutabile come determinato nel decreto n. 875 dell'11 maggio 2009;
- un significativo contenimento dei ricoveri inappropriati (esclusi dai LEA) o considerati inappropriati per la diagnosi principale e contenimento dei rispettivi tassi di ospedalizzazione;
- la possibile disattivazione di 390 PL di DS/DH, pari al 10% dell'attuale dotazione di PL in DS/DH della regione;
- un abbattimento del tasso di ospedalizzazione pari a 15 punti/1000 abitanti.

Per quanto riguarda i DRG's della bozza di DPCM 2008, è obiettivo della medesima il trasferimento del 90% dei ricoveri afferenti al DRG 410 - Chemioterapia, dal regime ordinario a quello ambulatoriale e dell'80% dei ricoveri dal regime diurno a quello ambulatoriale a tutela dei soggetti con particolari condizioni cliniche che necessitano di assistenza continuativa e dei soggetti candidati a trapianto. L'impatto di tale manovra comporterà una riduzione dei ricoveri ordinari pari a circa 12.000 con il trasferimento in regime ambulatoriale e un trasferimento dei 16.000 ricoveri erogati in regime diurno in ambulatorio.

Inoltre i seguenti DRG's, attualmente in regime di day hospital, dovranno essere trasferiti in regime ambulatoriale nel 90% dei casi.

206 Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne; cirrosi epatite alcolica, senza cc.  
189 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 senza cc.  
369 Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile.  
384 Altre diagnosi pre-parto senza complicazioni mediche.  
411 Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia.  
256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.  
249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.  
323 Calcolosi urinaria con cc. e/o litotrissia mediante ultrasuoni.

Infine, per gli altri DRG's del medesimo allegato attualmente di cui alla bozza, relativi a ricoveri in regime ordinario, gli stessi dovranno essere trasferiti per il 70% in regimi alternativi di cui il 50% in day hospital e il 50% in regime ambulatoriale.

Inoltre si rileva che la Regione siciliana presenta una percentuale di circa il 30% dei ricoveri di day hospital di un solo accesso di tipo medico per prestazioni diagnostiche, ritenuti inappropriati in tali regimi e che pertanto dovranno essere trasferiti nel 80% in regime ambulatoriale. Nelle aziende ospedaliere, i policlinici universitari, presidi ASL, IRCCS, strutture a gestione diretta e tutte le strutture private accreditate verrà identificata specificamente, secondo la metodologia e i criteri sopra descritti, la riduzione della produzione attesa. La valorizzazione di queste prestazioni sanitarie fatturate dovrà essere coerente con la valorizzazione dei ricoveri delle schede dimissioni ospedaliere trasmesse alle regioni nei termini e nelle modalità definite in seguito e l'eventuale scostamento non sarà oggetto di liquidazione da parte della Regione.

## Allegato 2

### REGOLE PER IL GOVERNO DEL SISTEMA OSPEDALIERO REGIONALE E RELATIVE ATTIVITA' DI CONTROLLO

La Regione siciliana, al fine di rafforzare il processo avviato di riqualificazione del servizio sanitario regionale, intende introdurre dei meccanismi di verifica dell'attività di tutte le strutture di ricovero e cura, per garantire ai propri cittadini un'offerta di prestazioni appropriate, in linea con le azioni programmatiche assunte.

Conseguentemente si ritiene utile introdurre una serie di regole il cui rispetto andrà fatto valere ai fini della valutazione dell'operato dei direttori generali e sanitari, concorrendo a determinare sin dal 2009 la componente variabile della loro retribuzione.

In analogia, tale criterio varrà altresì per la valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare sin dal 2009 la componente variabile della loro retribuzione.

In armonia a quanto previsto nel presente atto, l'Assessorato regionale della sanità potrà rivedere gli obiettivi annuali, assegnati ai propri direttori generali e sanitari. Analogamente i direttori generali potranno adeguare al presente atto gli obiettivi dei responsabili di struttura semplice e/o complessa.

Nelle more dell'introduzione di ulteriori eventuali vincoli rispetto alle indicazioni programmatiche, le regole che la Regione siciliana intende vadano prioritariamente tenute in considerazione per il 2009 sono di seguito descritte:

a) le strutture pubbliche e private dovranno adottare i budget di produzione decurtati delle prestazioni inappropriate di cui all'allegato 1 al presente decreto;

b) entro l'anno 2009, le strutture pubbliche dovranno adeguare il proprio "controllo di gestione" in modo da monitorare la coerenza tra i ricoveri effettivamente erogati e gli obiettivi aziendali di produzione assegnati, coerentemente con l'analisi del fabbisogno. Il rispetto dei budget, declinato per unità operativa, dovrà essere inserito tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione;

c) ai fini della liquidazione delle prestazioni effettuate, le strutture private dovranno rispettare in modo vincolante il solo budget complessivo ad esse attribuito, anch'esso decurtato della valorizzazione delle prestazioni inappropriate di cui all'allegato 1 al presente decreto;

d) le strutture pubbliche e private dovranno trasmettere all'Assessorato regionale della sanità le schede di dimissione ospedaliera per il regime ordinario con cadenza mensile, entro il 15 del mese successivo a quello in cui ha avuto termine il ricovero. Ciò al fine di supportare il processo di programmazione e di verifica in corso del rispetto degli obiettivi assegnati e di misurazione degli scostamenti e per supportare eventuali tempestive manovre correttive. Il rispetto dei termini d'invio e della completezza dei dati inviati alla Regione siciliana sarà oggetto di controllo da parte dei nuclei operativi di controllo;

e) le strutture pubbliche e private dovranno trasmettere all'Assessorato regionale della sanità le schede di dimissione ospedaliera per il regime diurno con cadenza mensile, entro il 15 del mese successivo a quello in cui, essendo stato registrato l'ultimo accesso del paziente, ha avuto termine l'episodio di cura. A partire dall'1 luglio 2009 è prevista la chiusura trimestrale delle schede di dimissione ospedaliera relative ai ricoveri diurni. Ciò al fine di supportare il processo di programmazione e di verifica in corso d'anno del rispetto degli obiettivi assegnati e di misurazione degli scostamenti e supportare tempestive manovre correttive. Il rispetto dei termini d'invio e della completezza dei dati inviati all'Assessorato regionale della sanità sarà oggetto di controllo da parte dei nuclei operativi di controllo;

f) le strutture pubbliche e private dovranno garantire la qualità dei dati trasmessi, per un loro utilizzo nel processo di controllo del funzionamento e dell'equilibrio economico del servizio sanitario regionale, ma anche in rapporto agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;

g) i ricoveri erogati in regime ordinario e diurno a carattere diagnostico che dovranno essere trasferiti a livello ambulatoriale devono rispettare i criteri previsti all'allegato 1;  
h) la valutazione di appropriatezza clinica e del setting organizzativo per l'erogazione delle prestazioni di cui al punto precedente sarà oggetto di verifica da parte dei nuclei operativi di controllo. Per le strutture pubbliche la valutazione dei suddetti obiettivi, oltre a rientrare tra i criteri di valutazione dell'operato dei direttori generali, dovrà anche essere inserita tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione. Per le strutture private ai fini della liquidazione della relativa prestazione effettuata è condizione vincolante che:

- le SDO relative ai ricoveri per i quali è richiesta la liquidazione pervengano inderogabilmente entro i termini stabiliti;
- le SDO relative a ricoveri valutati inappropriati non possano essere liquidate;
- i ricoveri relativi ai DRG's di cui al decreto istitutivo del day service, eccedenti le quote percentuali previste, saranno declassati e remunerati con la tariffa del rispettivo PAC.

La valorizzazione delle prestazioni sanitarie fatturate dovrà essere coerente con la valorizzazione dei ricoveri delle schede di dimissione ospedaliera trasmesse all'Assessorato regionale della sanità nei termini e nelle modalità definite. L'eventuale scostamento non sarà oggetto di liquidazione da parte della Regione.

Le attività di controllo

L'attività di controllo svolta dai nuclei operativi di controllo (NOC), istituiti all'interno delle aziende ospedaliere e nelle ASP, è finalizzata a promuovere uno sviluppo omogeneo ed organico del sistema sanitario regionale, con particolare attenzione sia alla qualità dell'assistenza resa che ai bilanci aziendali.

Per un idoneo coordinamento e per la definizione unitaria degli indirizzi operativi, le risultanze delle attività dei NOC dovranno essere periodicamente rassegnate all'Assessorato regionale della sanità, che provvederà attraverso le proprie strutture dipartimentali.

In un sistema così definito va valorizzata la procedura di autocertificazione delle strutture erogatrici, come esito di un controllo di qualità interno che a sua volta dovrà essere sottoposto alla verifica di competenza delle aziende stesse.

L'azione dei NOC deve permettere di fornire indicazioni in merito all'adeguamento delle tariffe stesse, in quanto la discrepanza tra la remunerazione delle prestazioni di ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriale induce a volte scelte organizzative passibili di miglioramento. Tali attività, ritenute di grande utilità per il sistema, vanno incrementate nell'ottica dei controlli incrociati fra aziende e del benchmarking. In tal senso va sviluppata la funzione dei NOC, che deve estendersi anche al di fuori delle aziende di competenza nell'ottica di rendere omogenea l'attività di controllo e di contribuire ad aumentare la professionalità dei componenti che sempre più approfondiscono realtà territoriali diverse.

Rispetto all'area dell'attività clinica specialistica, lo sviluppo e l'evoluzione del sistema dei controlli consente:

- di individuare le aree critiche dell'attività di ricovero e condividere le modalità di controllo: la Regione, infatti, rileva alcuni eventi o comportamenti meritevoli di essere meglio conosciuti ed indica le aree da sottoporre a controllo, secondo protocolli operativi; tale analisi consente di evidenziare alcune aree critiche sulle quali concentrare l'attenzione, in modo da mantenere attivo un sistema di vigilanza, utilizzando metodologie note sia alle aziende sia agli erogatori. La scelta di identificare a livello centrale le aree oggetto di controllo - aree che di anno in anno possono essere modificate - è coerente con la finalità generale di monitoraggio tramite verifiche ed approfondimenti su specifiche modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie sull'intero territorio regionale, rendendo così uniformi e contemporanee le fattispecie oggetto di verifica;
- di definire un percorso legato ai controlli, da integrare funzionalmente ai progetti di qualità interni a ciascuna struttura erogatrice: le metodologie vengono infatti definite a livello regionale in

collaborazione con le aziende e le strutture erogatrici, che saranno direttamente responsabili dello svolgimento dei controlli. In questo ambito, la Regione definisce le strategie e il metodo da utilizzare, sicché spetterà alle aziende e alle strutture erogatrici del territorio di competenza stabilire le modalità operative dei controlli, interpretandone alla fine i risultati. Analogo percorso deve essere intrapreso anche per i servizi di lungoassistenza, residenziali, semiresidenziali e diurni.

Con riguardo al settore dell'attività specialistica ambulatoriale non può essere ignorato che, per la rilevanza economica e numerica delle prestazioni erogate, è fondamentale ed essenziale l'analisi dell'attività svolta per conto del SSR. Saranno preliminarmente definite dalla Regione le aree di maggior interesse e sarà successivamente applicata una metodologia di controllo dell'attività specialistica ambulatoriale erogata da tutte le strutture, pubbliche e private, accreditate.

L'obiettivo dei prossimi anni è quello di fare l'analisi sia sugli aspetti formali che sugli aspetti di tipo clinico, concordando tra le parti le modalità e i contenuti, in modo da codificare un protocollo che sia in grado di far emergere aree da sottoporre a monitoraggio continuo.

L'attività dei NOC delle aziende dovrà in particolare essere finalizzata:  
- alla verifica formale degli impegni contrattuali degli erogatori pubblici e privati nei confronti della Regione siciliana;

- all'individuazione di situazioni che potenzialmente possono avere una negativa ricaduta su:  
- la garanzia di un processo di diagnosi e cura appropriato del paziente, minimizzandone i possibili rischi;  
- la misura della domanda soddisfatta e quindi la corretta programmazione sanitaria che su questa si basa.

Diviene così centrale l'attività di controllo e di verifica del percorso di erogazione dell'atto sanitario, documentato dalla cartella clinica e sintetizzato nella SDO. In particolare dovrà essere sviluppata ogni azione idonea a rilevare i comportamenti "opportunistici" degli erogatori relativi alla sintesi che nelle SDO si fa rispetto alle diagnosi e le relative procedure erogate al paziente, nel caso in cui queste siano differenti rispetto alle attività effettivamente erogate.

A titolo esemplificativo si riportano i seguenti esempi:  
- segnalazione di diagnosi che non hanno influenzato l'episodio di cura;  
- mancata segnalazione di diagnosi concomitanti che hanno influenzato l'episodio di cura;  
- la scorretta codifica dell'evento sanitario tramite codice ICD-IX-CM non adeguati;  
- la segnalazione di procedure che non sono state effettivamente erogate;  
- mancata segnalazione di procedure che sono state effettivamente erogate;  
- l'inversione di diagnosi riportate nella SDO rispetto all'effettivo percorso diagnostico/terapeutico del paziente;

- individuazione dell'erogazione inappropriata del setting assistenziale nel quale è stata erogata la prestazione, con particolare riguardo a:  
- ricoveri diagnostici che avrebbero potuto essere evitati in quanto non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata;  
- ricoveri erogati in degenza ordinaria che avrebbero potuto essere erogati in regime di day hospital;  
- ricoveri di riabilitazione post acuzie successivi a ricoveri per acuti che non rispondono ad una logica di soluzione di continuità delle prestazioni rese.

Dovranno, con apposito provvedimento, essere fissate le misure sanzionatorie dei comportamenti anomali, fermo restando che l'esito dei controlli effettuati dai NOC costituirà per la Regione un elemento determinante per:

- la valutazione, nelle strutture pubbliche, dell'operato dei direttori generali, dei direttori sanitari, e dei responsabili di unità operativa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione. L'accertamento da parte dei NOC di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario

tra la Regione siciliana, il direttore generale, il direttore sanitario ed il dirigente, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabile di struttura semplice e/o complessa e può comportare, nei modi e nelle forme di legge, e salve le responsabilità penali, la decadenza dalla nomina;

- la liquidazione, nelle strutture private, delle prestazioni erogate dalle strutture medesime e per la determinazione dell'entità economica del rinnovo del "Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'azienda sanitaria locale e le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero" per l'anno successivo rispetto a quello dei controlli. L'accertamento da parte dei NOC di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione siciliana e la struttura privata accreditata e può comportare l'azzeramento dell'entità economica nel rinnovo del contratto. Nell'anno 2009 la Regione impegna le aziende sanitarie ad istituire i nuclei operativi di controllo con le funzioni sopra descritte.

Consapevole che tale sopra descritta attività richiede un periodo di sviluppo per andare a pieno regime, stabilisce che i NOC nella fase di avvio potranno avvalersi del supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali con la quale verrà stipulata apposita convenzione anche in ordine agli aspetti formativi connessi.