



**ATTO DI INDIRIZZO PER LA POLITICA SANITARIA DEL  
TRIENNIO 2007-2009 E PER L'AGGIORNAMENTO  
DEL PIANO SANITARIO REGIONALE**

• **CONSIDERAZIONI PRELIMINARI ED OBIETTIVI**

Con la legge 662/96 due regioni italiane, Sicilia e Sardegna, hanno visto incrementare la propria quota di co-finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), passata rispettivamente al 29% per la Sardegna ed al 42,5% per la Sicilia: in quest'ultimo caso, si tratta del contributo più elevato richiesto ad una regione italiana.

Il meccanismo di revisione in aumento della quota di finanziamento, introdotto con la richiamata legge 662/96, introduce una procedura di parziale ristoro per i conti regionali. Più in particolare, la norma prevede (art. 1, comma 143) la riproposizione di un meccanismo di salvaguardia, disponendo che il maggiore onere posto a carico della Sicilia non possa eccedere la differenza tra le entrate tributarie regionali e quelle convenzionalmente calcolate, applicando un incremento del 2%.

Tale meccanismo, ancorchè risolutivo del problema dato, alla prova dei fatti ha determinato un forte aggravamento della situazione finanziaria, a causa di un riscontrato differimento medio dei pagamenti da parte del Ministero dell'Economia che è di almeno un esercizio finanziario, ma spesso supera ampiamente tale termine. Pur considerando necessari ed indifferibili alcuni interventi sulla sanità siciliana per accrescere la qualità delle prestazioni in un quadro di congruità finanziaria, si conferma tuttavia l'urgenza di addivenire ad una rivisitazione della legge 662/96 per ripristinare al 35% la quota del concorso regionale al SSN o, in subordine, per attivare meccanismi volti ad assicurare reale tempestività alle erogazioni statali.



Del resto, non si può ignorare come la spesa sanitaria pro-capite risulti, in Italia, inferiore all'analogo aggregato nella media dei Paesi OCSE e, per di più, la spesa pro-capite in Sicilia risulta lievemente inferiore a quella media nazionale; dal che, discende che le strategie e le politiche di intervento debbano ricercare in Sicilia l'efficacia e l'efficienza della spesa stessa, ancor prima della sua riduzione.

Si registra, in ogni caso, un diffuso disagio economico dei sistemi sanitari di molte Regioni italiane, con disavanzi che il Ministero della Salute intenderebbe gradualmente riassorbire, concordando con le Regioni stesse un piano di contenimento della spesa sanitaria che dovrebbe raggiungere il punto di equilibrio nell'arco di un triennio, a far data dall'1.1.2007.

La Regione Siciliana, alla luce delle predette considerazioni, ha il preciso dovere di richiedere al Governo nazionale, salvo un diverso e virtuoso riconoscimento delle proprie prerogative autonomistiche, il trasferimento di maggiori risorse finanziarie e, per il pregresso, il ripianamento delle integrazioni effettuate con risorse proprie.

In ogni caso, ciò non esimerà l'Amministrazione regionale dall'adozione di ogni utile provvedimento di contenimento della spesa, nel rispetto dei vincoli imposti a seguito della sottoscrizione dell'atto di intesa con il Governo nazionale, stipulato in data 23 Marzo 2005.

Ai fini del raggiungimento dei predetti obiettivi, l'Assessorato opererà in stretto e doveroso raccordo con i competenti Organi politici e in una logica di proficuo e costruttivo confronto con le parti sociali e con gli attori del SSR con i quali sarà necessario individuare comuni e condivise strategie operative, orientate anche all'ormai ineludibile aggiornamento del Piano Sanitario Regionale la cui adozione, alla luce delle considerazioni svolte nel presente atto di indirizzo, si configura come una delle azioni prioritarie dell'attività dell'attuale Governo Regionale.

È noto peraltro che le difficoltà nelle quali, nonostante l'indiscusso e qualificato



impegno di tutti gli operatori del settore, si dibatte la sanità siciliana scontano disfunzioni organizzative e ritardi operativi tali da determinare una costante crescita del fabbisogno economico, a fronte di risultati non sempre omogenei per qualità e continuità dell'offerta assistenziale.

In definitiva, la migliore organizzazione della spesa sanitaria, con la possibile eliminazione di alcuni effetti distorsivi, appare irrinunciabile nella direzione dell'auspicata crescita qualitativa del SSN in una logica di equilibrio finanziario; peraltro, risulta oramai diffuso il convincimento che qualsiasi ipotesi di sana e virtuosa competizione qualitativa tra le strutture sanitarie possa avere ragionevolmente luogo soltanto in presenza di un dato di partenza comune: l'equilibrio finanziario.

Il confronto tra le regioni italiane evidenzia, poi, talune ingiustificate differenze tra le voci di costo della spesa sanitaria; tale fenomeno - cui potrebbero non essere estranee le stesse tecniche sanitarie - viene percepito anche nell'ambito della Sicilia, sebbene le attuali metodiche di rilevazione non consentano una comparazione esaustiva a causa del deficit di omogeneità nella fornitura e nella raccolta dei dati. A tal riguardo, questo Assessorato auspica una riorganizzazione del "monitoraggio sulla spesa sanitaria" previsto dalla L.R. 16/2003, al fine di individuare, prima, ed attenuare, poi, i divari di spesa che le evidenze empiriche fanno risultare in maniera stridente, con riferimento alla distribuzione del personale medico e paramedico o con riguardo a differenze, anche significative, su voci di spesa che dovrebbero invece avere un carattere più standardizzato.

Il superamento del "debito informativo" - attraverso il processo di informatizzazione, previsto dall'Amministrazione regionale nell'ambito del progetto "società dell'informazione" - costituisce un obiettivo prioritario dell'Assessorato Sanità, al fine di realizzare una base conoscitiva unica e condivisa, rispetto alla quale poi



individuare le possibili soluzioni.

Si avverte anche il rischio di una generalizzata demotivazione del sistema regionale in ordine a taluni eventi negativi, spesso troppo sbrigativamente classificati nella categoria della “malasanità”. E’ dubbio che il problema - la cui dimensione reale non è nota neanche a livello nazionale - possa trovare spazio e trattazione soltanto attraverso i *media*. Ben diversa è invece l’azione che questo Assessorato si propone di intraprendere ed il cui punto di arrivo punta a coincidere con l’introduzione di metodiche gestionali sul modello del *risk management*.

#### • **RETE OSPEDALIERA PUBBLICA**

La rimodulazione e la complessiva reingegnerizzazione della rete ospedaliera si impongono, secondo una metodologia di gradualità interventi e di coerente programmazione, al fine di pervenire, nel triennio 2007-2009, ai seguenti principali obiettivi:

- riduzione (entro il 31.12.07) dei P.L. per acuti, in coerenza con gli standard nazionali di riferimento (4,5 P.L./1000 ab.) e tenuto conto, sulla base di dati oggettivi, delle prevalenti esigenze assistenziali del SSR;
- riconversione di una quota-parte dei P.L. a favore degli interventi sanitari di riabilitazione e di lungodegenza;
- centralizzazione, a seguito di individuazione di strutture capofila o di altre ed efficaci azioni amministrative, delle procedure di acquisizione di beni e servizi (sanitari e non sanitari), compresi i contratti di manutenzione e la fornitura di servizi generali;
- revisione delle modalità di utilizzo dei P.L. in DAY-HOSPITAL, con particolare riferimento alla tariffazione delle prestazioni, all’appropriatezza



- delle stesse, al numero dei rientri e all'indice occupazionale dei posti;
- partecipazione attiva dell'ospedalità pubblica al soddisfacimento dei bisogni ambulatoriali dell'utenza (anche per programmi di screening), con individuazione, per ciascuna struttura ospedaliera, di un numero minimo annuo di prestazioni diagnostiche caratterizzate da elevata domanda (ecografia, mammografia, densitometria, analisi chimico-cliniche...);
  - incentivazione dei programmi di dipartimentalizzazione ospedaliera (anche trans-murale), secondo criteri di ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per patologie d'organo o d'apparato (oncologia; neuroscienze; malattie cardio-vascolari, respiratorie, nefro-urologiche; area materno-infantile);
  - puntuale verifica del livello di inappropriatazza dei ricoveri e individuazione di azioni orientate all'accertamento della giustificazione clinica della degenza, con riferimento anche alla valutazione del peso medio dei DRG trattati (medici e chirurgici);
  - ricognizione quali-quantitativa delle prestazioni (e dei correlati livelli di sicurezza) erogate presso le strutture ospedaliere della Sicilia, con definizione di indicatori oggettivi finalizzati a sostenere eventuali interventi di condivisa rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri a minore produttività e/o a maggiore potenzialità di "rischio clinico";
  - identificazione di istituti premiali da riservare a quelle strutture ospedaliere che pongano in essere uno o più dei seguenti interventi: linee-guida per il governo della domanda di prestazioni sanitarie; azioni favorevoli il rapporto con l'utenza, l'accoglienza dei malati e la semplificazione delle procedure di front-office; copertura, con contratti a tempo indeterminato, degli organici fin qui assicurati con il ricorso a chiamate a tempo determinato; inserimento negli organici, in



luogo di figure professionali tradizionali (ove non strettamente necessarie), delle nuove competenze dell'area sanitaria o gestionale (ortottisti, psicologi, tecnici della riabilitazione, sostegno psichiatrico e psicologico, ingegneri gestionali), con l'intento di assicurare più elevati standard assistenziali ai pazienti ricoverati e il miglioramento delle prassi organizzative; iniziative per il potenziamento della continuità assistenziale ospedale-territorio;

- introduzione di adeguati livelli di pianificazione, integrazione e coordinamento a livello di bacini territoriali omogenei, all'interno dei quali è necessario ottimizzare le procedure gestionali e programmare, senza inutili ripetizioni o ridondanze, l'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento alle branche cliniche di più elevata specialità (oncologia e radioterapia oncologica; nefrologia e dialisi; riabilitazione; UTIC; UTIN...).

Sulla base delle predette considerazioni, si provvederà ad individuare – sin dall'esercizio 2007 – gli obiettivi da conferire alle direzioni aziendali ospedaliere, individuando gradualmente e ragionevoli riduzioni dei tetti di spesa, compatibili con la qualità e continuità dell'offerta sanitaria e con il mantenimento dei L.E.A..

Al riguardo, è auspicabile introdurre elementi di premialità connessi al raggiungimento degli obiettivi individuati quali prioritari e alle seguenti ed ulteriori azioni:

- richiesta di anticipazione delle verifiche dei requisiti richiesti per l'accreditamento e, in via subordinata, rispetto dei tempi previsti;
- prevenzione del rischio clinico ed adozione di protocolli e linee-guida, con particolare riferimento alla gestione delle emergenze e delle sale operatorie;
- mantenimento delle complicità nei limiti degli standard nazionali ed internazionali;
- potenziamento, mediante ricorso a leasing o istituti consimili, della tecnologia



medicale.

Rispetto alle modalità di contabilizzazione delle prestazioni erogate in regime di ricovero, si tenderà a penalizzare i rimborsi connessi alle prestazioni a più bassa complessità clinica: quanto sopra nella convinzione che la rete ospedaliera regionale debba garantire, in sinergica e differenziata integrazione con l'ospitalità privata, la migliore gestione delle urgenze e delle patologie complesse, assicurando al contempo adeguate condizioni di "safety" e "security" del paziente.

- **ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'assistenza territoriale è affidata alla gestione delle nove ASL provinciali che, nell'espletamento delle loro attività, sono gravate non poco dalla contestuale attenzione da rivolgere sia alle problematiche proprie della medicina territoriale e dei servizi che a quelle dei presidi ospedalieri non costituiti in aziende autonome e ricadenti nella responsabilità delle stesse ASL provinciali.

Si tratta di una fattispecie oggettivamente complessa che necessita, in prospettiva non lontana e in previsione dell'aggiornamento del Piano Sanitario Regionale, di un'attenta riflessione sulla opportunità, sulle modalità e, ovviamente, sui costi di un eventuale scorporamento dei presidi ospedalieri.

Nell'immediato, deve tendersi, sul versante propriamente ospedaliero, al perseguimento degli stessi obiettivi già individuati nel precedente paragrafo mentre, sul piano delle azioni di governo sanitario del territorio, possono essere considerati obiettivi prioritari:

- il censimento e la quantificazione delle prestazioni sanitarie, a carattere ambulatoriale, erogate sul territorio della Regione, individuando standard minimi al di sotto dei quali debba prendersi in considerazione, tenendo conto di fattori sociali ed ambientali, la eventuale rifunzionalizzazione delle stesse



strutture ambulatoriali extra-ospedaliere;

- il potenziamento e la valorizzazione delle azioni di integrazione socio-sanitaria, finalizzate: al miglioramento dell'assistenza a domicilio o in idonee strutture paraospedaliere (con particolare riferimento ai pazienti con patologie gravemente invalidanti o in stato di evidente disagio socio-economico); al sostegno e al recupero dei tossico-dipendenti; all'assistenza dei malati psichiatrici e/o psicologicamente deboli; ad interventi mirati alla tutela della popolazione infantile e geriatrica; alla realizzazione di strategie capaci di incidere positivamente sulla qualità della vita e sulla riduzione "sensu lato" dei rischi sanitari ed ambientali;
- lo stretto raccordo operativo con i MMG con i quali è indispensabile ricercare la massima condivisione per incentivare l'associazionismo professionale, tale da consentire la reperibilità medica continuativa (almeno h. 12) e, ove possibile e compatibile con il sistema, lo svolgimento, negli ambulatori, delle principali e più elementari prestazioni diagnostiche, utili per l'inquadramento clinico immediato delle patologie di più comune riscontro;
- il rilancio delle campagne di prevenzione sanitaria e di screening oncologico individuando percorsi organizzativi e strumenti di comunicazione atti a sensibilizzare la popolazione che, stando ai dati fin qui disponibili, non risponde in misura quantitativamente adeguata alle iniziative fin qui poste in essere in ambito regionale.

\* \* \*

Alle AUSL territoriali saranno conferiti, già dal 2007, obiettivi coerenti con le priorità rappresentate in questo e nel precedente paragrafo e, in ragione della maggiore complessità del sistema organizzativo, si ritiene di avviare una politica di





abbattimento del tetto di spesa, secondo percentuali che saranno definite sulla base di una più attenta ed analitica verifica della situazione economico-finanziaria.

Per quanto riguarda segnatamente la problematica connessa ai costi per la spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale) si rimanda allo specifico e successivo paragrafo.

- **SPESA FARMACEUTICA**

In alcune regioni italiane, prima tra tutte la Sicilia, la spesa farmaceutica si appalesa come un aggregato tendenzialmente fuori controllo; autorevoli studi inducono a ritenere che le dinamiche accelerate della spesa farmaceutica possano essere solo in parte motivabili con il progressivo invecchiamento della popolazione e che esse invece discendano in buona misura dall'aumento quali-quantitativo delle prescrizioni. Resterebbe quindi da approfondire quanta parte del fenomeno sia riconducibile all'innovazione terapeutica e quanta parte invece ad inappropriate prescrizioni. E' appena il caso di sottolineare come la tempestiva e puntuale rilevazione dei farmaci richiesti dal sistema possa alimentare un prezioso "flusso di ritorno" anche sotto il profilo epidemiologico. Per contenere il *debito informativo* esistente al riguardo, un contributo rilevante potrà arrivare dalle nuove tecnologie informatiche.

Il tema della spesa farmaceutica presenta una sua intrinseca delicatezza, perché alti sono e permangono i rischi di interventi con esito iniquo.

Allo stato delle informazioni attuali, appare evidente come il parametro del "tetto unico" di spesa farmaceutica per tutte le regioni italiane risulti complessivamente inadeguato a cogliere le diverse situazioni socio-economiche-demografiche, riscontrabili tra una regione ed un'altra. Sebbene il tetto unico sia in teoria rivolto a garantire l'uniformità delle cure sul territorio nazionale, di fatto determina, per condivisione comune, un ulteriore ampliamento dei divari esistenti. Al di



l'auspicata rivisitazione del tetto unico, la persistenza comunque di un differenziale di oltre cinque punti percentuali, tra il tetto unico ed il consuntivo di spesa farmaceutica in Sicilia, lascia comunque pochi spazi all'ipotesi di mantenere lo *statu quo*. Rispetto a queste problematiche si pone, con valutazioni controverse, la questione dei ticket.

Al riguardo, deve osservarsi come la condizione reddituale di larghe fasce della popolazione siciliana faccia sì che l'area di esenzione totale sia notevolmente più significativa che in altre parti del Paese, a maggiore ricchezza individuale. Nè, in queste condizioni, appare significativa l'ipotesi di introduzione di ampliamenti della quota di compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, stanti le descritte condizioni reddituali e l'ampio disagio sociale.

Non è comunque da escludere il ricorso a soluzioni che assumano valore di deterrenza, senza produrre sacrifici economici di rilievo a carico dei cittadini, in coerenza peraltro con le decisioni, che, in questo senso, stanno per essere assunte a livello nazionale.

In ogni caso, la politica di contenimento della spesa farmaceutica non può che incardinarsi su una serie di provvedimenti tra loro convergenti e diretti, da un lato, a contenere il consumo ospedaliero di farmaci e, dall'altro, a limitare la prescrizione degli stessi sul territorio:

- incentivare, da parte dei presidi ospedalieri, la regolare fornitura del primo ciclo terapeutico (inserendo tale obiettivo tra quelli a carico dei Direttori Generali);
- rinegoziare le intese relative alla distribuzione dei farmaci HTA "in nome e per conto" del SSR;
- verificare la praticabilità di un'eventuale revisione dei criteri e degli oneri di distribuzione;



- individuare, d'intesa con le aziende sanitarie e i presidi ospedalieri, limitatamente ad alcune specialità medicinali ad alto costo, adeguate modalità di distribuzione diretta dei prodotti;
- intensificare, anche mediante protocolli con Istituzioni dello Stato, il monitoraggio sulle prescrizioni e sui consumi;
- raggiungere in tempi certi, ancorché compatibili con l'allestimento tecnico, standard informatici in grado di "leggere", per ogni prescrittore e per ogni utente, l'andamento individuale della spesa farmaceutica e, in generale, delle prescrizioni a carico del SSR;
- verificare, sulla base di dati attendibili e validati, se esista la possibilità di attribuire ai MMG tetti di spesa per il consumo farmaceutico;
- monitorare, su base storica, il consumo farmaceutico ospedaliero e modulare l'entità dei relativi rimborsi sulla scorta di parametrizzazioni oggettive (peso DRG, indici di complessità, numero e tipologia dei ricoveri, appropriatezza, ecc.);
- individuare, con utilizzo della carta sanitaria individuale (appena disponibile), il numero massimo di farmaci prescrivibile per ogni assistito, stabilendo opportune ed estensive deroghe per i pazienti certificati come cronici;
- accorpate, in una logica di economia di scala, le procedure di acquisizione dei farmaci da parte delle Aziende ospedaliere e territoriali;
- limitare il rimborso separato dei farmaci antineoplastici alle strutture sanitarie sulle quali insistano attività assistenziali compatibili con la somministrazione della specifica categoria di farmaci;
- incoraggiare il ricorso ai farmaci cosiddetti "equivalenti" in luogo delle più onerose preparazioni coperte da brevetto.



• **OSPEDALITA' PRIVATA E STRUTTURE AMBULATORIALI PRE-ACCREDITATE**

È indispensabile la continuazione di un costruttivo dialogo con le organizzazioni di categoria, al fine di assicurare, da un lato, elevati standard di qualità assistenziale e, dall'altro, un'offerta effettivamente rispondente alle reali esigenze di salute dei cittadini in un quadro di efficace integrazione tra sanità pubblica e privata.

Le norme previste per l'accreditamento delle strutture impongono adeguamenti che, per molti aspetti, superano e sopravanzano, per quanto riguarda la ospedalità privata, le previsioni di cui alla L. R. 39/88 che, alla luce delle presenti considerazioni, merita una profonda rivisitazione.

In ogni caso, sono da individuarsi adeguate misure di raffreddamento della spesa per ricoveri che possono essere così sintetizzate:

- adozione di stringenti criteri di abbattimento delle remunerazioni per ricoveri impropri e/o per insorgenza di complicanze eccedenti i dati medi di riferimento nazionali ed internazionali;
- intensificazione dell'azione di monitoraggio da parte delle ASL territoriali di competenza, eventualmente integrate o supportate dai competenti uffici dell'Assessorato;
- introduzione di elementi di premialità riferiti al raggiungimento di uno o più dei seguenti obiettivi:
  - a) adozione di procedure finalizzate al contenimento del rischio clinico;
  - b) aggiornamento tecnologico;
  - c) raggiungimento di dotazioni organiche in grado di migliorare l'assistenza ai pazienti, secondo standard mutuati da adeguati riferimenti nazionali ed internazionali;



- d) piena ed utile integrazione con le esigenze del SSR, con particolare riferimento ai LEA da assicurare (anche in regime di urgenza) nelle aree territoriali di competenza;
- riduzione dei P.L. per ricoveri ordinari, con riconversione degli stessi in P.L. di lungodegenza.

\* \* \*

Particolarmente numerose sul territorio della Regione sono, poi, le strutture ambulatoriali, in atto pre-accreditate, gestite da privati e finanziate dal SSR.

Tale cospicuità quantitativa produce, di fatto, uscite regionali comparabili, in linea generale, con quelle di altre realtà italiane contraddistinte da un numero ben più limitato di soggetti accreditati: quanto sopra in relazione alla tipologia individuale della più parte delle strutture siciliane e al tetto di finanziamento opportunamente proposto dall'Assessorato Regionale Sanità.

Anche in questo settore sono comunque necessari interventi di riordino orientati a:

- garantire, entro i termini previsti, il rispetto dei criteri tecnici e strutturali di accreditamento (obiettivo da applicare anche all'ospedalità privata);
- rinegoziare le modalità di riconoscimento economico delle prestazioni erogate in eccedenza rispetto al tetto fissato dall'Assessorato (c.d. "extra-budget") e di conteggio dei "ticket" direttamente incamerati presso le strutture accreditate;
- intensificare, mediante sistemi di carattere oggettivo, il monitoraggio sulla qualità, la tipologia e la distribuzione delle prescrizioni formulate dai medici di famiglia e dai medici specialisti;
- controllare, ai fini della garanzia di qualità delle prestazioni, il livello tecnologico delle apparecchiature biomedicali e dei sistemi di diagnosi, favorendo i processi di ammodernamento delle strumentazioni;



- correlare i volumi di attività alle potenzialità operative delle risorse umane e tecnologiche;
- garantire tempi congrui nei pagamenti della Regione Siciliana verso le strutture accreditate e pre-accreditate, al fine di ridurre le spese per interessi e contenziosi.

• **I CENTRI DI ECCELLENZA, GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS) E I RAPPORTI CON LE UNIVERSITA' E LA RICERCA BIOMEDICA**

La Regione Siciliana, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza connessa alle alte specialità e di contenere conseguentemente le uscite per mobilità sanitaria passiva, ha avviato una serie di sperimentazioni gestionali in cruciali settori clinico-assistenziali (trapianti d'organo, oncologia, ecc...), sebbene non possa non rilevarsi l'estensione delle rispettive attività ad ambiti tradizionalmente attribuiti – con minori oneri per sanità pubblica – alla competenza delle ordinarie strutture assistenziali del SSR.

Per quanto precede – pur esprimendosi parere ampiamente favorevole in ordine alle scelte di politica sanitaria fin qui adottate, nel merito, dal Governo regionale – non può tacersi la necessità che, d'intesa con i soggetti interessati (centri di sperimentazione gestionale e IRCCS), si pervenga ad una più organica e condivisa politica gestionale finalizzata alla più precisa caratterizzazione degli ambiti operativi delle predette sperimentazioni gestionali, al fine di conseguire i risultati attesi in termini di copertura, estensiva ma differenziata, dei bisogni assistenziali della popolazione e di riduzione degli oneri annualmente sostenuti dalla Regione Siciliana per mobilità passiva: un tema questo che può trovare parziale risoluzione anche



attraverso un'adeguata informazione dell'offerta sanitaria disponibile sul territorio.

Al riguardo, si segnala che – a fronte degli oltre 200 milioni annui impegnati per emigrazione sanitaria dei residenti in Sicilia – si appalesa un timido ma significativo segnale di recupero del fenomeno dal momento che, per l'anno 2005, sono stati segnalati flussi attivi per circa 50 milioni di Euro: quanto sopra a testimonianza della crescente potenzialità attrattiva della sanità isolana, almeno per quanto riguarda alcuni ambiti specialistici.

Non v'è dubbio, pertanto, che la futura e già avviata attivazione di tre “centri di eccellenza” nelle sedi di Catania, Messina e Palermo – rispettivamente per ortopedia e traumatologia, oncologia e area materno-infantile – possa costituire un concreto soddisfacimento di effettive esigenze assistenziali, di alto livello specialistico, e rappresentare un utile elemento di ulteriore interdizione del descritto fenomeno migratorio.

Si impone, però, uno stretto collegamento operativo dell'area dell'eccellenza clinica e della sperimentazione gestionale con quello dell'ordinaria rete assistenziale la quale ultima – esprimendo, del pari, professionalità di alto livello e costituendo la dorsale fondamentale dell'assistenza sanitaria – deve integrarsi con le strutture di riferimento specialistico attraverso i fondamentali strumenti della collaborazione clinica, della comunicazione attiva e del trasferimento delle conoscenze, con particolare riferimento all'aggiornamento degli operatori del SSR e alla traslazione di tecniche e metodologie diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Ove tale obiettivo non dovesse essere raggiunto almeno nel medio periodo, ne deriverebbe un concreto rischio di scollamento del sistema, con il risultato, non auspicabile, di produrre un'assistenza a due velocità e un'oggettiva penalizzazione per un'elevata fascia di cittadini.

In questo contesto di ordine generale, una particolare menzione merita il rapporto tra



SSR e Università, con particolare riferimento alle attività svolte dalle Facoltà mediche e dai Policlinici universitari.

Questi ultimi, in ragione della specifica missione formativa e delle peculiarità normative di riferimento, operano nell'ambito del SSR sulla base di protocolli d'intesa derivanti dall'applicazione del D. Lgs. 517/99 che, oggi, a conclusione della prevista fase sperimentale, appaiono meritevoli di opportuna e concordata revisione.

Al fine di valorizzare il contributo delle strutture universitarie – che istituzionalmente coniugano formazione, didattica e ricerca – si auspica che la strutturazione delle AOUP di Catania, Messina e Palermo si caratterizzi per assetti organizzativi e modelli assistenziali, direttamente connessi alla didattica, a carattere fortemente innovativo ed orientati all'ottimizzazione dipartimentale, alla elevata qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, alla differenziazione dell'offerta assistenziale nel senso della elevata specializzazione e della collegata attività di ricerca.

Né può tacersi la necessità di individuare, collegialmente, adeguate procedure di attivazione della rete regionale della formazione che, con il coordinamento delle Facoltà mediche, includa l'attivo contributo di idonee strutture assistenziali del SSR, al fine di estendere le opportunità di addestramento professionale, pervenendo anche all'auspicabile ampliamento degli accessi ai corsi di laurea per le professioni sanitarie che, ad oggi, risultano sottodimensionati rispetto alle effettive esigenze occupazionali.

Si impone, inoltre, la necessità di operare per la valorizzazione dei giovani professionisti ed il potenziamento dei laboratori e dei progetti di ricerca biomedica, sia in ambito universitario che ospedaliero, che sempre di più dovranno svolgere un ruolo cruciale per l'avanzamento delle conoscenze e il trasferimento di queste ultime alla pratica clinica.





• **LA RETE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE E LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

L'attività di emergenza sanitaria si fonda sulla integrazione operativa tra sistema 118, punti territoriali di emergenza (P.T.E.) e aree di emergenza/urgenza delle strutture ospedaliere sulle quali insistono, in funzione del livello assistenziale dei singoli presidi e sulla base di una razionale distribuzione geografica, i punti di pronto soccorso ed i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (D.E.A. di 2° livello/3° livello).

Il sistema 118 è capillarmente operante sul territorio regionale, con tempi di intervento ben correlati alla cospicuità numerica delle vetture di soccorso e alla disponibilità dell'elisoccorso.

In realtà, a fronte di tale tranquillizzante affermazione, deve osservarsi che, alla data odierna, sono dotate di assistenza medica circa un terzo delle ambulanze circolanti, oltre tutte quelle dedicate agli interventi di rianimazione sulle quali operano (h. 24) i competenti medici specialisti. La presenza di supporto sanitario presenta, peraltro, evidenti elementi di disuniformità sul territorio regionale, con alcune rilevanti carenze in ben individuati ambiti provinciali.

Si pone conseguentemente l'esigenza di completare l'azione di supporto medico del Servizio 118 attraverso l'applicazione di idonei sistemi incentivanti e la prosecuzione della riqualificazione dei medici aventi titolo, prevalentemente provenienti dai servizi territoriali e di guardia medica.

Iniziative consimili dovranno essere assunte per la residua copertura dell'organico infermieristico previsto a dotazione delle ambulanze di soccorso.

Emerge, inoltre, la necessità di ottimizzare il collegamento operativo tra Servizio 118, strutture ospedaliere di emergenza/urgenza e territorio per la migliore gestione



degli accessi non programmati alle prestazioni sanitarie, non sostenuti, in circa il 70% dei casi, da effettivi motivi di urgenza.

La descritta situazione determina, pressoché su tutto il territorio regionale, un improprio sovraccarico assistenziale delle strutture ospedaliere di emergenza/urgenza che si trovano così ad affrontare volumi di attività rientranti, più propriamente, nelle previsioni operative della medicina territoriale e delle postazioni di guardia medica.

A parte l'opportunità di procedere con gradualità – ove possibile e senza arretramenti della qualità e continuità assistenziale – ad una più idonea distribuzione di queste ultime, si impone, con sollecitudine, l'adozione di una strategia di affiancamento delle postazioni di guardia medica alle unità di emergenza/urgenza delle strutture ospedaliere, con l'intento di assicurare un separato canale di smaltimento delle richieste di intervento caratterizzate da codici di accesso a basso o nullo rischio clinico. Né si può escludere, in questa logica e subordinatamente, la riproposizione del “ticket” per le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero.

Tale processo di decongestionamento delle aree ospedaliere di emergenza/urgenza troverebbe utile integrazione con l'estensione della disponibilità oraria della medicina di famiglia (h. 12), anche grazie al più estensivo ricorso all'associazionismo professionale, già richiamato in precedenza.

A margine del presente paragrafo, non può tacersi come, per effetto della vigente normativa nazionale di sostanziale blocco degli organici ospedalieri, molte aree di emergenza/urgenza soffrono di evidenti carenze di personale, soprattutto infermieristico, che si configurano come vere e proprie esigenze di intervento correttivo prioritario.



• **GLI INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA ED IL RINNOVO TECNOLOGICO**

La rifunzionalizzazione del sistema sanitario e la necessità di adeguare contestualmente lo stesso sistema al processo evolutivo della moderna medicina e al mantenimento dei LEA comportano complessi ed onerosi interventi di ammodernamento delle strutture e di potenziamento del parco tecnologico disponibile, fermo restando, a tale ultimo proposito, come il governo della domanda assistenziale (attraverso linee-guida e prassi operative) debba guidare il processo di modulazione della offerta di prestazioni sanitarie, in generale, e diagnostiche, in particolare.

Assodato che l'ordinaria provvista finanziaria del Fondo Sanitario Regionale non è in grado di assicurare, se non marginalmente, investimenti di qualche rilievo, ne deriva che, d'intesa con Aziende territoriali ed ospedaliere, sarà necessario concordare una complessiva rimodulazione delle risorse residualmente disponibili per effetto dell'applicazione degli artt. 20 della Legge 67/88 e 71 della Legge 448/98, avendo bene a mente che la vigente normativa nazionale esclude dalla progettazione i presidi ospedalieri con meno di 250 P.L. per acuti e/o 120 P.L. per lungodegenza e riabilitazione.

Stante anche la limitata capienza dei relativi capitoli di spesa, la prevista ed ineludibile rimodulazione degli interventi dovrà tenere conto, oltre che della predetta previsione normativa, dei seguenti ulteriori fattori:

- analisi del contesto sanitario e congruità degli interventi proposti rispetto alla specifica vocazione assistenziale delle strutture e agli oggettivi bisogni assistenziali del bacino territoriale di riferimento;



- necessità di privilegiare le azioni destinate al miglioramento dei circuiti di emergenza/urgenza (pronto soccorso, cardiologia, emodinamica, rianimazione, neurochirurgia, traumatologia, “stroke unit”);
- potenziamento delle alte specialità carenti a livello del bacino territoriale di riferimento, con particolare attenzione alla oncologia e radioterapia, alla tecnologia diagnostica avanzata, alla nefrologia e dialisi, ecc.;
- valore innovativo e sperimentale dei progetti, con particolare riferimento alle iniziative destinate all’integrazione assistenziale a livello territoriale (accorpamento di poliambulatori, UTAP, RSA, lungodegenza, “country hospital”...) e al miglioramento dei processi di automazione e comunicazione informatica.

In vista, poi, della redazione del progetto strategico per la definizione del POR 2007-2013, non potrà non tenersi conto delle specifiche esigenze di innovazione della rete sanitaria, elaborando piani di intervento coerenti con le predette previsioni e con le ulteriori necessità operative e sperimentali del SSR.

Il sistema sanitario siciliano, al pari di quello delle altre regioni ha dovuto, già da qualche anno, per assolvere ad un obbligo di comunicazione di flussi al Ministero, dotarsi di strumenti informatici.

La necessità di adeguare le dotazioni informatiche alle superiori esigenze ha condotto le Aziende sanitarie, in assenza di un sistema informativo centralizzato, ad attrezzarsi in maniera contingente in ragione della urgenza di onorare gli adempimenti informativi, con il risultato di una condizione fortemente disomogenea delle diverse realtà aziendali.

Solo recentemente, la prevista implementazione a livello nazionale del Sistema Informativo Sanitario, ha impegnato la Regione siciliana in un più vasto progetto di informatizzazione che si connette direttamente agli adempimenti previsti in materia



di monitoraggio della spesa sanitaria, prioritariamente attraverso l'adozione e la distribuzione della Tessera sanitaria/Carta regionale dei Servizi.

E' ovvio che solo mediante una adeguata conoscenza delle informazioni e dei dati sarà possibile condurre un costante monitoraggio dell'andamento della spesa e una corretta valutazione del fabbisogno di salute e della risposta che il sistema sanitario offre al fabbisogno espresso dalla popolazione.

E' indispensabile dunque accelerare il processo di informatizzazione di tutto il sistema sanitario siciliano, coinvolgendo in tale processo, oltre ovviamente le strutture pubbliche erogatrici di prestazioni sanitarie, tutti gli attori che a diverso titolo intervengono nel sistema (farmacie, MMG, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati...).

- **MEDICINA VETERINARIA**

L'assorbente esigenza di garantire prioritariamente i crescenti bisogni di salute della popolazione fa sì che solo limitate risorse possano essere destinate alle pur rilevanti necessità della medicina veterinaria e delle importanti azioni ad essa correlate.

Nonostante la descritta carenza finanziaria, particolare cura è stata posta allo svolgimento delle azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie a trasmissione animale, alla sicurezza degli alimenti, alla vigilanza degli insediamenti zootecnici: tanto viene realizzato sia con il limitato contingente di medici veterinari dipendenti che con il supporto di professionisti che intrattengono con l'Amministrazione rapporti di collaborazione esterna.

Speciale attenzione viene posta anche alla prosecuzione delle operazioni di tipizzazione anagrafica delle specie animali destinate alla macellazione e alla commercializzazione nonché al completamento della anagrafe canina. Si pone



comunque la necessità di reperire ulteriori risorse finanziarie che, per lo svolgimento di specifiche azioni (soprattutto a carattere innovativo e sperimentale ed a tutela della salute umana), potrebbero trovare copertura nell'ambito del POR 2007-2013.

In ogni caso, non possono tacersi le difficoltà connesse all'attuazione di efficaci interventi di interdizione del fenomeno del randagismo: pur essendo stato recentemente emanato da questo Assessorato il regolamento attuativo della L.R. n° 15 del 3.07.2000 e pur essendo intestata ai Comuni la responsabilità del prelevamento dei cani e della custodia di quelli non riammissibili sul territorio, la Regione Siciliana, attraverso le competenti strutture delle ASL, mantiene di fatto una rilevante funzione di coordinamento e di monitoraggio ed ha, al tempo stesso, ben presenti le esigenze di potenziamento delle strutture ambulatoriali (destinate alla sterilizzazione degli animali prelevati) e, soprattutto, di ampliamento e costruzione di canili municipali.

I trasferimenti finalizzati, disposti dallo Stato per il soddisfacimento di questa ultima esigenza, sono oltremodo limitati ed insufficienti a coprire i bisogni rilevati a livello regionale.

Al riguardo, si esprime la volontà di reperire, anche con il ricorso a progetti-obiettivo, più ingenti risorse e, al tempo stesso, la necessità di ricercare adeguate soluzioni in collaborazione con le associazioni di volontariato e di tutela della salute animale.

\* \* \*

Il presente atto di indirizzo viene sottoposto alla valutazione della On.le Giunta di Governo e, per il tramite dell'On.le Presidente, della competente Commissione Assembleare, al fine di acquisirne i pareri e di integrarne o modificarne il contenuto sulla base delle considerazioni che, nel merito, dovranno essere espresse.



Lo stesso atto di indirizzo, una volta approvato, sarà completato, in linea tecnica, dal piano di rientro economico-finanziario, da concordare con il Ministero della Salute nel rispetto delle obbligazioni assunte in data 23.03.2005.

Le misure ed i provvedimenti attuativi conseguenti all'adozione del presente atto di indirizzo costituiranno oggetto di preventiva concertazione con le OO.SS. e con le rappresentanze degli operatori del SSR e dei cittadini, al fine di individuare condivise modalità operative, determinandone i tempi di applicazione ed assicurando idonei sistemi di monitoraggio delle iniziative e di valutazione dei risultati "in itinere".

*f.to* L'ASSESSORE

Prof. Roberto Lagalla