



Regione Siciliana

# Piano di Contenimento e di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009

*Assessorato Regionale alla Sanità  
Piazza O. Ziino – 90145 – PALERMO  
Assessore alla Sanità Prof. Roberto Lagalla*



## Sommario

---

Sommario	2
1. Premessa	4
2. Quadro normativo nazionale	5
3. Analisi della situazione economica regionale dell'esercizio 2006	21
4. Previsione della situazione economica regionale nel triennio 2007/2009	27
5. Contesto regionale	30
6. Analisi del contesto	31
7. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione	33
8. Obiettivi generali e specifici	54
9. <b>Tabella Obiettivi generali, specifici e operativi</b>	58
10. – <b>“A”</b> – Contenimento e riduzione della spesa per assistenza farmaceutica convenzionata	63
A.1 Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata.....	64
A.1.1_ Monoprescrizione inibitori di pompa .....	66
A.1.2 _Distribuzione diretta.....	66
A.1.3 _Interventi mirati all'appropriatezza prescrittiva (monitoraggio flussi prescrittivi interventi su particolari classi di farmaci).....	67
A.1.4 _Primo ciclo terapeutico .....	68
A.1.5_ Prezzo di rimborso di riferimento inibitori di pompa .....	68
A.1.6 Effetti scadenza brevetti .....	69
A.1.7 Sistema di compartecipazione .....	69
11. <b>Spesa farmaceutica -- tabella obiettivi operativi</b>	70
12. – <b>“B”</b> – Potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, la riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	73
B.1 Assistenza specialistica.....	74
B.2 Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa .....	77
B.3 Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale .....	81
B.4 Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base.....	82
13. <b>Territoriale -- tabella obiettivi operativi</b>	89
14. – <b>“C”</b> – La riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera, attraverso la revisione della rete ospedaliera e la riduzione dell'attività correlata	94
C.1 La revisione della rete ospedaliera.....	96
C.2 La riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriata .....	131
C.3 La riduzione della mobilità sanitaria .....	139
Economie di gestione previste a seguito degli interventi sull'assistenza ospedaliera .....	140
15. <b>Assistenza ospedaliera -- tabella obiettivi operativi</b>	141



Regione Siciliana

16.	– “D” – Altre misure di contenimento dei costi	145
	D.1 Interventi sui costi del personale e costi assimilati.....	145
<b>17.</b>	<b>Spesa del personale -- tabella obiettivi operativi</b>	<b>156</b>
	D. 2 Interventi sui costi di beni e servizi.....	158
<b>18.</b>	<b>Spesa per beni e servizi -- tabella obiettivi operativi</b>	<b>173</b>
19.	– “E” – Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	179
<b>20.</b>	<b>Risparmi previsti dalla normativa nazionale -- tabella obiettivi operativi</b>	<b>182</b>
21.	– “F” – Implementazione del progetto tessera sanitaria	183
<b>22.</b>	<b>Implementazione del progetto tessera sanitaria -- tabella obiettivi operativi -</b>	<b>190</b>
23.	– “G” – Potenziamento della Struttura Amministrativa Regionale	191
<b>24.</b>	<b>Potenziamento struttura amministrativa regionale tabella obiettivi operativi</b>	<b>196</b>
25.	– “H” – PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL SSR	197
<b>26.</b>	<b>Programma di sviluppo del ssr tabella obiettivi operativi</b>	<b>199</b>
27.	Interventi per l’equilibrio di bilancio per la gestione 2007-2009	202
28.	Copertura del disavanzo 2006	203
29.	Situazione debitoria al 31 dicembre 2005 – procedura di determinazione della posizione debitoria netta e procedura di pagamento dei debiti pregressi	204
	1 - La situazione del debito al 31 dicembre 2005. Reintegro somme relative alla competenza 2006. ....	204
	2 - La procedura di determinazione della posizione debitoria .....	206
	3 - La procedura di pagamento del debito cumulato al 31 dicembre 2005.....	208
30.	Tabella Riepilogativa (Obiettivi Generali / Obiettivi specifici / Obiettivi Operativi / Azioni / Indicatori / Scadenze);	209
31.	Allegati “1”, “2” e “3”	231
32.	Elenco delle Tabelle allegate al presente piano	247



## 1. Premessa

---

Il Sistema Sanitario Siciliano rappresenta per taluni aspetti peculiari di carattere geografico, sociale ed economico della Regione, una realtà con specificità proprie rispetto al resto del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel quadro generale di detto sistema convivono aspetti di inadeguatezza rispetto ai più moderni standard sanitari nazionali (in particolare per l'assistenza territoriale e determinate realtà ospedaliere) e presenze di talune punte di eccellenza assistenziale e di alta specialità, allocate in specifiche strutture sanitarie pubbliche e private.

Si rende pertanto necessario indirizzare le risorse disponibili per un omogeneo sviluppo del sistema sanitario regionale, anche attraverso una maggiore razionalizzazione dei servizi sanitari, assicurando comunque l'equilibrio economico del sistema stesso.

Tale percorso è stato già intrapreso nel corso dell'anno 2005, con l'introduzione della metodologia negoziale delle risorse con le Aziende Sanitarie pubbliche, e ha consentito di definire preventivamente il maggiore fabbisogno di risorse necessarie e contenere la spesa sanitaria entro livelli definiti, pure in presenza dei maggiori costi derivanti dai rinnovi dei contratti di lavoro del personale dipendente e di quello convenzionato e della spesa farmaceutica, notevolmente incrementata dall'introduzione sul mercato di nuovi farmaci ad altissimo costo.

La Regione Siciliana non intende sottrarsi all'impegno di proseguire il percorso virtuoso già intrapreso per il risanamento del sistema, che si ipotizza di realizzare nel periodo 2007/2009, attraverso una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, finalizzata al conseguimento di un minore fabbisogno; tutto ciò assicurando l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza attraverso i trasferimenti del Fondo Sanitario Nazionale che verranno attribuiti dallo Stato alla Regione Siciliana.

La suddetta programmazione delle risorse dovrà prevedere non solo un forte controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza che condizionano pesantemente il sistema sanitario regionale, unitamente ad una serie di eventi variabili, che incidono anch'essi sullo squilibrio economico.



## 2. Quadro normativo nazionale

---

### **1. Normativa nazionale**

#### 1.1 Quadro nazionale.

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato previsto, in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n.311, il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali, in linea di continuità con i precedenti provvedimenti di contenimento della spesa e Accordi.<sup>1</sup> Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti letto e la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di meccanismi procedurali e di controllo.

Per le Regioni risultate inadempienti è prevista inoltre la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo al cui rispetto sarà subordinata l'erogazione dell'acconto e del saldo finale del maggior finanziamento a carico dello Stato. Tale accordo si considera dovuto, e, quindi un adempimento, nel caso in cui la regione presenti per l'anno di riferimento un disavanzo pari o superiore al 7%.

Resta salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestione, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale.

Sempre al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, la legge finanziaria per il 2006 (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005) conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

A questi si aggiunge l'obbligo di stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, specifici accordi regionali attuativi dell'accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria) del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.

La legge finanziaria 2005 ha poi previsto all'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, come integrato dalla L. 296/06, un meccanismo di automatismo l'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprono integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Tra le principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari, è da ricordare poi la fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza

---

<sup>1</sup> In particolare, si tratta degli obblighi previsti dal D.L. n. 374/2001, convertito in legge n. 405/2001, nonché dal D.L. n. 63/2002, convertito in legge n. 112/2002, oltreché dall'art. 52 della legge n. 289/2002, dal D.L. n. 269/2003, convertito in legge n. 326/2003, e infine dalla legge n. 350/2003.



farmaceutica. In particolare, il D.L. 30 settembre 2003, n.269, convertito nella legge 24 novembre 2003, n.326, recante “Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici”, aveva stabilito che l’onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, fermo restando il tetto del 13% relativo all’assistenza farmaceutica territoriale.

Nuove disposizioni sono state introdotte per implementare il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e l’appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. Il citato D.L. n. 269/2003 ha, infatti, previsto l’introduzione della nuova tessera magnetica del cittadino nonché dei modelli standardizzati di ricettari medici a lettura ottica.

**2. Normativa regionale**

<b>LEGGI REGIONALI:</b>			
<b>n.</b>	<b>Descrizione</b>	<b>data</b>	<b>pubblicazione G.u.r.s.</b>
<b>12, art.9</b>	<b>MISURE PER IL RISANAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE. INTERVENTI IN MATERIA DI ASSISTENZA FARMACEUTICA.</b>	02/05/2007	04/05/2007 n.21
<b>2</b>	<b>DISPOSIZIONI PROGRAMMATICHE E FINANZIARIE PER L'ANNO 2007.</b>	08/02/2007	09/02/2007 n. 7
	<i>art. 24 - razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria</i>		
<b>19</b>	<b>MISURE FINANZIARIE URGENTI E VARIAZIONI AL BILANCIO DELLA REGIONE PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2005. DISPOSIZIONI VARIE.</b>	22/12/2005	SO 23/12/2005 n. 56
	<i>art. 6 - integrazione del Fondo sanitario</i>		
	<i>art. 25 - disposizioni relative alla Sanità</i>		
<b>17</b>	<b>DISPOSIZIONI PROGRAMMATICHE E FINANZIARIE PER L'ANNO 2005.</b>	28/12/2004	31/12/2004 n. 56
	<i>art. 9 - valorizzazione dei beni immobili di proprietà della Regione e degli enti vigilati e finanziati</i>		
	<i>art. 51 - equilibrio economico delle Aziende sanitarie</i>		



15	<b>Misure finanziari urgenti. Assestamento del bilancio della Regione e del bilancio dell'Azienda delle Foreste demaniali della Regione siciliana per l'anno finanziario 2004.</b>	05/11/2004	11/11/2004 n. 47
	<i>art. 1 - misure straordinarie per il pareggio di bilancio delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere</i>		

<b>DECRETI ASSESSORATO ALLA SANITA'</b>	<b>data</b>	<b>Pubblicazione G.u.r.s.</b>
<b>APPROPRIATEZZA DI UTILIZZO DELLA MODALITA' EROGATIVA DELL'ATTIVITA' IN DAY HOSPITAL ED IN DAY SURGERY</b>	14/6/2007	22/06/2007 N.28
<b>ESECUTIVITA' ALL'ACCORDO REGIONALE RELATIVO AGLI ISTITUTI NORMATIVI ED ECONOMICI DI CUI AL CAPO V - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE 23 MARZO 2005.</b>	23/02/2007	30/03/2007 n.14
<b>ACCORDI REGIONALI DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E DELLE ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI) AMBULATORIALI, STIPULATI AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 23 MARZO 2007.</b>	23/02/2007	30/03/2007 n.14
<b>INDIVIDUAZIONE DELLA MISURA DI ABBATTIMENTO DEL BUDGET DELLE STRUTTURE DEL SETTORE DELL'OSPEDALITA' PRIVATA PER L'ANNO 2006.</b>	28/12/2006	16/03/2007 n.12
<b>CRITERI DI ABBATTIMENTO DEI DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA.</b>	15/12/2005	24/02/2006 n. 10
<b>ADOZIONE DELLA MODULISTICA PER RICHIEDERE L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE NELLA REGIONE SICILIANA, AI SENSI DELL'ART.18 DEL DECRETO 17 GIUGNO 2002.</b>	01/07/2005	14/07/2005 n. 22
<b>PROGETTO PER LA FARMACOVIGILANZA IN SICILIA.</b>	08/09/2004	10/12/2004 n. 53
<b>ACCORDO REGIONALE DI PEDIATRIA.</b>	09/07/2004	13/08/2004 n. 34
<b>LINEE GUIDA PER L'AREA FARMACEUTICA E PER L'ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO OSPEDALIERO .</b>	04/08/2003	05/09/2003 n. 39
<b>LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI EXTRACOMUNITARI DELLA REGIONE SICILIA.</b>	04/07/2003	01/08/2003 n. 34



Regione Siciliana

<b>LINEE GUIDA GENERALI INERENTI L'ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO MATERNO- INFANTILE.</b>	12/06/2003	11/07/2003 n. 31
<b>PIANO DI RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA.</b>	27/05/2003	04/07/2003 n.30
<b>INTEGRAZIONI E MODIFICHE AL DECRETO 17 GIUGNO 2002, CONCERNENTE DIRETTIVE PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE NELLA REGIONE SICILIANA E ATTUAZIONE DELL'ART. 17 DELLO STESSO DECRETO.</b>	17/04/2003	02/05/2003 n. 20
<b>DIRETTIVE PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE NELLA REGIONE SICILIANA.</b>	17/06/2002	28/06/2002 n. 29



### **3 Correlazione tra Piano e gli ordinari strumenti della programmazione**

Il Piano Sanitario Regionale risale al periodo 2000/2003, per cui allo stato attuale manca una linea programmatica regionale che riesca ad interpretare da un lato il reale fabbisogno dei cittadini, dall'altro la razionalizzazione del sistema sanitario regionale, cresciuto appunto nell'ultimo triennio con forti squilibri tra provincia e provincia e tra diverse funzioni assistenziali.

Con il presente Piano, al di là dell' esigenza di rientrare nell'ambito delle risorse economiche disponibili, si intende iniziare un percorso programmatico delle attività sanitarie, secondo le linee di indirizzo emanate nel nuovo Patto della Salute del 28 settembre 2006.

Pertanto, il nuovo Piano Sanitario Regionale, che la Regione si impegna ad adottare entro il 31.12.2007, seguirà gli indirizzi già delineati nel presente Piano e quelli di politica sanitaria nazionale, al fine di rendere omogeneo lo sviluppo del sistema sanitario regionale con quello del resto del paese.

In tal senso è stata già costituita una Commissione composta oltre che con i responsabili dei Dipartimenti di questo Assessorato anche con esperti esterni e/o delle Aziende Sanitarie regionali con il compito di redigere lo schema del nuovo Piano Sanitario regionale.

La Regione nella redazione del nuovo Piano Sanitario Regionale 2007-2009 si impegna a rendere i contenuti dello stesso coerenti con le linee di azione e le strategie previste nel Piano di Rientro.

Con il presente Piano si assume l'impegno ad adeguarlo alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge 23 dicembre 2005, n.266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza , di cui alle linee guida allegate ( **Allegato 1 – CAP.30** )

### **4. Patto per la salute e legge finanziaria 2007**

**1.)** Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28.09.2006 e i cui contenuti sono stati trasfusi nella finanziaria 2007 (L 296/06).

Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro, che di seguito sinteticamente vengono illustrate:

- I.** Accesso al fondo transitorio (punto 3 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera b, della legge finanziaria per l'anno 2007)
- sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro;
  - indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005;
  - istituzione di un Fondo transitorio per le regioni in difficoltà il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del suddetto accordo;



## Regione Siciliana

- l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap;
- indicazione, qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, delle misure equivalenti che la Regione può proporre e che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze;
- indicazione che, in ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;
- indicazione che, qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

### **II. Individuazione delle misure di copertura dei disavanzi pregressi (punto 1.4 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera e) della legge finanziaria per l'anno 2007)**

- In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

### **III. Accredito (punto 4.9 del Patto per la salute e articolo 1 comma 796 lettere s),t), u) della finanziaria per l'anno 2007)**

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui:

- viene individuata nel 1 gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;
- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1°



## Regione Siciliana

gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del Patto i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

**IV.** Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (punto 4.18 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera 1, punto 2) della legge finanziaria per l'anno 2007)

**V.** Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (articolo 1, comma 796, lettera o) della legge finanziaria per l'anno 2007)

L'obiettivo del piano, da adottare entro il 28.2.2007, e' l'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di efficientamento resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

**V bis** -Adozione dei provvedimenti regionali , in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento , nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796 , lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296)

**VI.** Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini , anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007 (articolo 1 comma 796, lettera r) della legge finanziaria per l'anno 2007)

**VII.** Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 i più bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero dei dati relativo al biennio 2005-2006 (articolo 1, comma 796, lettera v) della legge finanziaria per l'anno 2007)

**VIII.** Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label (articolo 1, comma 796, lettera z) della legge finanziaria per l'anno 2007)

**IX.** Impegno generale a dare attuazione a tutti i provvedimenti amministrativi che verranno adottati in attuazione del patto per la salute con riferimento a:

- lea;
- indicatori;
- programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel ssn;
- indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino;
- diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura;
- indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera;
- indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- invio di dati al nsis per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera,



Regione Siciliana

assistenza protesica e assistenza integrativa.

**X.** Adeguamento alle disposizioni in materia di personale (articolo 1, comma 565, della legge finanziaria per l'anno 2007 e patto per la salute)

**XI.** Alla verifica degli adempimenti conseguenti provvede il tavolo ex articolo 12 (punto 3.1 patto e art. 1, comma 796 lettera c) della legge finanziaria per l'anno 2007).

2.) In attuazione della legge finanziaria 2007 che prevedeva alla scadenza del 28 febbraio 2007 l'adozione di un Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, con la deliberazione di approvazione del presente Programma, la Regione Sicilia assolve anche il predetto adempimento impegnandosi a:

1. approvare le linee guida ( Allegato 2 – Cap. ) sui contenuti del Piano sulla rete laboratoristica, allegate al presente provvedimento quali sua parte integrante e sostanziale, come schema di riferimento per la riorganizzazione della rete delle strutture di diagnostica di laboratorio”;
2. presentare ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze entro 60 giorni dall'adozione della presente deliberazione, il piano di fattibilità della rete di laboratori e relativa informatizzazione del sistema,;
3. avviare la realizzazione del progetto adottato “Laboratorio di Rete” da completarsi entro i successivi 180 giorni;
4. inserire nei criteri di valutazione delle Direzioni generali, una specifica penalizzazione in caso di mancata adozione delle misure previste dal progetto.

Qualora la regione non presenti il progetto di cui al punto 2 o comunque non lo adotti entro il 30 novembre 2007, si applicano, a partire del 1 gennaio 2008, le seguenti misure :

- a) blocco delle assunzioni a tempo determinato e indeterminato e divieto di ricorso ad altre forme di lavoro precario in tutte le strutture laboratoristiche pubbliche, sia intra che extra ospedaliere;
- b) sospensione e revoca dei eventuali incarichi conferiti, ai sensi dall'articolo 7-septies del dlgs 502/1992 e successive modificazioni, nell'ambito delle strutture laboratoristiche pubbliche sia intra che extra ospedaliere;
- c) blocco dello straordinario per il personale non dirigenziale del comparto che presta servizio in tutte le strutture laboratoristiche pubbliche, sia intra che extra ospedaliere ;
- d) obbligo di adesione, ove non già prevista, delle Aziende a ad una unica procedura regionale per la fornitura dei beni e servizi necessari allo svolgimento dell'attività dei laboratori;
- e) divieto assoluto di ricorrere alla esternalizzazione per l'acquisizione di risorse umane nonché di beni e servizi per le attività di che trattasi.
- f) riduzione, rispetto a quanto già previsto dal Piano di rientro, di un ulteriore 20% dei tetti di spesa per le strutture laboratoristiche private accreditate.



Regione Siciliana

## **5. Accordi di programma**

La Regione si impegna a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma ai sensi dell'articolo 5bis del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni siano coerenti con gli interventi previsti dal presente Piano.

## **6. Verifica Comitato Lea adempimenti 2005**

- Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nella seduta del 13 febbraio 2007 con la Regione siciliana, ha preso visione del documento inviato dalla Regione Siciliana il 30 giugno 2006 ed esaminato dal Comitato stesso il 13 febbraio 2007, in attuazione di quanto previsto all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che ha individuato gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007, affidando al Comitato il compito di verificare che l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza avvenga nel rispetto di condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale, nonché di verificare che vi sia congruità tra le prestazioni da erogare e le medesime risorse.

**Si riportano di seguito gli esiti della verifica effettuata dal Comitato e gli aspetti relativi agli adempimenti fissati dall'Intesa, che restano ancora sospesi:**

### **Obblighi informativi**

**1.1** Adempiere agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema Informativo Sanitario dei modelli CE, SP, CP ed LA (decreto ministeriale 16 febbraio 2001, decreto ministeriale 28 maggio 2001, decreto ministeriale 29 aprile 2003, decreto ministeriale 18 giugno 2004);

(Fonte dell'adempimento: Allegato 1-punto 2-lettera c))

**1.2** Adempiere agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001;

(Fonte dell'adempimento: Allegato 1-punto 2-lettera c))

***La Regione si è impegnata a realizzare adottato il Piano di azioni di miglioramento ai fini del rispetto degli obblighi informativi previsti dall'intesa del 23 marzo 2005, che si riporta di seguito ai fini dell'assolvimento dell'adempimento.***



Regione Siciliana

## PIANO DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO AI FINI DEL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI INFORMATIVI PREVISTI DALL'INTESA 23 MARZO 2005

Ai fini del rispetto degli adempimenti sugli obblighi informativi previsti dall'intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, la Regione Sicilia si impegna a migliorare la completezza e la qualità dei flussi informativi, adottando azioni finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi per le rilevazioni dei dati previsti per l'anno 2006.

Tali azioni saranno adottate dalla Regione nel corso dell'anno 2007 e sottoposte a verifica per gli adempimenti 2006.

### **1. FLS.21 – assistenza farmaceutica convenzionata e assistenza domiciliare integrata.**

La Regione si impegna a porre in essere una attività di verifica più puntuale dei dati trasmessi a livello nazionale e ad assicurare una maggiore accuratezza nel fornire riscontro alle segnalazioni effettuate dalla Direzione Generale del Sistema Informativo del Ministero della Salute, al fine di attivare un ciclo di miglioramento continuo della qualità dei dati presenti sulla banca dati nazionale ed utilizzati per il calcolo degli indicatori di monitoraggio dei LEA.

### **2. RIA.11 – attività degli Istituti di riabilitazione ex art 26.**

Per il miglioramento della completezza la Regione si impegna ad assicurare per l'anno 2006 una copertura pari almeno al 98%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2004 (97.22%). Per il miglioramento della qualità la Regione si impegna ad adottare misure analoghe indicate per il flusso informativo FLS21.

### **3. STS.24 – attività delle strutture residenziali e semiresidenziali.**

Per il miglioramento della completezza la Regione si impegna ad assicurare per l'anno 2006 una copertura pari almeno al 96%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2003 (95.77%).

### **4. HSP.12 – posti letto strutture pubbliche ed equiparate.**

Per il miglioramento della completezza la Regione si impegna ad assicurare per l'anno 2006 una copertura del 100%, eguagliando la percentuale raggiunta nel 2003. In considerazione della rilevanza dei dati in argomento, la Regione si impegna a porre in essere un miglioramento del processo di controllo qualità, in modo che la valutazione per l'anno 2006 possa raggiungere il livello di qualità "buona".

**5.** Infine ai fini della valutazione degli obblighi regionali di costituzione di un sistema informativo finalizzato al monitoraggio dei LEA, la Regione si impegna ad avviare le procedure per la costituzione di un Sistema Informativo Regionale. *Entro il 15 settembre 2007, sarà emanato il decreto con il quale si fa obbligo alle Aziende Sanitarie della Regione di fornire i dati necessari alla elaborazione degli indicatori previsti dal D.M. 12.12.2001. Detti indicatori, saranno integrati con un set aggiuntivo di indicatori che, coerenti con quelli per il monitoraggio dei LEA, saranno utilizzati anche per il monitoraggio e per la verifica degli obiettivi di risultato dei Direttori Generali. La Regione si impegna, inoltre, ad adeguare immediatamente i flussi informativi in relazione ai nuovi indicatori che saranno forniti dalla Commissione LEA ed alle indicazioni del Nuovo Sistema Informativo Nazionale.*

**Adempimento 1,5:** Inviare a seguito dell'accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, al Nuovo Sistema Informativo Sanitario i dati relativi al flusso informativo sui dispositivi medici. Si comunica che non si era potuto attivare il flusso informativo per i dispositivi medici in



Regione Siciliana

quanto PAIFA ha provveduto alla pubblicazione della nuova codifica solo nel 2007 e quindi, attivare un rilevamento al di fuori di una codifica ufficiale, non avrebbe fatto che creare ulteriore confusione. Per tali motivazioni, si assume l'impegno di adottare il provvedimento per l'istituzione di tale flusso informativo entro il 31/10/2007, attraverso una estensione della convenzione con l'IMS Health (Banca dati OSMED Ministero Salute)

**1.6** La Regione si impegna ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico .

(Fonte dell'adempimento: articolo 3, comma 7)

*La Regione si impegna, entro il 31/3/2008, ad adottare una contabilità analitica per centro di costo e responsabilità, su base regionale, che consenta l'analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda sanitaria.*

## **Adempimento 2.1**

Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A., (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n.289 e articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311);

(Fonte dell'adempimento: Articolo1,Allegato 1-punto2-lettera e) **Rif. CAP. 31**

**In sede di Comitato LEA la valutazione sul punto è stata sospesa in relazione ai seguenti aspetti la documentazione è carente :**

**4.Indicatori** Relativamente alla griglia di valutazione dell'adempimento di mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite indicatori (punto 2.1.4), i dati forniti dalla regione Sicilia consentono una valutazione molto parziale.

E' necessario integrare le informazioni mancanti. La mancanza e incongruenza dei dati è relativa a 6 indicatori su 16. In particolare gli indicatori desumibili dai flussi informativi ospedalieri potrebbero essere facilmente integrati..

Nonostante la valutazione parziale, il risultato di 89 (range 0-225) denota una situazione "critica, in miglioramento". Si evidenzia un'assistenza ospedaliera in generale molto elevata e livelli di appropriatezza organizzativa e clinica distanti dagli standard nazionali e tuttora senza miglioramento.

### **Valutazione      89**

Adeguate	> 150
In osservazione	106-150
Critica in miglioramento	76-105
Critica non in miglioramento	< 75

Note:

La Sicilia, con una valutazione pari a 89 si colloca in una situazione critica in miglioramento

Per completare la valutazione è necessario che la regione provveda a comunicare



Regione Siciliana

le informazioni che nel questionario risultano mancanti. In particolare:

*La Regione si impegna a garantire, come per il passato, l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA, nonché di provvedere alla tempestiva manutenzione degli stessi, attualmente in corso di revisione.*

*Nel dettaglio dei singoli indicatori:*

- *Indicatore 3: si è provveduto a restituire correttamente tale valore a decorrere dal monitoraggio LEA del 2006, relativamente all'anno 2006.*
- *Indicatore 7 e 8: risulta molto difficile recuperare i dati relativi al 2005. La Regione si impegna ad attivare, entro il 31/10/2007,*
- *Indicatore 9: La Regione ha già provveduto, a decorrere dal monitoraggio LEA 2006, a fornire l'informazione per come richiesto.*
- *Indicatore 12: La Regione si impegna ad adottare la stessa procedura di calcolo indicata dal Ministero.*

*Indicatore 14: La Regione ha già provveduto, a decorrere dal monitoraggio LEA 2006, a fornire il dato relativamente all'anno 2006*

**2.1.5. Accredimento:** la Regione ha disciplinato la procedura di accreditamento fissando i requisiti con DA n. 890 del 17 giugno 2002, D.A. del 17 aprile 2004 (day surgery e studi odontoiatrici). D.A. del 9 agosto 2004 (emodialisi) e la modulistica per la richiesta (D.A. 1 luglio 2005 e D.A. 5 ottobre 2005). Dichiara di avere ultimato la procedura di ammissibilità dell'istanza di accreditamento per tutte le strutture richiedenti e di stare procedendo alle verifiche.

*Le verifiche sono state ultimate in data 28/06/2007 per la quasi totalità delle strutture erogatrici private.*

**Adempimento 2.1.6:** *Qual è il peso percentuale dei ricoveri ospedalieri a bassa complessità rispetto al totale della mobilità passiva?*

*La Regione si impegna ad attivare, entro il 31/10/2007, i flussi informativi necessari per la elaborazione dell'indicatore.*

**Adempimento 2.1.7** *In quante aziende sul totale delle aziende presenti sul territorio la Carta dei servizi è stata aggiornata negli anni 2004/2005?*

*La Regione si impegna a fornire il dato entro il 31/10/2007.*

**La Regione si impegna con il presente Piano a completare la comunicazione dei dati richiesti.**

### **Adempimento 2.3.**

Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289); (Fonte dell'adempimento: (Allegato 1-punto 2-lettera g) RIF.CAP 30)

**In sede di Comitato LEA la valutazione sul punto è stata sospesa in relazione ai seguenti aspetti la documentazione è carente :**



Regione Siciliana

**1, 2, 3, 4, 5:** Fissazione e aggiornamento dei valori soglia DRG a rischio di inappropriatazza: la Regione ha adottato i provvedimenti che fissano i valori percentuali/soglia dei ricoveri per i 43 DRG con il DA 27.6.02; dichiara che i valori soglia sono stati abbassati dal 2002 ad oggi (non fornita documentazione) ma che il 20% circa delle strutture non le hanno rispettate, con forti disomogeneità tra le strutture ospedaliere pubbliche e private.

Dichiara inoltre che la riduzione dei ricoveri ordinari ad alto rischio d'inappropriatazza tra il 2002 e il 2005 è di circa il 30%;

***La regione si impegna a rivedere i valori soglia dei DRG a rischio di inappropriatazza entro il 31/10/2007.***

**6. Misure tariffarie:** la regione ha adottato misure volte a disincentivare i ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza con il DA 27.6.02, che prevede una remunerazione per il DH e DS pari al DRG corrispondente in ricovero ordinario;

**La regione si impegna ad adottare, entro il 15/9/2007, le tariffe previste dal D.M. 16/9/2006.**

**7, 8, 9, 10, 11, 12, 13:** Condizioni di erogabilità delle prestazioni All. 2B: le condizioni di erogabilità sono state definite con il DA 27/6/2002 per la densitometria ossea, la medicina fisica e riabilitazione e la chirurgia refrattiva, mentre non sono state definite quelle dell'assistenza odontoiatrica; per la chirurgia refrattiva viene dichiarata una diminuzione delle prestazioni pari al 15%, mentre per l'erogazione della MOC una riduzione pari al 20%.

Queste riduzioni sono riferite come conseguenza delle lunghissime liste d'attesa esistenti già prima del DA 1062 del 27/6/2002 con cui si è data attuazione al DPCM 29/11/2001. Per quanto riguarda il controllo sul rispetto delle condizioni di erogabilità, avviene attraverso verifiche sulle SDO (Allegato DA 30/5/2005 )

**14, 15, 16:** Adozione strumenti di valutazione multidimensionale per inserimento anziani e disabili: l'accordo regionale con i MMG (D.A. del 12/1/04) prevede la compilazione di una scheda di valutazione per l'attivazione dell'ADI (equipe multiprofessionale) Il DPRS del 25/10/99 prevede la valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile per l'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali da parte dell'UVG e dell'UVM. (Non indicata né allegata la scheda). La regione riferisce che il 100% degli inserimenti è subordinato al giudizio dell'unità multidisciplinare di valutazione

Punti 14, 15 e 16: in attuazione del DPRS 25/10/99 ciascuna Azienda USL ha adottato una propria scheda di valutazione multidimensionale per l'attivazione dell'ADI. Successivamente è stata predisposta una nuova scheda multidimensionale che viene compilata dai MMG, che permette di valutare, oltre allo stato di disabilità e di non autosufficienza, anche lo stato di salute ed economico/sociale. La Regione si riserva di adottare la nuova modulistica sulla valutazione della disabilità non appena ultimata dal relativo Progetto Mattone.

**17:** Ripartizione quota oneri per prestazioni socio-sanitarie: la regione non ha adottato atti formali per ripartizione degli oneri tra le ASL e i Comuni/assistiti.



Regione Siciliana

Punto 17: La Regione si impegna, entro il 31/12/2007, al rispetto delle quote di compartecipazione stabilite dal DPCM 2001 sui LEA, e a definire, con provvedimento congiunto tra Assessorato Sanità e Assessorato alla Famiglia, le modalità con le quali le quote di compartecipazione a carico degli Enti Locali e/o delle famiglie saranno corrisposte alle strutture che erogano le prestazioni socio-sanitarie.

**18, 19:** Controllo cartelle cliniche: la regione afferma di aver adottato sistemi di controllo delle cartelle cliniche e specifici protocolli di valutazione delle cartelle cliniche e delle SDO ma non viene fornita la documentazione citata (Decreto Dirigente Generale del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico 4129 del 12 ottobre 2004, con il quale si approva il Programma Regionale "Valutazione della qualità della codifica nella SDO", **(Allegato 2)** .

La Regione si impegna con il presente Piano a completare la comunicazione dei dati richiesti.

La Regione si impegna ad adottare entro il 30 settembre 2007 con provvedimento deliberativo un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti, dopo averlo concordato con il Ministero della salute e dell'economia e delle finanze.

#### **Adempimento 2.4:**

Trasmissione al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze dei provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.  
(Fonte dell'adempimento: Articolo 4 comma 1, lettera i))

*La Regione ha già provveduto, in occasione del monitoraggio LEA 2006, a fornire gli elementi relativi ai provvedimenti con i quali la Regione ha adottato i singoli Accordi. Ci si impegna a provvedere, entro il 31/10/2007, ad emanare un provvedimento di ricognizione generale degli accordi di cui all'allegato 3 del presente Piano e ad adottare, conseguentemente, gli ulteriori provvedimenti di recepimento entro il 31/12/2007.*

#### **Adempimenti 3.2 3.3 e 3.4:**

*Tutta la tematica di cui al punto 3, trova risposta all'interno del Piano di Rientro e nei consequenziali provvedimenti che saranno adottati.*

**Nel tabellone riepilogativo degli obiettivi inserito al capitolo 30 del presente Piano, si risponde ai mancati adempimenti lea, con relativo cronoprogramma**

### **7. Progetti relativi agli obiettivi di Piano Sanitario nazionale 2006-2008**



La Regione con il presente Piano si impegna a dare attuazione alle disposizioni vigenti per la presentazione dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale sulla base delle Linee progettuali allegate al presente Piano, quali sua parte integrante e sostanziale in corso di approvazione .

## **8 Il nuovo piano sanitario regionale**

### **Caratteristiche generali e principi ispiratori**

Il nuovo Piano Sanitario Regionale dovrà ridisegnare le linee di fondo della sanità regionale, sia in termini di organizzazione che di obiettivi le cui azioni comuni , coerenti con le indicazioni del PSN e gli indirizzi della Comunità europea, sono costituiti dalla necessità di

- definire obiettivi di salute e di individuare indicatori per la verifica,
- delineare modalità partecipative,
- definire politiche intersettoriali per rispondere in maniera ampia ai bisogni di salute e di qualità della vita delle persone.

Particolarmente avvertita è anche la necessità di trovare un nuovo e corretto equilibrio tra risorse e attività sul territorio e in ospedale.

Il documento, preferibilmente non di “ dettaglio”; (il percorso programmatico non è “a cascata”, ma “a costruzione progressiva”, in cui, ogni tappa è frutto di livelli istituzionali autonomi) deve contenere l’esplicitazione dei valori di riferimento per lo sviluppo del sistema sanitario e come atto di definizione delle scelte politiche sanitarie prioritarie. Tali valori devono ispirarsi ai principi di Equità. Centralità del territorio, Approccio integrato, sostenibilità, partecipazione, programmazione e valutazione, comunicazione, ricerca .

Le esigenze di sostenibilità del sistema con quelle del miglioramento continuo e sistematico della qualità delle prestazioni non devono determinare una riduzione di servizi sanitari al cittadino, ma lavorando per l’appropriatezza degli stessi e per diversificarli rispetto ai bisogni della persona.

La nuova prospettiva – per il territorio- è portare i servizi il più possibile vicino al luogo di vita della persona, facendo in modo che i distretti diventino, insieme ai Comuni, rappresentanti della comunità locale).

### **Il Quadro di riferimento programmatico nazionale e regionale**

E’ costituito dal:

- *PSN 2003-2005, approvato con D.P.R. 23 Maggio 2003, che approfondisce il ruolo del Piano in un contesto di devoluzione, persegue la garanzia dell’equità di accesso ai servizi sanitari per il cittadino, in attuazione e sviluppo del diritto alla tutela della salute affermato dall’art.32 della Costituzione, a favore del singolo cittadino e della collettività e sancisce il passaggio dalla sanità alla salute*

Prima parte: “10 progetti per la strategia del cambiamento” (che sono in realtà 11, contenendo un 7 bis, sul sistema di emergenza – urgenza).

- *Il Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008 (DPR 7/4/2006) che analizza gli scenari che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno il panorama sanitario italiano, sia positivamente che negativamente, in termini di opportunità e vincoli, alla luce dell’attuale fase istituzionale (federalismo sanitario), per cui la programmazione sanitaria nazionale deve raccordarsi con la programmazione regionale e*



Regione Siciliana

Il Richiamo alla pianificazione regionale prevede anche il PSR 2000-2002, il presente Piano di Rientro e gli altri strumenti programmatici anche di settore attraverso l'Analisi delle criticità, vincoli, punti di forza della precedente pianificazione e valutazione dei margini di intervento ulteriori

### **Analisi di contesto e individuazione priorità**

Il Piano Regionale conterrà una Analisi di contesto e del profilo di salute per l'individuazione di priorità di intervento effettuata attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

Il documento conterrà la rappresentazione di dati di contesto socio sanitario generale della regione, sotto diversi aspetti: demografico, economico, sanitario e degli stili di vita ed elaborazione del profilo di salute aggiornato. Ipotizzabile anche l'applicazione della metodologia proposta per l'analisi dei problemi di salute abbinando informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti, ad informazioni qualitative secondo un modello che permette di valutare e quantificare ciascun problema individuato utilizzando le informazioni illustrate nella parti precedenti per la definizione dei problemi prioritari di salute (metodo per la determinazione delle priorità di salute in comunità, NADCHO- CDC).

La valutazione qualitativa dei bisogni di salute potrebbe approfondire inoltre importanti indicazioni per il miglioramento per l'accesso alle prestazioni e l'assistenza alternativa al ricovero ordinario, nonché ad una maggiore attenzione al mondo giovanile, ed agli aspetti di contenimento della spesa.

### **Gli obiettivi di salute e/o priorità di intervento**

Sulla base del profilo di salute esplicitazione di alcuni obiettivi prioritari di intervento (in termini di prevenzione o assistenziali).



### 3. Analisi della situazione economica regionale dell'esercizio 2006

Dai dati rilevati attraverso i flussi economici dei modelli CE quarto trimestre delle Aziende Sanitarie e delle strutture direttamente finanziate dalla Regione Siciliana emerge nell'ultimo triennio una situazione economica con costi in crescita rispetto alle risorse disponibili derivanti dal FSN.

La situazione riassuntiva delle diverse voci dei ricavi e dei costi sono rappresentate nel seguente prospetto:

CONTO ECONOMICO	2005	2006	Differenza
<b>RICAVI</b>	<b>7.258.731.000</b>	<b>8.580.063.000</b>	<b>1.321.332.000</b>
Finanziamento FSN	6.862.290.000	7.250.295.000	388.005.000
Trasferimenti vincolati	20.045.000	32.597.000	12.552.000
Entrate proprie	187.837.000	181.143.000	- 6.694.000
Costi capitalizzati	107.004.000	265.426.000	158.422.000
Proventi finanziari	2.234.000	1.858.000	- 376.000
Rettifiche di valore	-	-	-
Proventi straordinari	79.321.000	848.744.000	769.423.000
<b>COSTI</b>	<b>8.107.552.000</b>	<b>9.531.022.000</b>	<b>1.423.470.000</b>
Acquisti di beni	696.450.000	784.004.000	87.554.000
Acquisti di servizi sanitari	3.365.354.000	3.489.828.000	124.474.000
<i>a) medicina generale</i>	<i>501.859.000</i>	<i>524.109.000</i>	<i>22.250.000</i>
<i>b) farmaceutica</i>	<i>1.245.565.000</i>	<i>1.309.007.000</i>	<i>63.442.000</i>
<i>c) specialistica</i>	<i>371.456.000</i>	<i>432.484.000</i>	<i>61.028.000</i>
<i>d) ospedaliera</i>	<i>708.238.000</i>	<i>710.119.000</i>	<i>1.881.000</i>
<i>e) altra territoriale</i>	<i>538.236.000</i>	<i>514.109.000</i>	<i>- 24.127.000</i>
Altri acquisti di servizi	451.957.000	548.092.000	96.135.000
Manutenzione e riparazione	108.955.000	115.380.000	6.425.000
Godimento di beni di terzi	47.690.000	48.305.000	615.000
Costi del personale	2.600.918.000	2.862.179.000	261.261.000
Oneri diversi di gestione	122.294.000	124.695.000	2.401.000
Ammortamenti	144.526.000	152.640.000	8.114.000
Svalutazione crediti	692.000	480.000	- 212.000
Variazione delle rimanenze	- 3.941.000	- 9.326.000	- 5.385.000
Accantonamenti	242.491.000	105.417.000	- 137.074.000
Oneri finanziari	31.911.000	61.411.000	29.500.000
Rettifiche di valore	5.000	2.000	- 3.000
Oneri straordinari	100.075.000	1.027.575.000	927.500.000
Imposte e tasse	198.175.000	220.340.000	22.165.000
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>- 848.821.000</b>	<b>- 950.959.000</b>	<b>- 102.138.000</b>

Il fabbisogno complessivo del sistema sanitario regionale nell'anno 2006, pari a **€ 9.531.022.000**, risulta fortemente in aumento rispetto a quello dell'anno 2005, attestatosi ad € 8.107.552.000, a causa dell'incidenza della voce oneri straordinari pari ad € 1.027.075.000; tale incremento nei costi della suddetta voce è dovuto all'operazione effettuata nel conto economico dell'esercizio 2006 per la cancellazione dell'integrazione regionale 2005, misura non riconosciuta dal Tavolo tecnico dell'Intesa Stato- Regioni.



## Regione Siciliana

L'incremento di costi, al netto delle voci proventi ed oneri straordinari, è dovuto in gran parte agli oneri derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro 2002/2005 del personale dell'area del comparto e delle dirigenze, dai rinnovi delle convenzioni con il personale della medicina generale e assimilati, dalla crescita della spesa farmaceutica convenzionata, della specialistica territoriale convenzionata, dall'aumento dei costi per gli acquisti di beni e per il rinnovo della convenzione regionale per il servizio del 118. La rappresentazione analitica del conto economico regionale evidenzia il fabbisogno accertato e la perdita di esercizio, che risulta pari ad € 950.959.000.

Il risultato d'esercizio del consuntivo 2006 è solo apparentemente migliore rispetto a quello del IV trimestre, in quanto, per un confronto con lo stesso vanno depurati dal consuntivo 2006 la differenza del valore dei costi capitalizzati tra consuntivo e IV trimestre (€164.000.000 circa) ed il maggiore finanziamento di fondo sanitario nazionale assegnato alla Regione Siciliana (€ 168.000.000):

L'esame dei dati economici sopra riportati e le motivazioni dei maggiori costi sostenuti sono stati effettuati valutando, in particolare, le seguenti voci di costo:

- Costi del personale
- Costi per assistenza sanitaria
- Costi di beni e servizi
- Altri costi della produzione
- Costi di componenti di natura finanziaria e straordinaria

### A) Costi del personale

I costi del personale nel corso dell'anno 2006 si sono attestati a € **2.862.179.000**, cifra che rappresenta circa il 33% di tutto il fabbisogno regionale.

I costi del personale nel triennio 2004/2006 hanno registrato un incremento medio del 16,65%, dovuto in larga parte agli aumenti derivanti dalle applicazioni contrattuali, che hanno un'incidenza prevista in base ai parametri nazionali, per il periodo di riferimento, del 10,62% sui costi di competenza:

ANDAMENTO INCREMENTI CONTRATTUALI IN PERCENTUALE					
2002	2003	2004	2005	2006	Totale incremento
2,46	3,15	1,90	2,23	0,88	10,62
2,99	5,61	7,51	9,74	10,62	

L'incremento dello 0,88 del 2006 comprende l'effetto incrementale nell'anno (0,18%) del riconoscimento dello 0,61% annuo a partire da maggio 2005 al quale si aggiunge un ulteriore riconoscimento pari a 0,7% con effetti a partire dal 2006.

ANDAMENTO DEI COSTI DEL PERSONALE					
2003	2004	2005	2006	Incremento in valore	Incremento in percentuale
2.435.670.000	2.537.615.000	2.598.541.000	2.862.179.000	426.509.000	17,51%

Dai dati riscontrati sui flussi economici del quarto trimestre 2006, tenuto conto degli incrementi contrattuali nella misura media del 10,62%, emerge comunque uno scostamento pari al 6,89%, dovuto, sia ad una maggiore costo effettivo dei contratti a causa dell'incidenza delle fasce alte su cui sono concentrate le professionalità previste dai CCNL, sia ad assunzioni



Regione Siciliana

di personale intervenute per l'attivazione di nuovi servizi sanitari, ed in particolare quelli dedicati all'emergenza.

Per quanto riguarda i costi del personale dell'anno 2006, gli stessi sono cresciuti rispetto a quelli del 2005 del 9,33%; si evidenzia che nel corso dell'anno 2006 si è concentrato il maggiore onere delle applicazioni contrattuali (II biennio dell'area del comparto e I e II biennio delle aree delle dirigenze), con il conseguente effetto di trascinamento dei costi di competenza dell'esercizio passato.

**B) Costi dei servizi sanitari**

I costi per assistenza di servizi sanitari nell'anno 2006 sono risultati pari a € **3.489.828.000**, pari a circa il 40% di tutto il fabbisogno regionale.

ANDAMENTO DEI COSTI PER ASSISTENZA DI SERVIZI SANITARI				
ASSISTENZA PER SERVIZI SANITARI	2005	2006	Incremento in valore	Incremento in percentuale
Assistenza per Medicina Generale	501.859.000	524.109.000	22.250.000	4,43%
Assistenza Farmaceutica	1.245.565.000	1.309.007.000	63.442.000	5,09%
Assistenza specialistica	371.456.000	432.484.000	61.028.000	16,43%
Assistenza riabilitativa	209.723.000	214.917.000	5.194.000	2,48%
Assistenza integrativa e protesica	169.178.000	172.910.000	3.732.000	2,21%
Assistenza ospedaliera	708.238.000	710.119.000	1.881.000	0,27%
Altra assistenza territoriale	159.335.000	126.282.000	-33.053.000	-20,74%
<b>Totale</b>	<b>3.365.354.000</b>	<b>3.489.828.000</b>	<b>124.474.000</b>	<b>3,70%</b>

L'incremento complessivo dei suddetti costi rispetto all'anno 2005 è stato del 3,70%; l'incidenza in termini assoluti più rilevanti è quella dell'assistenza farmaceutica, pari ad € 63.442.000, mentre in percentuale l'incremento maggiore si è registrato sulla voce assistenza specialistica, pari al 16,43%.

In particolare per la voce "assistenza specialistica" l'incremento di costi è dovuto all'incidenza del decreto regionale n.6424/05, relativo ai criteri per la formazione dei budget delle strutture convenzionate esterne, nonché al rinnovo della convenzione con i medici convenzionati interni (ex Sumai).

Anche per la voce "assistenza per medicina generale", l'incremento del 4,43% è dovuto essenzialmente al rinnovo delle convenzioni con i medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Relativamente alla "spesa farmaceutica" (calcolata al netto dei ticket), oltre quanto rilevato sulla crescita in termini assoluti, si rileva che la stessa si è incrementata in percentuale, rispetto all'anno 2005 del 5,44% e rappresenta il 17,70% della quota di finanziamento erogata nell'anno 2006.

Per le altre voci i costi si sono rilevati sostanzialmente stabili, con l'eccezione della voce assistenza riabilitativa, dove l'incremento è stato del 3,39%, per l'adeguamento delle tariffe agli indici di inflazione ISTAT.

**C) Costi per beni e servizi**

I costi per beni e servizi nell'anno 2006 hanno assorbito risorse per **€ 1.620.476.000**, pari a circa il 18% di tutto il fabbisogno regionale, con un incremento rispetto ai costi dell'anno 2005 del 13,53%.

Al riguardo occorre precisare che una parte considerevole dell'aumento è dovuto ai maggiori oneri derivanti dal rinnovo della convenzione regionale per il servizio 118, pari a circa € 67.500.000; al netto di tali oneri aggiuntivi, i costi delle aziende sanitarie registrano un incremento del 4,80% circa.

Il prospetto sotto rappresentato indica l'andamento dei costi dei beni e servizi tra gli esercizi 2005 e 2006, con i relativi incrementi in termini assoluti e in percentuale:

<b>ANDAMENTO DEI COSTI PER BENI E SERVIZI</b>				
<b>ACQUISTI DI BENI E SERVIZI</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Incremento in valore</b>	<b>Incremento in percentuale</b>
<b>A) ACQUISTI DI BENI</b>	<b>696.450.000</b>	<b>784.004.000</b>	<b>87.554.000</b>	<b>12,57%</b>
1) Acquisti di beni sanitari	651.803.000	733.552.000	81.749.000	12,54%
a) <i>Prodotti farmaceutici</i>	266.721.000	318.412.000	51.691.000	19,38%
b) <i>Materiali diagnostici laboratorio</i>	78.502.000	80.812.000	2.310.000	2,94%
c) <i>Materiali diagnostici per radiologia</i>	22.510.000	22.301.000	-209.000	-0,93%
d) <i>Materiali protesici ed emodialisi</i>	72.372.000	86.319.000	13.947.000	19,27%
e) <i>Presidi chirurgici e sanitari</i>	164.179.000	174.099.000	9.920.000	6,04%
f) <i>Altro materiale sanitario</i>	47.519.000	51.609.000	4.090.000	8,61%
2) Acquisti di materiale non sanitario	37.761.000	38.222.000	461.000	1,22%
3) Altri acquisti	6.886.000	12.230.000	5.344.000	77,61%
<b>B) ACQUISTI DI SERVIZI</b>	<b>451.957.000</b>	<b>548.092.000</b>	<b>96.135.000</b>	<b>21,27%</b>
1) Servizi sanitari	193.329.000	264.552.000	71.223.000	36,84%
a) <i>Attività Intramoenia</i>	34.964.000	38.959.000	3.995.000	11,43%
b) <i>Rimborsi assegni e contributi</i>	24.886.000	33.940.000	9.054.000	36,38%
c) <i>Consulenze sanitarie</i>	13.419.000	5.242.000	-8.177.000	-60,94%
d) <i>Altri servizi sanitari (più incremento 118)</i>	120.060.000	186.411.000	66.351.000	55,26%
2) Servizi non sanitari	258.628.000	283.540.000	24.912.000	9,63%
a) <i>Servizi appaltati</i>	113.427.000	126.588.000	13.161.000	11,60%
b) <i>Servizi per utenze</i>	65.388.000	81.050.000	15.662.000	23,95%
c) <i>Consulenze non sanitarie</i>	13.993.000	5.844.000	-8.149.000	-58,24%
d) <i>Formazione</i>	8.741.000	8.330.000	-411.000	-4,70%
e) <i>Altri servizi non sanitari</i>	57.079.000	61.728.000	4.649.000	8,14%
<b>C) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE</b>	<b>108.955.000</b>	<b>115.380.000</b>	<b>6.425.000</b>	<b>5,90%</b>
1) Manutenzione di beni immobili	43.723.000	41.819.000	-1.904.000	-4,35%
2) Manutenzioni di beni mobili e attrezzature	65.232.000	73.561.000	8.329.000	12,77%
<b>D) GODIMENTO DI BENI DI TERZI</b>	<b>47.690.000</b>	<b>48.305.000</b>	<b>615.000</b>	<b>1,29%</b>
<b>E) ONERI DIVERSI DI GESTIONE</b>	<b>122.294.000</b>	<b>124.695.000</b>	<b>2.401.000</b>	<b>1,96%</b>
<b>TOTALE BENI E SERVIZI</b>	<b>1.427.346.000</b>	<b>1.620.476.000</b>	<b>193.130.000</b>	<b>13,53%</b>

Entrando nel particolare delle singole voci di spesa, si rileva che i "costi per acquisti di beni" hanno avuto un incremento complessivo del 12,57%, rispetto a quelli dell'anno 2005 (da € 696.450.000 a € 784.004.000); occorre precisare che il confronto è stato effettuato con l'anno 2005, depurato dai costi per la convenzione del servizio 118, erroneamente imputata alla voce



“acquisti di beni”, anziché alla voce “acquisti di servizi”.

Da un esame più analitico della voce, emerge che gli acquisti di beni sanitari hanno registrato, nello stesso periodo di riferimento, un incremento medio del 12,54%, con punte sulle voci “acquisti di farmaci” (19,38%) e “materiali protesici ed emodialisi” (19,27%). Per la prima voce l’incremento è per lo più dovuto al maggiore consumo di farmaci ad alto costo inseriti nei flussi “File F” e “File T” e a quelli PHT destinati da parte delle aziende territoriali alla distribuzione diretta a favore degli utenti; l’incidenza dei costi per acquisto di farmaci, per le cause sopra evidenziate, ha superato nell’anno 2006 il 3% della quota di FSN assegnata, attestandosi al 4,13%. Per la voce “acquisti di materiale protesico ed emodialisi”, il maggiore incremento è dovuto agli acquisti di stent medicali e protesi ortopediche, i cui costi sono in continua crescita.

Per i “costi per acquisti di servizi”, il cui incremento medio è risultato del 21,27%, si ribadisce che alla voce “altri servizi sanitari” è stato inserito l’onere per il rinnovo della convenzione regionale per il servizio 118, pari a circa € 67.500.000, che ha determinato da solo tutto l’incremento dei servizi; infatti al netto del suddetto costo, il differenziale tra esercizi 2005 e 2006 sarebbe meno dell’1%.

Si evidenzia infine che anche per le altre voci “manutenzione e riparazione”, “godimento di beni di terzi” e “oneri diversi di gestione” si registra nell’anno 2006 un incremento dei costi ed in particolare per quella delle manutenzioni e riparazioni, pari al 5,90%

#### **D) Altri costi della produzione**

In una categoria a parte sono stati inseriti gli altri costi della produzione, che pur assimilati ai beni e servizi, presentano una tipologia particolare e andamenti di incrementi diversi, con effetti anche su altre voci di costo (per esempio gli accantonamenti su cui confluiscono costi per oneri finanziari, del personale, ecc.); la situazione relativa ai suddetti costi è stata rappresentata nel seguente prospetto:

<b>ANDAMENTO DEGLI ALTRI COSTI DELLA PRODUZIONE</b>				
<b>ALTRI COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Incremento in valore</b>	<b>Incremento in percentuale</b>
AMMORTAMENTI	144.526.000	152.640.000	8.114.000	5,61%
SVALUTAZIONE CREDITI	292.000	480.000	188.000	64,38%
VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-3.941.000	-9.326.000	-5.385.000	136,64%
ACCANTONAMENTI	242.491.000	105.417.000	-137.074.000	-56,53%
1) Rischi e altre tipologie	13.532.000	18.929.000	5.397.000	39,88%
2) Applicazioni contrattuali	228.959.000	86.488.000	-142.471.000	-62,23%
<b>TOTALE</b>	<b>383.368.000</b>	<b>249.211.000</b>	<b>-134.157.000</b>	<b>-34,99%</b>

Si evidenzia in particolare la riduzione della voce “accantonamenti”, sia per rischi (la cui imputazione è stata circoscritta da direttive regionali) che per applicazioni contrattuali (in questa posta sono stati iscritti soltanto gli accantonamenti per l’applicazione dei futuri contratti di lavoro e per il rinnovo delle convenzioni con medici professionisti).

#### **E) Costi di componenti di natura finanziaria e straordinaria**

Anche questa categoria è stata esposta a parte, rispetto alle voci precedenti, per la peculiarità della loro natura, in quanto non incidono nella gestione ordinaria delle aziende



Regione Siciliana

sanitarie, pur esercitando una sicura rilevanza, soprattutto sotto l'aspetto dei costi; infatti sia i "proventi e oneri finanziari", sia le "rettifiche di valore di attività finanziarie", sia i "proventi e oneri straordinari" interagiscono sul conto economico in base al saldo delle rispettive componenti positive e negative.

Come sopra rappresentato, le voci sopra indicate rappresentano a saldo, nella maggior parte dei casi, componenti di costo che si aggiungono a quelli di produzione, unitamente alle "imposte e tasse", influenzando sensibilmente il conto economico e il risultato di esercizio.

Il forte incremento superiore al 1000% delle voci sopravvenienze attive e passive è dovuto in massima parte:

- all'evento eccezionale della cancellazione dell'integrazione regionale assegnata alle Aziende Sanitarie nel 2005 (pari ad circa €645.000.000) e ad una iscrizione di ricavo per il relativo credito vantato dalle stesse Aziende nell'esercizio 2006, ciò in ottemperanza dell'art. 26 della legge regionale n° 2 dell' 8 febbraio 2007; tale operazione ha investito in uguale misura sia le sopravvenienze attive che passive.
- alla contabilizzazione delle applicazioni contrattuali, nella voce sopravvenienze passive, per il personale dipendente relativamente al pagamento degli arretrati degli anni precedenti pari a circa €170.000.000.
- alla cancellazione di taluni debiti anteriori all'anno 2001 privi di titoli di pagamento, pari a circa €200.000.000, previsto dall'art. 2 comma 1 della legge regionale n° 12 del 2 maggio 2007 .
- all'operazione di revisione patrimoniale dei cespiti effettuata sul conto economico del consuntivo 2006 dall'Ausl 6 di Palermo per un valore di circa €164.000.000, che ha interessato le voci costi capitalizzati e sopravvenienze passive.

Da un esame più analitico delle altre voci della categoria emerge un forte incremento degli interessi passivi (pari al 92,44%), a causa della ridotta liquidità del sistema sanitario regionale, che ha costretto le aziende al ricorso quasi continuo all'anticipazione di cassa.

Il prospetto delle componenti finanziarie e straordinarie è riportato qui di seguito:

ANDAMENTO DELLE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE				
COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	2005	2006	Incremento in valore	Incremento in percentuale
<b>A) PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>	<b>29.677.000</b>	<b>59.553.000</b>	<b>29.876.000</b>	<b>100,67%</b>
1) Interessi attivi e altri Proventi	-2.234.000	-1.858.000	376.000	-16,83%
2) Interessi Passivi e altri oneri	31.911.000	61.411.000	29.500.000	92,44%
<b>B) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE</b>	<b>5.000</b>	<b>2.000</b>	<b>-3.000</b>	<b>-60,00%</b>
1) Rivalutazioni	0	0	0	0,00%
2) Svalutazioni	5.000	2.000	-3.000	-60,00%
<b>C) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>	<b>23.131.000</b>	<b>178.831.000</b>	<b>155.700.000</b>	<b>673,12%</b>
1) Minusvalenze	1.440.000	468.000	- 972.000	-67,50%
2) Plusvalenze	- 895.000	- 54.000	841.000	-93,97%
3) Accantonamenti non tipici	-	-	-	0,00%
4) Concorsi recuperi e rimborsi non tipici	- 655.000	- 479.000	176.000	-26,87%
5) Sopravenienze Attive e Insussistenze Passive	- 77.771.000	- 848.211.000	770.440.000	-990,65%
6) Sopravenienze Passive e Insussistenze Attive	101.012.000	1.027.107.000	926.095.000	916,82%
<b>D) IMPOSTE E TASSE</b>	<b>198.175.000</b>	<b>220.340.000</b>	<b>22.165.000</b>	<b>11,18%</b>
<b>TOTALE DELLE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE</b>	<b>250.988.000</b>	<b>458.726.000</b>	<b>207.738.000</b>	<b>82,77%</b>



#### 4. Previsione della situazione economica regionale nel triennio 2007/2009

Il quadro rappresentato relativo alla situazione economica del sistema sanitario regionale alla chiusura dell'esercizio 2006, autorizza ad immaginare, in mancanza di interventi correttivi, ulteriori incrementi di costi nelle voci di spesa più critiche (anche se non nella misura riscontrata nel precedente esercizio) e con un disavanzo decrescente nel triennio, per l'effetto delle quote di fondo sanitario nazionale in costante crescita rispetto agli anni precedenti.

In base ai dati dei flussi economici del quarto trimestre 2006 e agli incrementi registrati sulle voci più rappresentative, si è ipotizzato un andamento riassunto nel seguente prospetto e meglio esplicitato nei prospetti allegati al Piano che espongono in modelli CE per gli anni 2007, 2008 e 2009 a schemi contrapposti ed in forma scalare.

VOCI DI CONTO ECONOMICO		2007	2008	2009
(1)	<b>Fondo Sanitario Nazionale assegnato</b>	<b>7.751.500</b>	<b>7.997.063</b>	<b>8.255.659</b>
(2)	Saldo mobilità	-200.193	-200.193	-200.193
(3)	Entrate proprie da riparto	-128.085	-128.085	-128.085
<b>(4)=(1)-(2)-(3)</b>	<b>Finanziamento disponibile</b>	<b>7.423.222</b>	<b>7.668.785</b>	<b>7.927.381</b>
(5)	Entrate proprie effettive	292.034	292.034	292.034
(6)	<b>Ricavi ordinari</b>	<b>7.715.256</b>	<b>7.960.819</b>	<b>8.219.415</b>
(7)	<b>Ricavi Straordinari</b>	<b>15.000</b>	<b>15.000</b>	<b>15.000</b>
<b>(8)=6+7</b>	<b>Ricavi totali</b>	<b>7.730.256</b>	<b>7.975.819</b>	<b>8.234.415</b>
(9)	<b>Costi - ipotesi tendenziale</b>	<b>8.656.913</b>	<b>8.807.818</b>	<b>8.985.419</b>
(10)	<b>Costi Straordinari</b>	<b>60.000</b>	<b>60.000</b>	<b>60.000</b>
<b>(11)=9+10</b>	<b>Costi Totali</b>	<b>8.716.913</b>	<b>8.867.818</b>	<b>9.045.419</b>
<b>(12)= 8-11</b>	<b>Risultato di gestione</b>	<b>-986.657</b>	<b>-891.999</b>	<b>-811.004</b>
(13)	<b>Ricavi da Obiettivi di Piano</b>	<b>67.500</b>	<b>67.500</b>	<b>67.500</b>
(14)	<b>Costi correlati agli Obiettivi di Piano</b>	<b>0</b>	<b>67.500</b>	<b>67.500</b>
(15)	Manovre fiscali già previste / Incassi da Ticket	32.908	24.080	24.080
(16)	Manovre fiscali derivanti dall'aumento delle aliquote nella misura massima	287.000	287.000	287.000
* (17)	Manovra di contenimento dei costi al lordo degli incrementi per Investimenti SSR	269.966	463.254	507.548
<b>(18)=(12+13-14+15+16+17)</b>	<b>Ulteriore perdita da ripianare</b>	<b>-329.283</b>	<b>-117.665</b>	<b>0</b>
<b>(19)=(18)+(20)</b>	<b>Perdita a carico della Regione</b>	<b>-188.600</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
(20)	Quota Fondo di accompagnamento 2007-2009	140.683	119.580	98.478

**\* all'importo della manovra di contenimento dei costi va aggiunto per l'anno 2007 l'importo di ml**



32.908, per un totale di ml 302.274 per l'anno 2007, e l'importo di ml 24.080 per gli anni 2008 e 2009 per cui le economie complessive sono per l'anno 2008 ml 487.334 e ml 531.628 per l'anno 2009

<b>IPOSTESI DI BASE DEI COSTI TENDENZIALI</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Personale</b>	2.919.423	2.977.811	3.037.367
<b>prodotti farmaceutici</b>	334.333	351.049	368.602
<b>altri beni</b>	478.319	491.524	505.224
<b>servizi</b>	556.218	564.467	572.919
<b>farmaceutica convenzionata</b>	1.348.277	1.388.726	1.430.387
<b>medicina di base</b>	534.591	545.283	556.189
<b>ospedaliera accreditata</b>	710.119	710.119	710.119
<b>altre prestazioni accreditate</b>	956.875	967.363	978.061
<b>imposte e tasse</b>	248.151	251.251	256.276
<b>oneri finanziari</b>	55.799	32.244	30.644
<b>Accantonamenti</b>	74.069	76.530	79.116
<b>oneri straordinari</b>	60.000	60.000	60.000
<b>altri costi</b>	440.739	451.451	460.515
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>8.716.913</b>	<b>8.867.818</b>	<b>9.045.419</b>

La voce relativa alla maggiorazione delle aliquote fiscali è esposta per il valore algebrico massimo.

In merito ai criteri con cui sono stati commisurati i fabbisogni degli esercizi 2007, 2008 e 2009, non rettificati da misure correttive, si evidenzia quanto segue:

- a) Il finanziamento del FSN è stato quantificato sulla base di quello dell'anno 2006, con gli incrementi previsti dal riparto nazionale per l'anno 2007 e dalla legge 296/06 per il triennio 2007/2009;
- b) Le entrate proprie sono state sostanzialmente mantenute invariate, ad eccezione dei valori dei proventi straordinari, valorizzati per un valore fisso nel triennio 2007/2009 pari a 15 mln di euro, tenendo conto di quanto già registrato nelle contabilità delle Aziende Sanitarie nel primo semestre 2007;
- c) I costi relativi ad acquisti di beni mediamente sono stati incrementati mediamente del 5% per ciascun anno del triennio 2007/2009, in misura più ridotta rispetto all'anno 2006 (8,9%), nel quale sono stati attivati diversi nuovi servizi sanitari;
- d) Per i costi per acquisti dei servizi sanitari si è operato con i seguenti criteri:
  - Per la medicina di base sono stati calcolati incrementi pari al 2% per ciascun anno (in aggiunta agli aumenti per le future applicazioni contrattuali, inseriti alla voce altri accantonamenti);
  - Per l'assistenza convenzionata specialistica territoriale e per l'assistenza convenzionata ospedaliera non si è calcolato nessun incremento, in quanto la legge finanziaria regionale 2007, abbatte gli aggregati di spesa del 2/3/4 % e fa divieto di



Regione Siciliana

- superare i tetti massimi degli aggregati di spesa provinciali, già raggiunti dalle strutture nel corso dell'anno 2006;
- Per l'assistenza farmaceutica sono stati previsti per ogni anno del triennio incrementi pari al 3% per ciascun anno;
  - Per le altre tipologie di assistenza territoriale, in accordo con gli aumenti tariffari vigenti nella Regione Siciliana, sono stati calcolati gli incrementi tariffari secondo indici ISTAT, nella misura del 2% per ciascun anno del triennio.
- e) Per i costi degli altri acquisti di servizi si è calcolato un incremento medio del 2%, contro il 17,59%, dell'anno 2006, in quanto nell'esercizio precedente la percentuale di incremento è stata fortemente influenzata dall'onere per il rinnovo della convenzione regionale per il servizio 118, che ha determinato da solo tutto l'incremento dei costi;
- f) I costi del personale dipendente dell'anno 2006 (comprensivi dell'applicazione contrattuale del II biennio delle dirigenze e del comparto) sono stati incrementati rispetto a quelli dell'anno precedente del 2% per ciascun anno (in aggiunta agli oneri per i futuri contratti di lavoro, inseriti nella voce altri accantonamenti);
- g) Nella voce accantonamenti, come esposto ai punti precedenti, sono inseriti i costi per i CCNL e i rinnovi delle convenzioni dei medici professionisti, stimati in base all'indice di inflazione convenzionale del 2%, su quelli complessivi del personale e dei medici professionisti, con aumenti gradualmente crescenti nel triennio;
- h) I costi per oneri finanziari sono stati incrementati di una quota fissa (20 mln di euro) nell'anno 2007, pari all'incidenza (circa 30%) della quota di interessi sul totale dell'operazione finanziaria "Trinacria" (596,8 mln di euro), mentre nel periodo 2008/2009 gli oneri saranno a carico del bilancio regionale su apposite voci di spesa;
- i) Gli oneri straordinari sono stati valorizzati per un valore fisso nel triennio 2007/2009 pari a 60 mln di euro, tenendo conto di quanto già registrato nelle contabilità delle Aziende Sanitarie nel primo semestre 2007;
- j) Le altre voci residuali sono state mantenute invariate.



Regione Siciliana

## 5. Contesto regionale

---

L'assistenza sanitaria, pur collocandosi nel quadro di compatibilità connesso alla situazione economica nazionale, risponde ad un bisogno fondamentale dei cittadini riconosciuto dalla Costituzione.

In questi ultimi anni la definizione dei livelli essenziali di assistenza, il continuo rinnovo della tecnologia, l'aumento delle cronicità legate ai mutamenti demografici, hanno rappresentato un fattore fondamentale nell'evoluzione del sistema sanitario nazionale, che, se da un lato ha consentito un ampliamento dei servizi ai cittadini, dall'altro ha inevitabilmente determinato un forte incremento della spesa sanitaria.

Inoltre la stessa spesa sanitaria è stata caratterizzata negli anni 2004/2006, dai maggiori costi conseguenti dall'applicazione dei CCNL del personale dipendente (dirigenza e comparto) e dal rinnovo delle convenzioni con i medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti e dei medici dei servizi, che si sono rilevati oggettivamente di gran lunga più onerosi rispetto a quanto programmato e finanziato alle Regioni in sede di riparto delle risorse economiche.

In tale situazione di forte evoluzione del fabbisogno sanitario il Patto di stabilità del 2001 e, in particolare, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, hanno introdotto rigidi meccanismi di controllo dei costi e adempimenti cogenti per le Regioni, con conseguenti sanzioni direttamente applicabili sulla base di un obiettivo riscontro di inadempienza.

Tutto ciò ha penalizzato fortemente le Regioni meno strutturate, che in questi ultimi anni hanno avviato, ancorché parzialmente e con rilevanti difficoltà, un processo di crescita dei livelli di assistenza sanitaria in ambito locale, al fine di frenare il continuo ricorso alla mobilità sanitaria da parte dei cittadini residenti.

Tra queste la Regione Siciliana si caratterizza per avere introdotto nell'ambito regionale una serie di attività sanitarie di alta specialità, avviate unitamente a strutture di prestigio a livello nazionale mediante gestioni miste sperimentali, quali l'ISMETT, la Fondazione S. Raffaele di Cefalù, l'IRCSS Oasi di Troina, l'IRCSS Neurolesi di Messina e le strutture di riabilitazione avviate con la Fondazione Maugeri di Pavia e per aver programmato la costituzione dei Poli di eccellenza di Pediatria, di Ortopedia e Oncologia, da realizzare rispettivamente a Palermo, Catania e Messina.

Pur nel contesto di una realtà sanitaria in piena evoluzione e volta al superamento dei nodi strutturali che ne hanno finora frenato lo sviluppo, il Governo Regionale, nel corso degli esercizi 2005 e 2006, ha avviato un processo di risanamento dei conti pubblici, inscindibilmente connesso alla responsabilizzazione dei soggetti preposti alla gestione della Sanità, che ha trovato concretizzazione con l'introduzione della prassi della negoziazione delle risorse economiche con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza, determinando preventivamente i maggiori fabbisogni necessari per assicurare i livelli essenziali di assistenza del sistema sanitario regionale.

Se comunque la metodologia della negoziazione delle risorse ha consentito una significativa inversione di tendenza a livello di modello gestionale, appare evidente che permangono nell'ambito del sistema sanitario regionale taluni nodi strutturali che rendono difficoltosa la crescita dei livelli qualitativi di assistenza e determinano costi di gestione per il conseguimento dell'equilibrio economico complessivo, non facilmente contenibili.



## 6. Analisi del contesto

L'analisi S.W.O.T. consente di poter valutare in una logica sistemica le variabili che possono agevolare o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi del progetto, distinguendo tra fattori legati all'ambiente esterno e fattori legati all'organizzazione interna, consentendo di orientare in modo più efficace le successive scelte strategiche ed operative; l'analisi SWOT, pertanto, consente di visualizzare contestualmente:

- I punti di forza interni
- I punti di debolezza interni
- Le opportunità esterne
- I rischi esterni

Si riporta di seguito il quadro sintetico del contesto e dei punti di forza e di debolezza:

<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI FORZA (Strength)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Omogeneità politica del Governo regionale con quello dei principali EE.LL ( Comuni e Province);</li><li>• Disposizioni attuative per talune misure di contenimento dei costi contenute nella L.R.n°2/2007;</li><li>• Obbligatorietà delle disposizioni previste dal Piano di risanamento, contenuta nella L.R.n°2/2007;</li><li>• Consapevolezza da parte dei principali attori interessati della necessità della manovra e dell'impossibilità di un rinvio;</li><li>• Minori oneri contrattuali da sostenere, in quanto tutte le spettanze arretrate per il periodo 2002/2005 sono state già liquidate;</li><li>• Significativi margini per il recupero di efficienza;</li><li>• Potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale;</li><li>• Attivazione e presenza di diversi punti di eccellenza nella rete dell'offerta ospedaliera.</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Notevole mobilità passiva;</li><li>• Quota di accesso al FSN per il triennio 2007/2009 ridotta in percentuale rispetto a quella spettante nell'anno 2006, a seguito dei nuovi criteri di ponderazione della popolazione anziana;</li><li>• Scarsa incidenza degli strumenti di programmazione nel settore sanitario;</li><li>• Notevole livello di inappropriata in alcune tipologie di prestazioni ospedaliere e di pronto soccorso ;</li><li>• Alta spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata;</li><li>• Presenza di alcuni indicatori di salute negativi;</li><li>• Condizioni di forte disagio sociale ed economico della popolazione (deprivazione);</li><li>• Squilibri di sviluppo tra ospedale e territorio e tra le diverse aree regionali;</li><li>• Carenza e disuniformità delle risorse umane in relazione all'assetto organizzativo esistente;</li><li>• Elevati livelli di costo a fronte di una efficacia organizzativa non ottimale.</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITA' ESTERNE (Opportunities)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nuovo Patto sulla Salute che prevede finanziamenti premiali per le Regioni in difficoltà che ottemperino alle misure di contenimento della spesa;</li><li>• Strumenti di governo straordinari per la gestione del sistema sanitario regionale</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>RISCHI ESTERNI (Threats)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frammentazione, localismo e conflittualità, quali ostacoli che possono condizionare negativamente le possibili sinergie tra sottosistemi territoriali;</li><li>• Reazioni delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione del sistema</li></ul>



Regione Siciliana

<p>durante il triennio 2007/2009;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Affiancamento da parte del tavolo tecnico dell'Intesa Stato-Regioni per i controlli e le verifiche previste sulla gestione delle aziende sanitarie;</li><li>• Sviluppo di nuove tecnologie di informazione;</li><li>• Sviluppo nei processi di governace e nei sistemi operativi organizzativo-gestionale;</li><li>• Sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati.</li></ul>	<p>sanitario regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reazioni delle OO.SS. per il blocco del tur-over, sulla revisione delle dotazioni organiche e gli interventi sul salario accessorio;</li><li>• Reazioni dei medici prescrittori per l'introduzione di restrizioni dei budget sulle prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche;</li><li>• Reazioni dei farmacisti convenzionati per la distribuzione diretta di farmaci PHT da parte dei servizi farmaceutici delle AA. SS. LL.;</li><li>• Aumento progressivo della popolazione anziana (con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo).</li></ul>
--	---

L'analisi S.W.O.T. evidenzia un certo equilibrio complessivo tra punti di forza e di debolezza, sebbene il peso specifico di ciascuno assuma consistenza diversa dagli altri.

In particolare, si rilevano tra i punti di forza le condizioni che prevalentemente sono generate da specifiche previsioni normative, quali strumenti cogenti atti a dare consistenza e autorevolezza al percorso di risanamento e di ristrutturazione del Sistema Sanitario Regionale.

Tali strumenti indubbiamente rafforzano la consapevolezza sugli obblighi imposti a livello nazionale a conseguire progressive economie di costi di gestione, mantenendo nel contempo quantomeno inalterata la qualità del servizio al cittadino.

Il grado di conseguimento degli obiettivi perseguiti, può essere possibile solo aumentando l'efficienza e l'efficacia delle risorse a vario titolo impiegate, tenendo conto peraltro che tra i punti di debolezza emergono prevalentemente elementi strutturali e fattori gestionali che potranno essere riassunti a controllo solo a medio termine e tramite mirate azioni di governo del sistema.

Dall'analisi si rileva la chiara consapevolezza delle potenziali resistenze alle innovazioni e rivendicazioni delle categorie di soggetti portatori d'interessi che sono a vario titolo coinvolti nel processo di risanamento: l'ampliamento dello strumento della concertazione nonché l'estensione a tutto campo della manovra sono senz'altro due elementi fondanti ed essenziali al superamento da parte della Regione della maggior parte di quelli che sono individuati come rischi esterni.



## **7. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione**

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione complessiva dei problemi rilevanti di salute della Regione Siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio ed è tratta, con alcuni aggiornamenti, dal profilo di salute completo elaborato dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Sanità ("Indagine sul profilo di salute e priorità sanitarie in Sicilia" [www.doesticilia.it](http://www.doesticilia.it)).

### **Profilo di comunità**

#### Contesto

Il particolare contesto orogeografico ha da sempre inciso nello sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari. La Regione, amministrativamente autonoma ed a statuto speciale dal 1945, è la più vasta paese (25.708 km<sup>2</sup>) ed è costituita oltre che dalla più grande isola del Mediterraneo, dagli arcipelaghi delle Eolie (o Lipari), delle Egadi e delle Pelagie, nonché dalle isole di Ustica e Pantelleria, realtà che pongono peculiari problematiche sul piano assistenziale per le condizioni di marginalità cui sono relegate.

Il suo territorio è per il 24% montuoso e per il 62% collinare; le pianure presenti solo lungo le coste meridionali e orientali dell'isola coprono il restante 14%. L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato, specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere anche a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno, caratterizzate da un'economia prevalentemente agricolo-pastorale, verso i centri più grandi e le zone recentemente industrializzate, dove maggiori sono i redditi e migliori le condizioni di vita.

Amministrativamente la Regione è divisa altresì nelle nove province che configurano le attuali Aziende USL, per un totale di 390 comuni. La provincia più grande è Palermo che, con 1.239.272 abitanti (popolazione residente al 1-1-2005), rappresenta il 25% della popolazione totale dell'isola.

### **Dati Demografici**

#### *Distribuzione della popolazione*

La popolazione regionale residente risultava al 1-1-2005 di 5.013.081 unità, di cui 2.424.102 (48 %) maschi 2.588.979 (52%) femmine.

I principali indici demografici, confrontati con quelli nazionali, stimati per l'anno 2005, sono i seguenti:

	<b>Sicilia</b>	<b>Italia</b>
Indice di fecondità	1,4	1,3
Indice di vecchiaia	111,3	140,4
Indice di dipendenza generale	51,8	51,2
Indice di dipendenza degli anziani	27,3	29,9
Speranza di vita alla nascita maschi	77,4	77,6
Speranza di vita alla nascita femmine	82,3	83,2

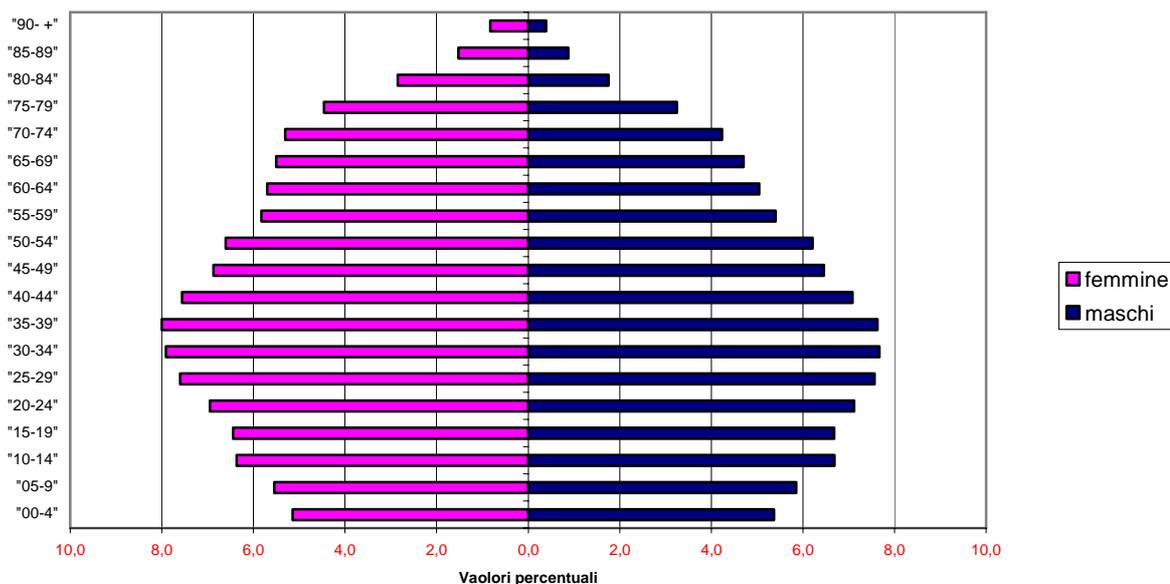


## Regione Siciliana

Fonte: Dati ISTAT, stime per l'anno 2005

Di seguito è riportata la piramide dell'età della Sicilia, le maggiori differenze fra questa e quella dell'Italia si trovano nelle prime fasce di età cioè quelle corrispondenti ai primi anni di vita.

Piramide dell'età - Sicilia al 01/01/2003



Piramidi d'età :Elaborazione Dipartimento Osservatorio Epidemiologico - Assessorato Sanità su Fonte dati ISTAT

In Sicilia, come nelle restanti regioni del Mezzogiorno, infatti si registra una più alta natalità rispetto al resto delle altre regioni italiane caratterizzate invece da una più bassa natalità; la Sicilia si conferma come una fra le regioni più prolifiche d'Italia questa osservazione è supportata da l'indice di fecondità (stime per l'anno 2005 :1,4 per la Sicilia ,1,3 per l'Italia).

Per l'anno 2005 l'indice di vecchiaia stimato per Italia è pari a 140,4 con un costante aumento rispetto agli anni precedenti.

Sebbene il processo di invecchiamento investe tutte le regioni d'Italia, in Sicilia e nelle altre regioni del mezzogiorno l'entità di tale processo risulta più modesto (sebbene in crescita annuale l'indice di vecchiaia stimato per il 2005 in Sicilia è 111,3 %).

Il progressivo invecchiamento della popolazione è anche visibile attraverso l'analisi dell'indice di dipendenza degli anziani e dell'età media che sono in costante aumento negli anni.

Negli ultimi anni si è registrato un continuo aumento della vita media. Le stime per il 2005 mostrano come il trend crescente non si sia fermato portando la speranza di vita alla nascita dei maschi a 77,4 in Sicilia e 77,6 in Italia ,e per le femmine i valori sono 82,3 in Sicilia e 83,2 in Italia.

### *Analisi del mercato del lavoro*



## Regione Siciliana

La povertà dell'economia siciliana ha costretto forti contingenti di manodopera a trovare lavoro altrove, all'estero o in altre regioni italiane. Tale flusso emigratorio ha impoverito l'isola di forze di lavoro fra le più giovani e spesso intraprendenti, ostacolando il suo sviluppo economico in forme più articolate e produttive.

La Sicilia risulta essere la regione d'Italia con la maggiore percentuale di disoccupati (16,2%), seguita dalla Campania (14,9%), in queste due regioni il tasso di disoccupazione risulta più elevato sia per la componente maschile che per quella femminile (dati riferiti all'anno 2005). Il tasso di occupazione nel 2005 ha subito un aumento rispetto agli anni precedenti assestandosi al 44% circa della popolazione di età superiore ai 15 anni ma rimane comunque ben al di sotto della media nazionale del 57,5%. La componente femminile del mercato del lavoro continua a rivestire una posizione di assoluto svantaggio: su 1,471 milioni di occupati, le lavoratrici siciliane superano appena le 475.000 unità.

### *L'economia della regione*

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

Il prodotto interno lordo/pro capite di 11,7 euro è di circa il 30% più basso del valore medio nazionale (Italia 18,6-dati ISTAT 1999) per cui la Sicilia occupa il quartultimo posto tra le regioni italiane.

La risorsa principale della Sicilia è data dall'agricoltura, la cui produzione è ai primi posti dell'economia agraria nazionale. Di limitata importanza è l'allevamento. Notevole e tradizionale è l'attività peschereccia favorita dai vasti bassi fondali. Di una certa importanza, anche se non sufficienti sono le risorse minerarie di zolfo (nell'interno), salgemma (negli altopiani, e lungo la costa ionica), asfalto, bitume, minerali di costruzione; e infine l'importantissimo petrolio, la cui scoperta ha contribuito a diminuire l'isolamento della Sicilia; esso si trova nella piattaforma della zona di Gela, nel litorale ionico (Augusta, Siracusa). Le industrie si basano soprattutto sulle risorse locali, per cui si avranno industrie di trasformazione di generi agricoli (molitorie, pastiarie, conserviere, dolciarie, oleifici, enologiche, casearie e della birra).

### *I Dati Sanitari di Mortalità*

I dati utilizzati ai fini delle analisi sono stati ricavati dall'ISTAT, e risalgono all'anno 2000. Tali dati potranno essere successivamente aggiornati utilizzando il Registro Nominativo delle Cause di morte (ReNCaM), istituito presso il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico e operante in Sicilia dal 2004.

Nel 2000 in Sicilia il tasso di mortalità infantile è stato di 6 morti per 1.000 nati vivi, rappresentando il più alto di quello nazionale che è stato di 4,3 morti per 1.000 nati vivi.

Confrontando i tassi del 2000 con quelli del 1990, in Sicilia la mortalità infantile è passata da 10,5 a 6 per 1.000 nati vivi con una riduzione del 43% inferiore al valore di riferimento nazionale (47%).



Regione Siciliana

Tasso di mortalità infantile							
	Anno 1990			Anno 2000			Variazione% (M+F)
	M+F	M	F	M+ F	M	F	
<b>Sicilia</b>	<b>10,5</b>	11, 8	9	<b>6</b>	6,3	5,7	-43
<b>Italia</b>	<b>8,2</b>	9,1	7,2	<b>4,3</b>	4,5	4	-47

*Elaborazione Dipartimento Osservatorio Epidemiologico - Assessorato Sanità su Fonte dati ISTAT*

Nella successiva tabella vengono riportati i tassi standardizzati di mortalità generale e per grandi categorie ICD.IX. Come si osserva da tale tabella, nel 2000 si conferma quanto peraltro già emerso negli anni precedenti riguardo al tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause nel sesso femminile che risulta più elevato rispetto al valore nazionale (67,76 vs 61,06/10000).

Riguardo alle singole cause, valori superiori si riscontrano per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento a malattie cerebrovascolari, e per le malattie dell'apparato respiratorio e altre cause in entrambi i sessi.



Regione Siciliana

TASSI DI MORTALITA' STANDARDIZZATI PER CAUSE DI MORTE ANNO 2000 – SICILIA- ITALIA

CAUSE DI MORTE	Tassi stand. per 10.000 MASCHI		Tassi stand. Per 10.000 FEMMINE		Tassi stand. per 10.000 MASCHI E FEMMINE	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori	28,21	33,85	15,14	17,45	20,64	24,13
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	<i>1,78</i>	<i>2,40</i>	<i>0,74</i>	<i>1,15</i>	<i>1,19</i>	<i>1,67</i>
<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	<i>2,73</i>	<i>3,28</i>	<i>2,00</i>	<i>1,93</i>	<i>2,30</i>	<i>2,48</i>
<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	<i>7,51</i>	<i>9,25</i>	<i>0,96</i>	<i>1,60</i>	<i>3,82</i>	<i>4,84</i>
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	<i>2,96</i>	<i>3,08</i>	<i>1,64</i>	<i>1,73</i>
Diabete mellito	<u>4,20</u>	2,64	<u>4,09</u>	2,39	<u>4,18</u>	2,52
Malattie del sistema nervoso	2,34	2,27	1,51	1,69	1,85	1,92
Malattie del sistema circolatorio	<u>45,37</u>	40,92	<u>33,26</u>	26,73	<u>38,47</u>	33,58
<i>Infarto del miocardio</i>	<i>7,47</i>	<i>7,45</i>	<i>3,35</i>	<i>3,24</i>	<i>5,15</i>	<i>5,04</i>
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<u>14,29</u>	<u>10,58</u>	<u>11,97</u>	<u>8,09</u>	<u>12,94</u>	<u>9,08</u>
Malattie dell'apparato respiratorio	<u>9,70</u>	8,48	<u>3,32</u>	3,18	<u>5,85</u>	5,13
Malattie dell'apparato digerente	4,59	4,80	2,86	2,79	3,62	3,65
Cause accidentali e violente	4,65	5,82	<u>2,37</u>	2,43	3,47	4,03
Altre cause	<u>6,71</u>	6,18	<u>5,23</u>	4,39	<u>5,89</u>	5,18
<b>TOTALE</b>	<b>105,77</b>	<b>104,96</b>	<b>67,76</b>	<b>61,06</b>	<b>83,97</b>	<b>79,14</b>

Elaborazione Dipartimento Osservatorio Epidemiologico - Assessorato Sanità su Fonte dati ISTAT

La distribuzione per numero assoluto e grandi categorie ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostiene insieme alla seconda, i tumori, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nell'anno in esame. Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie in cui la prima causa in assoluto in entrambi i sessi è costituita dai disturbi circolatori dell'encefalo.

Nelle donne tuttavia tra le prime 4 cause emergono il diabete mellito e l'ipertensione mentre negli uomini le prime 5 cause sono tutte circolatorie tranne i tumori dell'apparato respiratorio ed altri tumori maligni.



Regione Siciliana

Numero di decessi per categoria ICD9	maschi		femmine		totale		Rank
	N.	%	N.	%	N.	%	
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	9.789	41,9	11.464	51,1	21.253	46,4	1
TUMORI	6.326	27,1	4.501	20,1	10.827	23,6	2
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2.084	8,9	1.123	5,0	3.207	7,0	3
MAL.GHIAND.ENDOCR.,NUTRIZ.E METAB.E DIST.IMMUN.	1.029	4,4	1.398	6,2	2.427	5,3	4
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	1.004	4,3	879	3,9	1.883	4,1	5
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	1.077	4,6	766	3,4	1.843	4,0	6
MALATTIE SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI	507	2,2	460	2,0	967	2,1	7
SINTOMI,SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	402	1,7	557	2,5	959	2,1	8
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	421	1,8	398	1,8	819	1,8	9
DISTURBI PSICHICI	275	1,2	389	1,7	664	1,4	10
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	119	0,5	91	0,4	210	0,5	11
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	99	0,4	103	0,5	202	0,4	12
ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	108	0,5	91	0,4	199	0,4	13
MAL. SISTEMA MUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	34	0,1	120	0,5	154	0,3	14
MALFORMAZIONI CONGENITE	71	0,3	73	0,3	144	0,3	15
MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	12	0,1	31	0,1	43	0,1	16
COMPL.DELLA GRAVIDANZA,DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0,0	3	0,0	3	0,0	17
	23.357	100	22.447	100	45.804	100,0	



### Mortalità prematura

I dati di mortalità in termini assoluti o di tassi possono fornire una lettura distorta dei problemi più gravi poiché i valori sono molto più elevati negli anziani. Per tale motivo sono stati ricavati gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata ( 65 anni ad esempio, se vogliamo porre il termine "ufficiale" per passare alla categoria anziani) che costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la società delle varie cause di morte.

Sotto tale profilo assumono importanza prioritaria i tumori (se consideriamo le grandi categorie ICD IX) e, con riferimento alla mortalità precoce, i traumatismi intracranici e gli incidenti stradali insieme alle altre cause già considerate.

	SOTTOCATEGORIE	YPLL 65 N.	RANK
BE 71	ACCIDENTE STRADALE DA VEICOLO A MOTORE	9270	1
B 26	ALTRI TUMORI MALIGNI	9115	2
B 74	TRAUMATISMI INTRACRANICI E INTERNI E TRAUM. DEI NERVI	9055	3
B 43	MAL. DEL CIRCOLO POLMONARE E ALTRE MALATTIE DEL CUORE	7310	4
B 71	FRATTURA DEL CRANIO E DELLE OSSA DELLA FACCIA	5533	5
B 41	INFARTO MIOCARDICO ACUTO	5280	6
B 19	TUM.MAL. DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI E DEI POLMONI	4973	7
BE 76	SUICIDIO E AUTOLESIONE	4625	8
B 20	TUMORI MALIGNI DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	4460	9
B 77	ALTRI TRAUMATISMI E POSTUMI	4340	10
B 44	DISTURBI CIRCOLATORI DELL'ENCEFALO	3880	11
BE 78	ALTRE CAUSE ESTERNE DEI TRAUMATISMI E DEGLI AVVELENAM. ALTRE MALAT.DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI	3658	12
B 37		3273	13
B 54	CIRROSI E ALTRE MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO	2763	14
B 25	LEUCEMIE	2523	15
B 24	MAL.DI HODGKIN ED ALTRI TUM.DEI TESS.LINFAT.ED EMATOP.	2193	16
B 31	ALTRE MAL.GHIAND.ENDOCR.,NUTRIZ.E METAB.E DIST.IMMUNIT.	2078	17
B 28	DIABETE MELLITO	1948	18
B 15	TUMORI MALIGNI DEL COLON	1833	19
B 14	TUMORI MALIGNI DELLO STOMACO	1700	20
		<b>89805</b>	<b>77,90%</b>

Elaborazione Dipartimento Osservatorio Epidemiologico - Assessorato Sanità su Fonte dati ISTAT

In proporzione la distribuzione delle prime 6 principali categorie ICD IX per fasce di età è più evidente nella figura da cui emerge che nelle età fino a 35 anni prevalgono i traumatismi, nelle fasce intermedie e fino a 70 anni le cause tumorali e successivamente la causa principale di morte sono le malattie circolatorie.



Regione Siciliana

### Ricoveri Ospedalieri

Una importante fonte di riferimento per l'analisi sui bisogni di salute di una popolazione è costituita dai ricoveri ospedalieri.

I dati riportati si riferiscono all'archivio regionale delle SDO direttamente gestito dal Dipartimento Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Sanità della Regione Siciliana.

La distribuzione dei ricoveri (ordinari e in day hospital) per grandi categorie ICD conferma che la causa principale di ricovero sono le malattie circolatorie anche se tra le altre principali cause compaiono, oltre tumori e traumatismi, anche le malattie dell'apparato digerente e genitourinario.

### DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI PER CATEGORIA ICD

ANNO 2001					
Diagnosi	Maschi	Femmine	Totali	%Totali	Rank
Malattie Sistema Circolatorio	80.036	64.819	144.855	12,8	1
Malattie Apparato Digerente	68.867	58.600	127.467	11,3	2
Traumatismi ed avvelenamenti	57.251	41.764	99.015	8,8	3
Malattie Apparato Genitourinario	40.309	55.309	95.618	8,5	4
Tumori	45.309	48.578	93.887	8,3	5
Malattie Sistema nervoso ed organi di senso	42.467	48.108	90.575	8	6
Complicanze Gravidanza parto e puerperio	44	87.781	87.825	7,8	7
Malattie Apparato Respiratorio	51.621	34.478	86.099	7,6	8
Sintomi e Segni maldefiniti	30.851	28.148	58.999	5,2	9
Malattie Sistema Osteomuscolare	24.944	27.930	52.874	4,7	10
Malattie endocrine nutrizionali metaboliche	17.880	30.410	48.290	4,3	11
Malattie infettive e parassitarie	19.507	15.423	34.930	3,1	12
Disturbi Psicici	17.961	16.899	34.860	3,1	13
Malattie Cute e sottocutaneo	17.006	14.008	31.014	2,7	14
Alcune condizioni morbose perinatali	8.951	7.533	16.484	1,5	15
Malattie Sangue ed organi ematopoietici	7.075	8.711	15.786	1,4	16
Malformazioni Congenite	6.577	5.071	11.648	1	17
<b>Totali</b>	<b>536.656</b>	<b>593.570</b>	<b>1.130.226</b>	<b>100</b>	



## Regione Siciliana

Tuttavia l'analisi dei dati relativi ai ricoveri e alle prestazioni erogate in ambito ospedaliero mette in risalto i gravi punti di criticità relativi all'alto tasso di ospedalizzazione in tutti i bacini infraregionali, dovuto ai ricoveri impropri, in particolare riferiti ai soggetti in età pediatrica e geriatrica ed all'alta percentuale di mobilità passiva in particolare su alcune specialità di media ed alta assistenza. Sul primo aspetto non secondaria appare l'influenza derivante dalla carente attuazione sul territorio di modalità alternative al ricovero ordinario e dall'altro anche l'insufficienza dei servizi legati all'assistenza di base.

### Consumi Farmaceutici

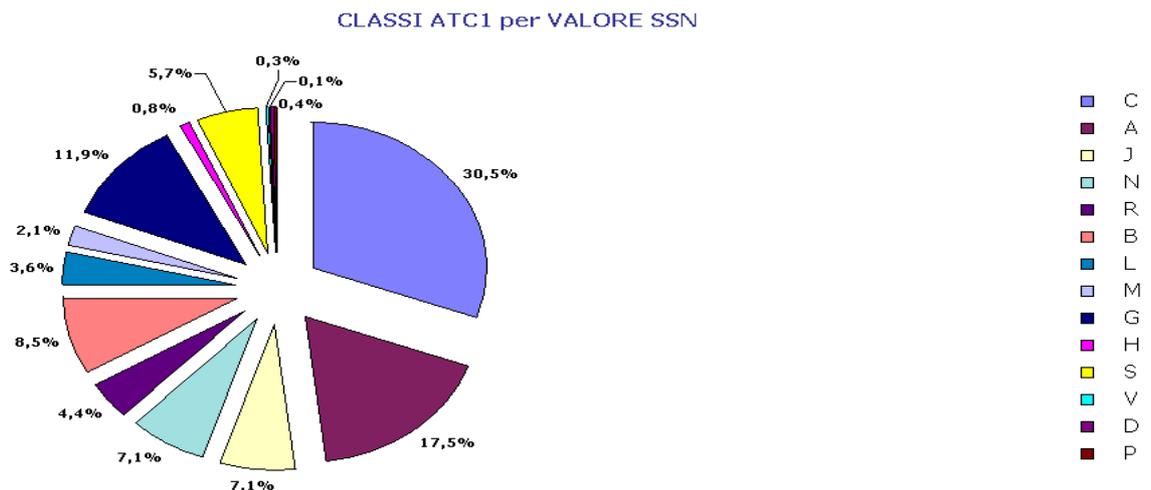
Sono stati altresì presi in esame i dati sul consumo dei farmaci a livello territoriale ottenuti attraverso le elaborazioni disponibili presso il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico della Regione in base al Progetto S.F.E.R.A. del Ministero della Salute (Spesa Farmaceutica Elaborazioni Regioni Aziende USL). La spesa farmaceutica è uno degli aspetti cruciali da monitorare ai fini del controllo della spesa sanitaria, che attualmente si impone, specie in alcune regioni ove negli ultimi anni la stessa è lievitata oltre le previsioni.

I farmaci appartenenti alle categorie terapeutiche C (sistema cardiovascolare), A (apparato gastrointestinale e metabolismo) e B (sangue ed organi emopoietici) rappresentano in Sicilia circa il 55% della spesa farmaceutica netta totale e circa il 59% delle unità vendute.

Le categoria sopra menzionate rappresentano le prime tre per spesa e per consumi sia in Sicilia che in Italia seppure con importanti differenze per ciascuna categoria a confronto.

Differenze importanti si riscontrano anche con riferimento al numero per DDD (dose definita die)/1000 ab. Relativamente alle categorie A, M, R e J.

In Sicilia la spesa e le unità vendute sono superiori in valore rispetto all'Italia fatta eccezione per le categorie N(sistema nervoso centrale ) ed S (organi di senso).





NUMERO DI DDD/1000 ABITANTI DIE PER CLASSI DI FARMACI (ATC1)			
ANNO 2006			
ITALIA		SICILIA	
Farmaco	DDD/1000 AB. DIE	Farmaco	DDD/1000 AB. DIE
C - Sistema cardiovascolare	496,72	C - Sistema cardiovascolare	499,31
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	121,10	A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	170,89
B - Sangue ed organi emopoietici	94,16	B - Sangue ed organi emopoietici	98,29
N - Sistema nervoso centrale	59,58	M - Sistema muscolo-scheletrico	62,40
G - Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	48,40	R - Sistema respiratorio	72,51
M - Sistema muscolo-scheletrico	47,69	G - Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	49,15
R - Sistema respiratorio	58,49	N - Sistema nervoso centrale	56,40
H - Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	35,56	J - Antimicrobici generali per uso sistemico	36,96
J - Antimicrobici generali per uso sistemico	28,52	H - Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	38,21
S - Organi di senso	19,88	S - Organi di senso	14,98
L- Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	6,58	L- Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	7,37
D - Dermatologici	3,66	D - Dermatologici	3,93
P - Antiparassitari	0,70	P - Antiparassitari	0,73
V - Vari	0,15	V - Vari	0,30

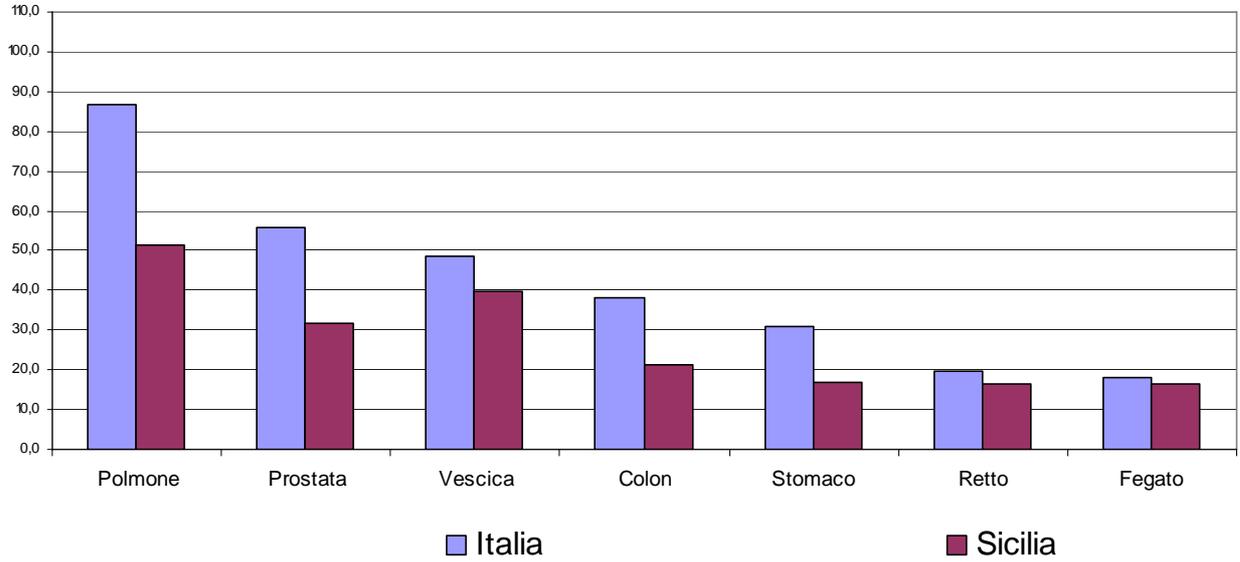
### *Tumori*

I dati di morbosità sulle patologie tumorali sono ricavati dal Registro Tumori di Ragusa ed il confronto è stato ricavato dal pool dei registri tumori italiani ( Sopravvivenza dei casi di tumore in Italia negli anni novanta: idati dei Registri Tumori;EpidemiolPrev 2001; 25(3) suppl: 1-375)

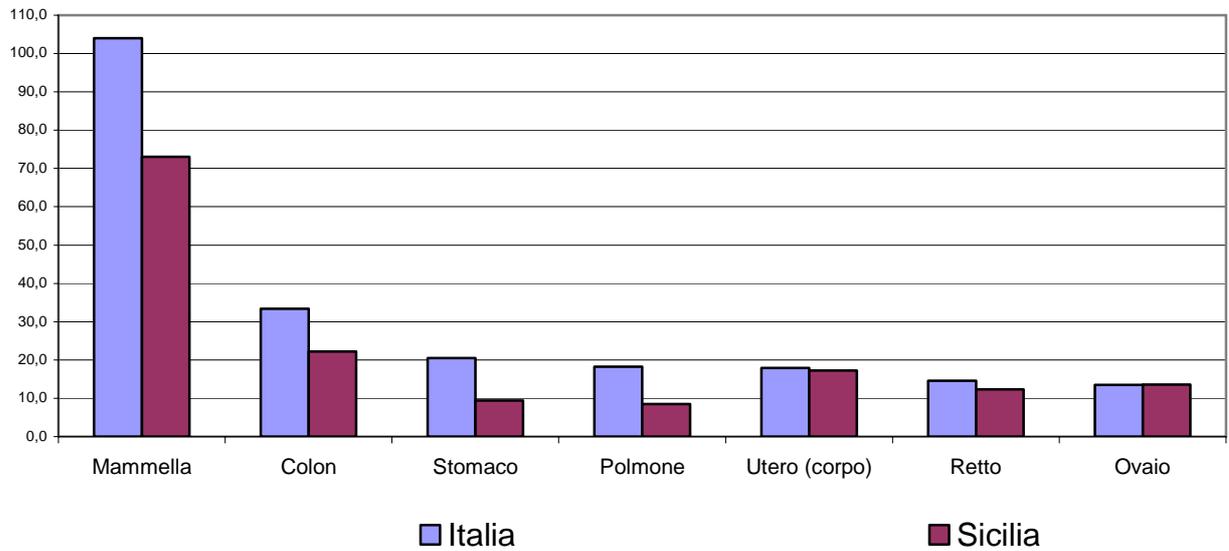


Regione Siciliana

Incidenza dei tumori più frequenti negli uomini (Tassi /100.000 ab.)



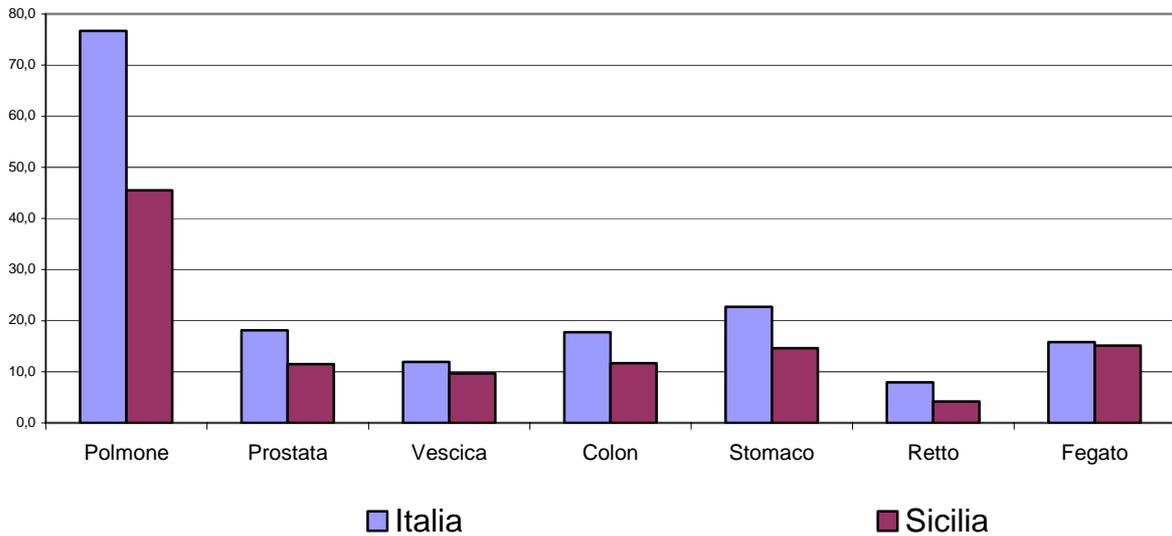
Incidenza dei tumori più frequenti nelle donne (Tassi /100.000 ab.)



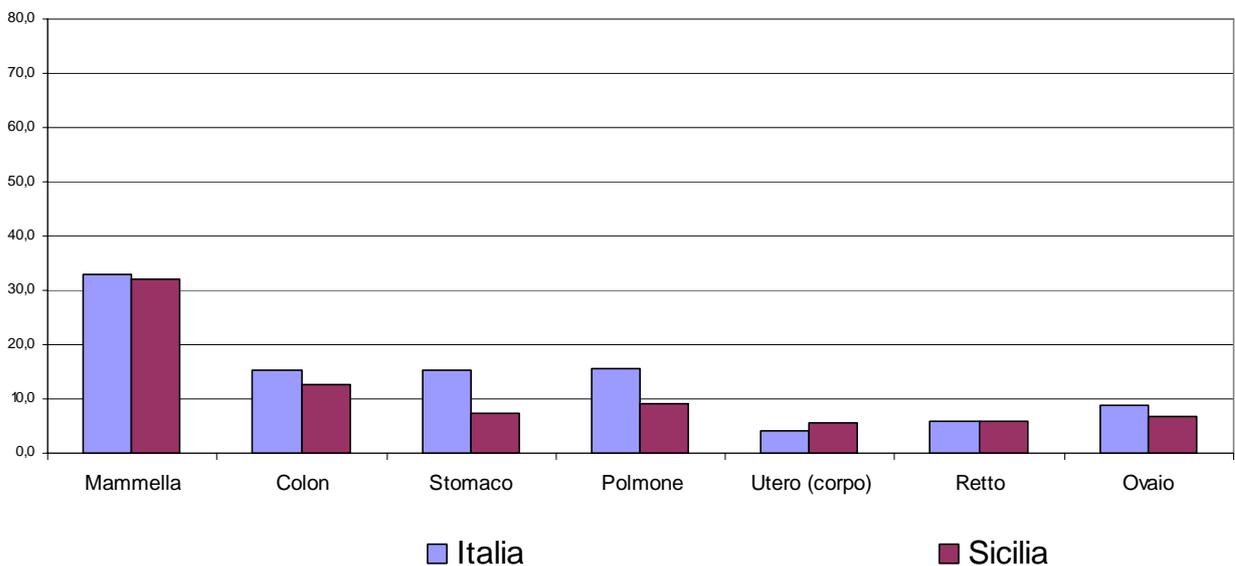


Regione Siciliana

Mortalità dei tumori più frequenti negli uomini (Tassi/100.000 ab.)



Mortalità dei tumori più frequenti nelle donne (Tassi/100.000 ab.)



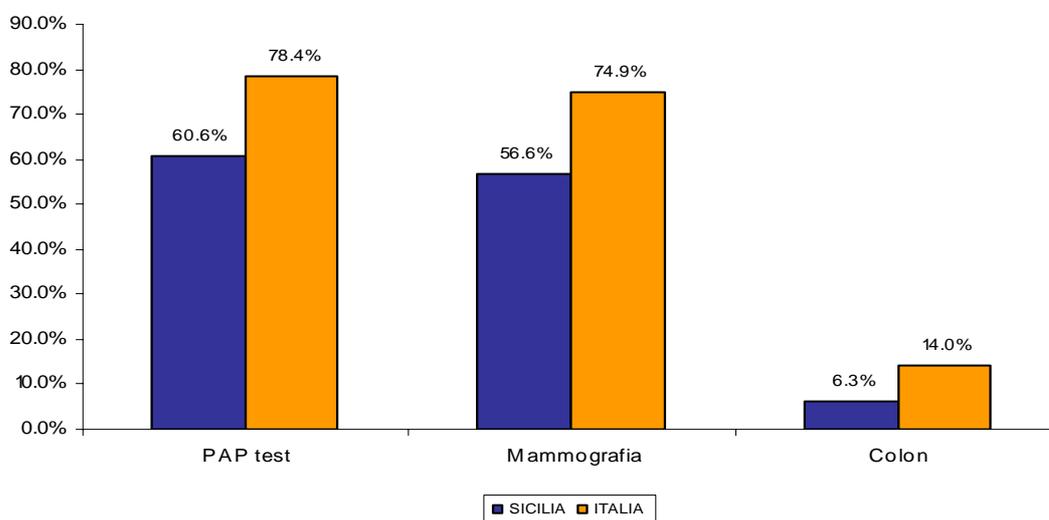
I tumori più frequenti nell'uomo e nella donna in Sicilia sono gli stessi che in Italia, ma in Sicilia l'incidenza è notevolmente minore (da metà a un terzo inferiore), tranne che per il fegato negli uomini e per il corpo dell'utero e l'ovaio nelle donne. Anche la mortalità è inferiore, con la notevole eccezione del corpo dell'utero, per cui è superiore, e della mammella, per cui è simile nonostante l'incidenza sia molto più bassa.



## Screening

In Sicilia i tassi di mortalità per tumore maligno dell'utero, seppure in decremento, rimangono costantemente più elevati che nel resto del Paese. Anche le neoplasie della mammella determinano una quota rilevante di decessi nelle donne siciliane, a fronte di una minore incidenza, e rappresentano la prima causa di morte nelle donne in alcune classi d'età. La mortalità per cancro del colon è in leggero e costante incremento nel decennio in entrambi i sessi. Tutte queste condizioni sono suscettibili di efficaci interventi di prevenzione secondaria di cui sono in corso già da alcuni anni programmi organici in tutto il paese, mentre in Sicilia è in fase di avvio uno specifico piano regionale. I risultati dello studio Passi mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore a quanto rilevato nelle altre aree del Paese.

Ricorso alla Diagnosi Precoce  
PASSI – Sicilia 2005



## Coperture Vaccinali

Un'ulteriore serie di dati sanitari riguarda le coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dal Piano Nazionale Vaccini.

Il monitoraggio delle coperture vaccinali raggiunte è effettuato annualmente dal Ministero della Salute ed i dati sono disponibili sul relativo sito internet.

### Vaccinazioni dell'infanzia:

La tabella riporta la copertura vaccinale, misurata al 31 dicembre di ogni anno, nei bambini di età inferiore a 24 mesi, indipendentemente dalla effettiva età in cui è stata praticata la vaccinazione. I dati mostrano valori in linea con la media nazionale. Da segnalare i buoni risultati della vaccinazione MPR e il notevole incremento delle coperture vaccinali per varicella, la cui vaccinazione è stata introdotta nel calendario regionale nell'anno 2003.



Regione Siciliana

VACCINAZIONE	% copertura anno 2004	% copertura anno 2005	% copertura anno 2006
DT, Polio, HBV, Pertosse, Hib (3 dosi entro il 1° anno di vita)	96,3	95,6	96,3
MPR (1 dose all'età di 15 mesi)	80,8	83,7	84,2
Varicella (1 dose all'età di 15 mesi)	44,2	51,8	62,3

Vaccinazione antinfluenzale negli anziani >64 aa.

La tabella riporta la copertura vaccinale ottenuta negli anziani di età uguale o superiore a 65 anni nelle stagioni 2004/2005 e 2005/2006. Non sono ancora disponibili i dati definitivi della campagna 2006/2007. Le coperture vaccinali riscontrate sono risultate, anche se di poco, superiori alla media nazionale.

VACCINAZIONE	Stagione 2004/2005	Stagione 2005/2006
Antinfluenzale over 64 aa.	69,7	68,6

### *I Determinanti di Salute*

Una corretta scelta di sanità pubblica deve tenere conto non solo della prevalenza e della gravità di un problema sanitario, ma anche dell'aggregabilità dei fattori di rischio che lo determinano.

Il carico delle malattie cardiovascolari in Sicilia è da anni uno dei più importanti problemi in sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di questa patologia. I fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono molteplici e di varia natura. Ci sono fattori non-modificabili, ad esempio la familiarità, l'età, il sesso. Ma esistono anche fattori importanti definiti "modificabili" per sottolineare che con degli interventi esterni è possibile attenuarne la gravità, riducendo così la probabilità di ammalarsi. In questa categoria rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita come il fumo di sigaretta, una scarsa attività fisica e un'alimentazione scorretta. Una dieta non equilibrata può condurre, infatti, all'obesità, al diabete, a valori elevati del colesterolo che, insieme all'ipertensione arteriosa, costituiscono i principali fattori di rischio biologici. Il monitoraggio dei livelli di prevalenza dei principali fattori di rischio nella popolazione ai fini di un progressivo contenimento degli stessi costituisce uno strumento di controllo fondamentale ai fini della riduzione dei danni sulla salute conseguenti.

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il Centro di Controllo delle Malattie (CCM) ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di Sanità l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.



## Regione Siciliana

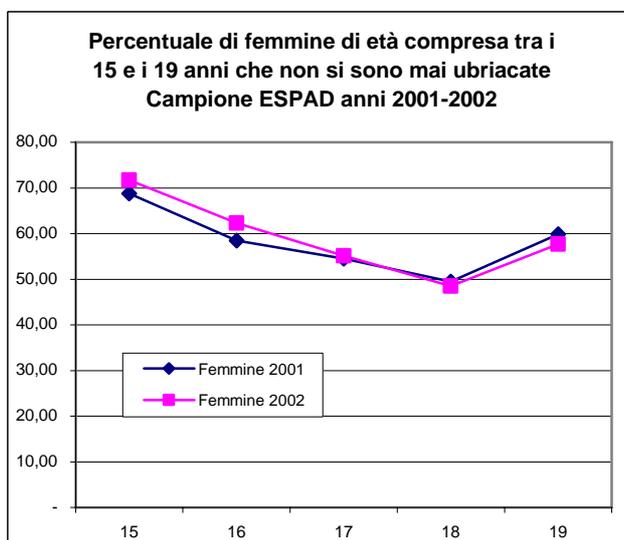
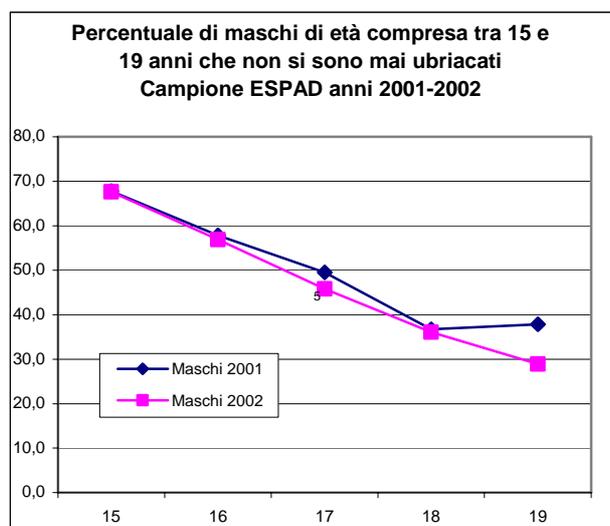
Anche in Sicilia il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico ha avviato la sperimentazione in collaborazione con le Aziende USL Fra i più importanti fattori di rischio, l'insieme dei dati rilevati da fonte ISTAT o dall'indagine PASSI 2005 forniscono a livello regionale i seguenti elementi:

### *Alcool*

Persone di 14 anni e più per consumo di vino e birra almeno qualche volta nell'anno, regione Anno 2001 <i>(per 100 persone della stessa zona),</i>								
TERRITORIO	Consuma vino	Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno	Consuma 1-2 bicchieri di vino al giorno	Consuma vino più raramente	Consuma birra	Consuma birra tutti i giorni	Consuma birra più raramente	Consuma birra solo stagionalmente
Sicilia	48,6	2,4	19,1	22,2	45,1	4,4	19,2	21,5
<b>Italia</b>	<b>59,6</b>	<b>5,3</b>	<b>27,0</b>	<b>24,3</b>	<b>48,4</b>	<b>5,4</b>	<b>26,9</b>	<b>16,0</b>

I dati ISTAT relativi all'anno 2001 confermano una minore tendenza al consumo di bevande alcoliche (vino e birra) nella popolazione generale rispetto al dato medio nazionale ed in tal senso l'insieme delle fonti consultate (insieme all'indagine PASSI 2005) depone per un minore interessamento della regione circa l'abuso di alcool in generale. Il consumo di alcolici si denota nella regione come un fatto più occasionale che abituale. La Sicilia ad esempio è la prima regione per prevalenza di persone che non consumano alcolici fuori pasto.

Altro dato interessante riguardo ai comportamenti a rischio legati all'uso di bevande alcoliche deriva dai dati provenienti dallo Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Tra i risultati più significativi dell'indagine emerge come, nell'arco del biennio 2001-2002 si evidenzia una tendenza all'aumento della popolazione che si espone a comportamenti a rischio, specie nei maschi sia per i consumi occasionali che per gli eccessi episodici. La percentuale di soggetti maschi che dichiara di non essersi mai ubriacato scende infatti dal 67,7% circa all'età di 15 anni al 37,8 a 19 anni di età nel 2001 ed al 28,9% nel 2002 (V. Figura) , mentre tale andamento è meno evidente tra le donne (dal 66,8 a 15 anni al 59,8 e a 19 anni nel 2001 e dal 71,7% a 15 anni al 57,7% a 19 anni nel 2002).



Riguardo agli altri principali fattori di rischio i dati dello studio PASSI 2005 rilevano quanto segue:

**Iperensione:** Nelle 9 AUSL siciliane il 23% del campione riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni. Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.

**Colesterolemia:** il 23% del campione siciliano dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.

**Sedentarietà:** Il 33% del campione regionale è completamente sedentario; tale percentuale è superiore a quella rilevata nello stesso periodo nel restante campione delle nazionale (23%). I completamente sedentari sono prevalentemente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.

**Fumo:** Nelle AUSL della Sicilia i fumatori sono il 27%, in linea con quanto rilevato nello stesso periodo nel campione nazionale. L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini (32%) che tra le



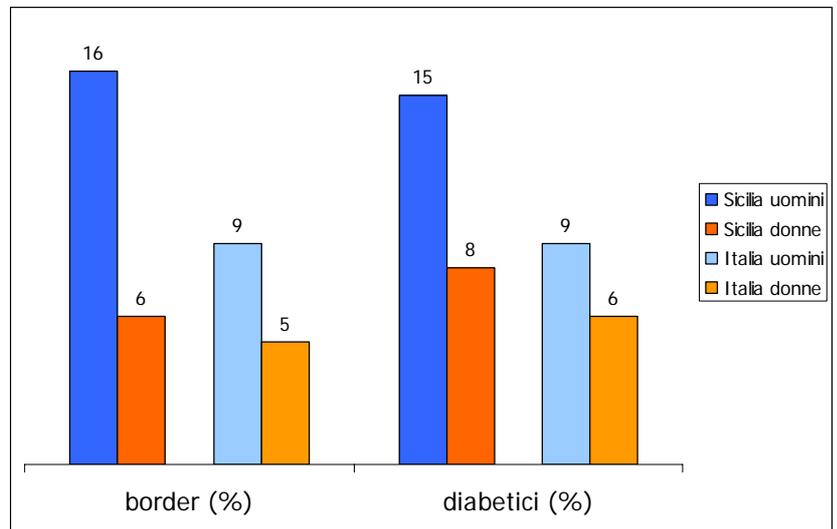
Regione Siciliana

donne (23%) contrariamente a quanto rilevato tra le persone che non hanno mai fumato in cui prevalgono le donne (67%).

**Sovrappeso:** Nelle AUSL della regione Sicilia il 47% degli intervistati è in eccesso ponderale (il 33% sovrappeso ed l'14% obeso) e tale valore è leggermente superiore al campione del resto delle AUSL italiane. .

**Glicemia:** Secondo i dati dell' Atlante italiano malattie Cardiovascolari; Ital Heart j vol 4 2003;In Sicilia Il 15% degli uomini e l'8% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 16% degli uomini e il 6% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl. Tali valori sono notevolmente più alti di quelli nazionali dove soltanto il 9% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico mentre il 9% degli uomini e il 5% delle donne è in una condizione di rischio.

	Sicilia	Italia
	Glicemia (mg/dl)	Glicemia (mg/dl)
	102 ± 23	93 ± 27
	96 ± 25	87 ± 26





Complessivamente i dati dello studio PASSI vengono riassunti come segue

<b>Attività fisica</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico	32,5	42,4
popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>	32,9	23,3
<sup>^</sup> 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni		
<sup>^^</sup> chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana		
<sup>^^</sup> consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione		

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
fumatori*	27,0	26,5
uomini	32,3	31,5
donne	22,8	21,7
* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.		
**più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi		
***meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano		

<b>Abitudini alimentari</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	89,5	90,8
<sup>^</sup> mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura		

<b>Consumo di alcol</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup>	52,4	63,8
bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>	6,2	12,4
bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>	4,3	8,0
forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>	4,5	5,5
chiesto dal medico sul consumo	10,1	14,4
<sup>◇</sup> una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore		
<sup>◇◇</sup> in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana		
<sup>◇◇◇</sup> nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione		
<sup>◇◇◇◇</sup> più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne		



Regione Siciliana

<b>Sicurezza stradale</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
cintura anteriore sempre	70,7	83,0
cintura posteriore sempre	8,4	19,7
casco sempre <sup>o</sup>	78,1	88,1
guida in stato di ebbrezza <sup>oo</sup>	4,7	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza <sup>ooo</sup>	5,1	12,0

<sup>o</sup> calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

<sup>oo</sup> aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

<sup>ooo</sup> nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

<b>Vaccinazione antinfluenzale</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
vaccinati 18-69 anni	16,9	15,3
vaccinati $\geq 65$	43,8	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	36,0	27,9

<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
vaccinate	17,8	30,6
hanno eseguito rubeotest*	36,2	40,6
Immune**	39,6	52,6

\* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano

\*\* % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo, calcolata su tutte le donne 18-45 anni

<b>Ipertensione arteriosa</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	78,6	81,4
Ipertesi*	22,6	22,6

\* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

<b>Colesterolemia</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
misurazione colesterolo almeno una volta	73,4	79,3
Ipercolesterolemici <sup>^</sup>	23,3	24,7

<sup>^</sup> sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

<b>Situazione nutrizionale</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
popolazione con eccesso ponderale	47,0	43,6
<i>sovrappeso</i>	33,3	32,5
<i>obeso</i>	14,0	10,8



Regione Siciliana

<b>Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
popolazione cui è stato calcolato il punteggio <sup>o</sup>	16,9	9,0

<sup>o</sup>coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

<b>Screening neoplasia del collo dell'utero<sup>^</sup> (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito almeno un pap test	60,6	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	50,6	69,7
viene consigliato pap test periodico	56,9	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'AUSL	28,8	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'AUSL</i>	8,4	24,6
<i>consiglio medico</i>	38,0	30,6
<i>propria iniziativa</i>	52,9	43,6

<sup>^</sup>eseguito a scopo preventivo

<b>Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) <sup>◇,◇◇</sup></b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguita almeno una mammografia	56,2	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	31,1	56,7
viene consigliata mammografia periodica	51,7	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'AUSL	23,5	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'AUSL</i>	6,7	38,7
<i>consiglio medico</i>	40,6	28,6
<i>propria iniziativa</i>	51,1	32,0

◇ valori AUSL partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

<b>Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)<sup>#</sup></b>	<b>Stima Regione (%)</b>	<b>AUSL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	6,4	14,0
eseguito negli ultimi due anni	1,9	8,3

<sup>#</sup>eseguita a scopo preventivo



Regione Siciliana

## Conclusioni

In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie, ed in particolare i disturbi circolatori dell'encefalo, è più elevata che nel resto del paese. Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete (specie nel sesso femminile) e i traumatismi ed incidenti stradali (nelle fasce di età più giovani).

Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza di ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio. La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per il tumore della mammella.

Già precedenti indagini avevano rilevato la necessità di intervento nel contrasto di alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo tra le priorità sanitarie della regione. I dati ISTAT e quelli rilevati dallo studio PASSI confermano che in Sicilia esistono ancora ampi margini di intervento nel contrasto di fattori di rischio quali sedentarietà e obesità che assumono particolare rilievo specie a carico delle età avanzate.

Nonostante la frequenza dell'abitudine al fumo sembra essersi ridotta, rispetto a quanto rilevato da simili indagini nel passato, ancora carente risulta l'adesione ai divieti in ambito lavorativo. Inadeguato appare il rispetto delle prescrizioni sull'uso dei dispositivi di sicurezza stradale.

Fortemente carente è il ricorso alla diagnosi precoce oncologica, conseguente alla mancanza di organica e completa attuazione di programmi sul territorio. Particolare rilevanza a tal fine possono assumere le differenze evidenziate riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica.

Per questo motivo hanno suggerito di intensificare le strategie di intervento in fase di programmazione in tutta la Regione attraverso il Piano Regionale della Prevenzione. Al fine di migliorare l'efficacia dei programmi di prevenzione è opportuno indirizzare gli interventi su fasce di popolazione maggiormente a rischio individuate sulla base delle differenze rilevate dall'indagine riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica.

E' in corso di attivazione in tutta la Regione inoltre il sistema di Sorveglianza sugli stili di vita e l'adesione ai programmi di sanità pubblica.



## 8. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI

---

Per il triennio 2007/2009 occorre intervenire sul sistema sanitario regionale siciliano attraverso misure di contenimento della spesa, che non si limitino al mero contenimento dei costi ordinari di gestione, seppur attraverso vincoli prioritariamente programmati, ma incidano sulla struttura complessiva e sulle dinamiche di crescita del sistema stesso.

Tale strategia, per altro, è resa obbligatoria dal nuovo Patto Nazionale sulla Salute, siglato il 28 settembre 2006, che intende operare per il superamento degli attuali elementi di criticità presenti nel Sistema Sanitario Nazionale, quali *“...l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari di alcune Regioni per usufruire di cure adeguate...”*

Per le risorse destinate al Piano di risanamento e i vincoli di finanza pubblica si è fatto riferimento anche alle disposizioni della Legge 296/06, Finanziaria 2007, che definisce le misure e i percorsi già individuati nel suddetto Patto per la Salute.

In particolare, nel presente piano sono stati individuati taluni obiettivi, che si ritengono prioritari e fondamentali per la crescita dei livelli qualitativi di assistenza, pur nella garanzia dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale, nonché delle necessarie linee di intervento a livello regionale e locale per il conseguimento degli stessi.

Gli obiettivi sanitari regionali individuati come prioritari e fondamentali per il triennio 2007/2009 sono:

- A. Il contenimento e la riduzione della spesa per assistenza farmaceutica convenzionata;**
- B. Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, la riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base;**
- C. La riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, con la riduzione dell'attività ad alto rischio di inappropriatezza e con il minor ricorso alla mobilità interregionale;**
- D. Altre misure di contenimento dei costi;**
- E. Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale;**
- F. Implementazione del progetto tessera sanitaria;**
- G. Rafforzamento della struttura amministrativa regionale.**
- H. Programmi di Sviluppo del sistema Sanitario Regionale**

Gli obiettivi sopra individuati potranno consentire alla Regione Siciliana di intervenire sui meccanismi che hanno influenzato finora la spesa sanitaria, modificando, attraverso lo spostamento dei finanziamenti destinati alle diverse forme di assistenza, anche la struttura del



Regione Siciliana

sistema sanitario regionale.

A loro volta gli interventi sul sistema consentiranno economie di gestione, sia in forma diretta, come nel caso di interventi operativi che riguardano misure di contenimento specifiche (quali quelli sulla spesa farmaceutica convenzionata) o previo l' incremento dei ricavi delle aziende ( quali l'introduzione dei ticket), sia in forma indiretta, come nel caso di interventi di modifica del sistema di attribuzione delle risorse ( quali quelli relativi alla rete ospedaliera o agli abbattimenti delle inapproprietezze), che interagiscono sui costi correlati, seppure in un periodo di medio termine e in misura proporzionale.

Tutte le misure del presente Piano saranno introdotte con criteri di equilibrio tra le Aziende presenti, le attività erogate e la complessità delle medesime Aziende.

Molte delle manovre previste dal presente Piano sono già state adottate e pertanto si sono già prodotti gli effetti economici conseguenti.

I Provvedimenti adottati sono elencati nella seguente Tabella e per la loro analitica valutazione si rimanda alle specifiche sezioni del presente Piano, così come risulta dalle singole schede degli obiettivi operativi:

PROVVEDIMENTI	OBIETTIVI
Decreto Assessoriale n.01580 del 26/07/2007	Adeguamento tariffe DRG al DM 12/9/2006
Decreto Assessoriale n. 449/2007	Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto di categorie terapeutiche che contemplano almeno un generico
Accordo Regionale in vigore per il 2007 per la distribuzione diretta dei farmaci per la cura dell'infertilità	Incremento della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT
Decreto Assessoriale n. 259/2007 così come modificato dal Decreto Assessoriale n. 443/2007	
Legge Regionale 2 maggio 2007 n. 12 art. 9	Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo ed impatto sulla spesa e monitoraggio dei flussi prescrittivi con verifica dei consumi medi regionali sulla base del sistema di monitoraggio previsto per la verifica dei LEA
Decreto Assessoriale n. 01466 del 12/07/2007	
Legge Regionale 2 maggio 2007 n. 12 art. 9	Individuazione di prezzo di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria A02BC - inibitori di pompa protonica
Decreto Assessoriale n. 859 del 17 maggio 2007	
Circolare Assessoriale n. 1206 del 19/01/2007	Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali
Decreto Assessoriale n.259 del 28/02/2007 così come modificato dal Decreto Assessoriale n.443 del 21/03/2007	Applicazione dell'ulteriore quota fissa per ricetta e/o confezione ai sensi del punto 4.18 del Patto per la Salute del 28 settembre 2006
Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (legge finanziaria nazionale 2007)	Quota di compartecipazione relativa a prestazioni specialistiche ambulatoriali calcolata sul n° delle prestazioni totali( abbattute del 75% pari agli esenti) per il periodo di vigenza, in rapporto al numero medio delle prestazioni per ricetta (n.6), per 10 euro
Legge 17 maggio 2007 n. 64	



Regione Siciliana

Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (legge finanziaria nazionale 2007)	Pagamenti per intero, a decorrere dal 01/01/2007 delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a visite, esami diagnostici e di laboratorio
Decreto Assessoriale del 25/07/2006 n. 8410	Recepimento del D.M. 04/05/2006 - Revisione dei tetti di spesa mensili per soggetti malati di celiachia
Legge 27 dicembre 2006 n. 296 art. 1 comma 796 lettera p (legge finanziaria nazionale 2007)	Quota fissa di compartecipazione, pari a 25 euro, per accessi al Pronto Soccorso - codice bianco
Circolare Assessoriale 13 febbraio 2007 n. 436	Blocco del turn-over del personale nella misura del 90% per il personale delle aree professionale, tecnica ed amministrativa e nella misura del 75% per il personale dell'area sanitaria
Decreto Assessoriale n. 32 del 18/01/2007	Istituzione della Commissione per l'Osservatorio Regionale prezzi dispositivi medici e farmaci
Seduta del 30/01/2007 della Commissione regionale Osservatorio prezzi	Selezione n. 6 classi di dispositivi medici e delle specialità medicinali tra quelli di più alto costo ed i principi di classe A da monitorare nella prima fase
Seduta del 06/04/2007 della Commissione regionale Osservatorio prezzi	Studio ed integrazione della classifica nazionale per le prime 6 classi di dispositivi medici
Nota prot. N.637 del 7 febbraio 2007	Produzione dei dati relativi alle 6 classi di dispositivi medici prescelte
Nota prot. N.637 del 7 febbraio 2008	Produzione dei dati relativi ai principi attivi di classe A
Legge Regionale 8 febbraio 2007 n. 2 (legge finanziaria regionale 2007) art. 24 comma 29	Procedura di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi
Circolare Assessoriale 11 gennaio 2007 n.1204	
Circolare Assessoriale 16 maggio 2007 n.1212	
Decreto Assessoriale 19 giugno 2007 n. 1290	
Circolare Assessoriale 16 maggio 2007 n.1212	Riduzione dei costi per l'acquisto dei beni non aggiudicati attraverso qualsiasi forma di gara nel triennio 2007/2009 (ad eccezione dei prodotti farmaceutici)
Circolare Assessoriale 11 maggio 2007 n. 1882	Contenimento della spesa energetica
Richiesta di adesione a programma di interventi prot. N. 264 dell' 8 febbraio 2007 all'Assessorato Regionale all'Industria	
Decreto Interassessoriale 26 aprile 2007 n. 668	

Per le misure di contenimento della spesa inerenti le prestazioni sanitarie rese da privato convenzionato, verranno definiti specifici aggregati di spesa, rimodulando quelli già esistenti sia per l'assistenza specialistica territoriale, che per l'assistenza ospedaliera, e istituendone altri quali quelli per:

- i MMG e PLS;
- la Guardia Medica;



Regione Siciliana

- l'ADI;
- l'assistenza protesica;
- l'assistenza integrativa;
- l'assistenza riabilitativa;
- l'assistenza idrotermale.

La realizzazione degli obiettivi sopra indicati comporterà specifiche misure operative di contenimento della spesa sanitaria, in analitico individuate ed analizzate nelle successive sezioni del presente Piano.

La realizzazione delle misure operative sarà strettamente connessa agli obiettivi già assegnati in sede di Negoziazione 2007 ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, in base ai quali i medesimi saranno valutati sia ai fini della corresponsione del premio di produttività, che per la permanenza nell'incarico assegnato.

**9. Tabella Obiettivi generali, specifici e operativi**

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI
<b>A-</b> Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	<b>A.1</b> – Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata	<b>A.1.1</b> – Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto di categorie terapeutiche che contemplano almeno un generico
		<b>A.1.2</b> – Incremento della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT
		<b>A.1.3</b> – Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo ed impatto sulla spesa e monitoraggio dei flussi prescrittivi con verifica dei consumi medi regionali sulla base del sistema di monitoraggio previsto per la verifica dei LEA.
		<b>A.1.4</b> – Introduzione 1° ciclo di terapia di farmaci post-ricovero a cura delle strutture ospedaliere
		<b>A.1.5</b> – Individuazione di prezzo di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria A02BC – inibitori di pompa protonica
		<b>A.1.6</b> – Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali
		<b>A.1.7</b> – Applicazione dell'ulteriore quota fissa per ricetta e/o confezione ai sensi del punto 4.18 del Patto per la salute del 28 settembre 2006
<b>B</b> – Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	<b>B.1</b> – Assistenza specialistica	<b>B.1.1</b> – Governo delle prescrizioni diagnostiche mediante la definizione di piani assistenziali per malati cronici
		<b>B.1.2</b> – Incremento dell'assistenza specialistica pubblica per l'abbattimento delle liste d'attesa e potenziamento dell'attività ambulatoriale derivante dalla riduzione dei ricoveri, nella misura pari al 10% del valore di cui al seguente punto B.1.3
		<b>B.1.3</b> – Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla specialistica convenzionata e dei relativi budget su base provinciale e per branca specialistica, con riduzione media del 10%, 11% e 12% nel triennio 2007/2009 rispetto a quelli dell'anno 2006, in base alle disposizioni della finanziaria nazionale e alle misure aggiuntive individuate dalla Regione
		<b>B.1.4</b> – Quota di compartecipazione , prevista dalla Legge 296/2006 art.1 comma 796 lett.p) per come modificata dalla L. 17/5/2007 n.64 art.1 bis
		<b>B.1.5</b> –
		<b>B.1.6</b> – Applicazione direttive regionali in materia di accreditamento e attivazione rete laboratoristica
		<b>B.1.7</b> – Pagamenti per intero, a decorrere dall'1/1/2007, delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a visite, esami diagnostici e di laboratorio
		<b>B.1.8</b> – Recepimento DM 12/09/2006
	<b>B.2</b> – Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa	<b>B.2.1</b> – Incremento dell'attività delle strutture di assistenza territoriale pubblica residenziali, in particolari zone del territorio, del 10% nel triennio, , con effetto dal secondo semestre 2007
		<b>B.2.2</b> – Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale residenziale erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007



OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI	
		<b>B.2.3</b> – Riduzione dell'5% dei costi per l'assistenza territoriale di riabilitazione ex art.26 l. 833/78, erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007	
		<b>B.2.4</b> Sistema Multidimensionale per l'ammissione a prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti	
	<b>B.3</b> – Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale	<b>B.3.1</b> – Riduzione del 5% dell'incremento regionale delle tariffe su elenco 1-D.M. 332/99 per l'assistenza protesica.	
		<b>B.3.2</b> – Revisione della distribuzione gratuita e dei costi attuali dei presidi ed ausili sanitari	
		<b>B.3.3</b> – Recepimento del DM 4/5/2006 -- Revisione dei tetti di spesa mensili per soggetti Celiaci	
		<b>B.3.4</b> – Incremento dell'assistenza domiciliare integrata del 5% per il periodo 2007-2009, con effetto dal secondo semestre 2007	
	<b>B.4</b> - Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	<b>B.4.1</b> – Quota fissa di compartecipazione, pari a euro 25 per accessi al Pronto Soccorso codice bianco	
		<b>B.4.2</b> – Revisione convenzione per i servizi di emergenza con la CRI e riduzione minima del 3% del relativo importo	
		<b>B.4.3</b> - Compartecipazione per l'utenza extra-regionale per gli accessi alle Guardie Mediche turistiche	
		<b>B.4.4</b> – Rimodulazione in base ai dati di produttività ed alla allocazione geografica dei presidi di continuità assistenziale, con effetto dal 01/10/2007	
		<b>B.4.5</b> – Riduzione a partire dall'anno 2008 di numero 30 ambulanze, con utilizzazione del personale autista-soccorritore, previa riqualificazione, a supporto delle esigenze delle aree di emergenza e Pronto Soccorso Ospedaliero	
	<b>C</b> – Riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell'attività ad alto rischio di inappropriatezza e il minor ricorso alla mobilità interregionale	<b>C.1</b> – Revisione della rete ospedaliera	<b>C.1.1</b> – Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla ospedalità convenzionata con riduzione nel periodo 2007/2009 del 2, 3 e 4%
			<b>C.1.2</b> – Applicazione delle direttive regionali in materia di accreditamento
			<b>C.1.3</b> – Revisione dei Protocolli d'intesa e definizione degli atti aziendali dei Policlinici universitari
<b>C.1.4</b> – Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 682/700/756			
<b>C.1.5</b> – Riduzione per la ospedalità convenzionata dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 100/150/185			
<b>C.1.6</b> – Adozione del Dm 12/09/2006			
<b>C.2</b> – Riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriatezza		<b>C.2.1</b> – Riduzione per la ospedalità convenzionata dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati	
		<b>C.2.2</b> – Riduzione per le strutture a gestione sperimentale dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati	



Regione Siciliana

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI
		<b>C.2.3</b> – Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati
	<b>C.3</b> – Riduzione della mobilità sanitaria	<b>C.3.1</b> – Riduzione della mobilità passiva extraregionale e definizione di un'intesa regione Calabria/Sicilia per la mobilità frontaliera.
	<b>C.4</b> Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime	<b>C.4.1</b> Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime
	<b>C.5</b> Riduzione del numero delle aziende ospedaliere	<b>C.5.1</b> Riduzione del numero delle aziende ospedaliere
<b>D</b> – Altre misure di contenimento dei costi	<b>D.1</b> – Interventi sul costo del personale e costi assimilati	<b>D.1.1</b> -- Riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici, nella misura non inferiore al 5% a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell'assetto ospedaliero
		<b>D.1.2</b> – Blocco del turn-over del personale nella misura del 90% per il personale delle aree professionale, tecnica e amministrativa e nella misura del 75% per il personale dell'area sanitaria
		<b>D.1.3</b> – Riduzione del 50% dei corrispettivi erogati a titolo di incentivo al personale medico ed infermieristico del servizio 118
		<b>D.1.4</b> – Riduzione del 5% dei fondi destinati all'erogazione delle attività accessorie (particolari situazioni di disagio, straordinario, incentivazione e risultato)
		<b>D.1.5</b> – Preventiva autorizzazione alle aziende sanitarie per l'istituzione di nuove unità operative
		<b>D.1.6</b> – Revisione delle modalità di applicazione degli istituti contrattuali posti in essere da parte delle aziende sanitarie
		<b>D.1.7</b> – Altre misure di variazione della spesa in materia di personale derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate
	<b>D.2</b> – Interventi sui costi dei beni e servizi	<b>D.2.1</b> – Osservatorio regionale prezzi
		<b>D.2.2</b> – Procedure di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi
		<b>D.2.3</b> – Esame e contenimento dei costi per noleggi e leasing, fatti salvi quelli strettamente necessari per l'erogazione dell'assistenza sanitaria
		<b>D.2.4</b> – Riduzione, nella misura del 10%, in ragione di anno, per le annualità 2008 e 2009, dei costi per formazione professionale
		<b>D.2.5</b> – Riduzione dei costi per l'acquisto dei beni non aggiudicati tramite gara consorziata nel triennio 2007/2009 (ad eccezione dei prodotti farmaceutici)
		<b>D.2.6</b> -- Contenimento della spesa energetica
		<b>D.2.7</b> -- Riduzione degli investimenti programmati con risorse proprie delle aziende del 10% per ciascun anno nel triennio 2007/2009
		<b>D.2.8</b> – Altre misure di variazione della spesa in materia di beni e servizi derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate



Regione Siciliana

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI
		<b>D.2.9</b> -- Sviluppo di un sistema di benchmarking degli acquisti in sanità
<b>E</b> – Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	<b>E.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%	<b>E.1.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%
	<b>E.2</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%	<b>E.2.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%
	<b>E.3</b> - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – settore pubblico	<b>E.3.1</b> - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico
	<b>E.4</b> - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private	<b>E.4.1</b> - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private
	<b>E.5</b> - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004	<b>E.5.1</b> - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004
<b>F</b> – Implementazione del progetto tessera sanitaria	<b>F.1</b> - Monitoraggio della spesa sanitaria tramite flussi informativi da Portale Sistema TS	<b>F.1.1</b> -- Rispetto degli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché dall'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della stessa norma <b>F.1.2</b> -- Definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate, <b>F.1.3</b> – Avvio della “fase a regime” del Sistema Tessera sanitaria
<b>G</b> - Potenziamento della struttura amministrativa regionale	<b>G.1</b> Adempimenti correlati all'attuazione del Piano di Contenimento e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale nel periodo anni 2007/2009 e all'implementazione di corrette procedure contabili	<b>G.1.1</b> Ampliamento armonizzazione dei flussi informativi di attività e dei costi delle Aziende Sanitarie <b>G.1.2</b> Potenziamento delle risorse tecniche ed informatiche finalizzate a ridurre i tempi tecnici di acquisizione dei dati e alla loro successiva elaborazione <b>G.1.3</b> Istituzione di una struttura organizzativa per il monitoraggio e la valutazione degli adempimenti previsti dal Piano e del conseguimento dei correlati obiettivi in base all'andamento gestionale delle Aziende Sanitarie <b>G.1.4</b> Procedura di controllo dei budget degli erogatori privati e miglioramento flussi informativi
<b>H</b> – Programmi di sviluppo SSR	<b>H.1</b> - Interventi a sostegno del SSR	<b>H.1.1</b> Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie <b>H.1.2</b> Sviluppo e qualificazione dell'assistenza primaria <b>H.1.3</b> Rete della continuità assistenziale <b>H.1.4</b> Miglioramento e riqualificazione del sistema emergenza-urgenza (S.U.E.S. 118) <b>H.1.5</b> Modelli innovativi per un'assistenza integrata - UTAP <b>H.1.6</b> Attivazione del dipartimento socio sanitario <b>H.1.7</b> Salute della donna <b>H.1.8</b> Screening neonatale allargato <b>H.1.9</b> Salute del neonato <b>H.1.10</b> Formazione permanente <b>H.1.11</b> Formazione ed educazione alla salute <b>H.1.12</b> Costituzione di network per la diagnosi precoce



Regione Siciliana

<b>OBIETTIVI GENERALI</b>	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>
		ed il trattamento di malattie ad alto impatto socio-sanitario. <b>H.1.13</b> Risk management <b>H.1.14</b> Implementazione di un sistema per il monitoraggio delle compatibilità di sistema <b>H.1.15</b> C.U.P. <b>H.1.16</b> Ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali <b>H.1.17</b> Potenziamento aree critiche <b>H.1.18</b> Piano regionale della prevenzione <b>H.1.19</b> Rete civica dell'assistenza



## 10. – “A” – Contenimento e riduzione della spesa per assistenza farmaceutica convenzionata

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI
A- Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	A.1 – Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata	A.1.1 – Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto di categorie terapeutiche che contemplano almeno un generico
		A.1.2 – Incremento della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT
		A.1.3 – Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo ed impatto sulla spesa e monitoraggio dei flussi prescrittivi con verifica dei consumi medi regionali sulla base del sistema di monitoraggio previsto per la verifica dei LEA
		A.1.4 – Introduzione 1° ciclo di terapia di farmaci post-ricovero a cura delle strutture ospedaliere
		A.1.5 – Individuazione di prezzo di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria A02BC – inibitori di pompa protonica
		A.1.6 – Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali
		A.1.7 – Applicazione dell’ulteriore quota fissa per ricetta e/o confezione ai sensi del punto 4.18 del Patto per la salute del 28 settembre 2006

Il costo dell’assistenza farmaceutica convenzionata si è attestato nell’anno 2006 ad un valore di € **1.313.353.000** nettamente al di sopra del 13% del fabbisogno regionale, determinato in sede di riparto nazionale nella misura di € **958.594.130**.

All’incremento della spesa in valori economici, corrisponde un analogo aumento delle ricette, anch’esso superiore alla media nazionale, dovuto in parte all’ampliamento della fascia di utenti totalmente esenti effettuata ad agosto 2005, che ha prodotto un aumento significativo della spesa già a decorrere del secondo semestre dello stesso anno.

Le motivazioni per un incremento così marcato della spesa farmaceutica convenzionata nell’ esercizio 2006 sono soprattutto da ricercarsi:

- nella cessazione della riduzione temporanea dei prezzi di taluni principi attivi operata nel corso dell’anno 2004 dall’AIFA
- nell’adozione da parte da parte dell’AIFA di nuove misure di ripiano, rivelatesi meno efficaci rispetto a quelle in vigore negli stessi mesi di riferimento dell’anno precedente
- nel forte incremento dei consumi conseguente alla politica di marketing adottato dalle aziende farmaceutiche per contrastare le riduzioni di prezzo imposte, che si ripercuote proporzionalmente sull’andamento della spesa
- nell’inserimento da parte dell’AIFA di nuovi principi attivi a carico del SSN, più costosi ed orientamento dei consumi verso questi ultimi prodotti
- nella ridotta incidenza del ticket introdotto nel mese di agosto 2005 sui consumi, a causa dell’alta percentuale di esenti per reddito
- nella consistente incidenza sulla spesa complessiva di talune categorie di farmaci, quali gli inibitori della pompa acida (IPP) e le statine, i cui consumi si mantengono al di sopra della media nazionale

Le motivazioni sopra elencate hanno sicuramente inciso sull’aumento della spesa



Regione Siciliana

farmaceutica nell'anno 2006, ma, da sole, non rappresentano tutti i fattori di crescita della spesa che anche negli anni passati si è comunque attestata su valori nettamente superiori a quelli della media nazionale.

Occorre pertanto una strategia di interventi coordinati che consentano un'inversione di tendenza sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, con una riduzione dell'incidenza della stessa sull'intero fabbisogno sanitario regionale, nell'arco del triennio 2007/2009.

Tenuto conto che a fine anno 2006 l'incidenza della suddetta spesa si è attestata sul **17,70%** del FSR, si ritiene necessario di dovere ridurre drasticamente l'incidenza rispetto ai livelli attuali nel triennio 2007/2009.

### **A.1 MISURE OPERATIVE SULLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

Le misure da adottare per il contenimento della spesa sono classificabili in due macro aree: controllo dei consumi e riduzione dei costi.

La necessità, in via prioritaria, di riportare i consumi ai valori medi nazionali è dettata dal fatto che non vi sono dati epidemiologici tali da giustificare un maggior consumo per ciascuna categoria terapeutica; inoltre, si segnala che tutti gli interventi, nazionali e regionali, che hanno prodotto una mera riduzione dei costi hanno mantenuto la loro efficacia solo per breve periodo, inducendo invece un'intensa azione di marketing da parte dell'industria farmaceutica per recuperare la riduzione dei guadagni, con conseguente immediato aumento dei consumi.

Il controllo dei consumi può essere effettuato agendo in particolare:

- Attraverso una continua rilevazione dei dati quali-quantitativi delle prescrizioni, facilitata dall'attivazione rapida del sistema "Tessera sanitaria", e resa più fluida dalla compilazione informatica di tutte le prescrizioni, sarà possibile la verifica dei consumi medi regionali sulla base del sistema di monitoraggio previsto per la verifica dei LEA.

Gli interventi sul costo dei farmaci, producono in via diretta (come l'introduzione del ticket), ma anche in via indiretta, un'economia, con effetto calmierante sui consumi; tali interventi sono di seguito elencati:

- La monoprescrizione per i farmaci coperti da brevetto appartenenti a categorie terapeutiche che contemplano già almeno un generico (ad es. gli inibitori della pompa acida) al fine di indurre le prescrizioni per le terapie correlate verso quei farmaci i cui principi attivi sono presenti nelle c.d. "liste di trasparenza."
- L'ampliamento delle categorie di principi attivi inclusi nel PHT per i quali occorre implementare la distribuzione diretta da parte delle aziende territoriali
- L'erogazione obbligatoria del primo ciclo di terapia immediatamente successivo alle dimissioni dal ricovero ospedaliero da parte di tutte le strutture ospedaliere, nonché l'adozione di linee guida condivise dai medici prescrittori (medici di medicina generale ed ospedalieri) relative alle patologie che incidono maggiormente sulla spesa ispirate a principi di farmaco-economia.
- L'individuazione del prezzo di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria A02BC-inibitori di pompa protonica- con valorizzazione dello stesso all'importo più basso, registrato nella categoria.
- Gli effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali;
- Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo ed impatto sulla spesa.



Al fine di garantire l'integrale copertura del 40% del superamento della spesa farmaceutica territoriale registrato nell'anno 2005, ai sensi dell'art.1 comma 796, lettera 1 punto1), è stata introdotta con D.A. n. 229 del 28/2/2007 modificato con D.A. 443/07, a partire da aprile 2007 una compartecipazione, in via transitoria, alla spesa farmaceutica rapportata alla categoria dell'utente (con esclusione degli esenti totali) e al costo del farmaco, come meglio esplicitato nelle tabelle seguenti:

**Farmaci con costo al pubblico fino a € 25,00**

Tipologia assistito	Ticket attuale	Ulteriore quota	Totale
Esente totale	-----	-----	-----
Esente per patologia	€ 0,50	€ 1,00	€ 1,50
Non esente	€ 2,00	€ 2,00	€ 4,00

**Farmaci con costo al pubblico oltre € 25,01**

Tipologia assistito	Ticket attuale	Ulteriore quota	Totale
Esente totale	-----	-----	-----
Esente per patologia	€ 0,50	€ 1,50	€ 2,00
Non esente	€ 2,00	€ 2,50	€ 4,50

**Tabella riepilogativa delle quote di compartecipazione**

Tipologia assistito	Farmaci fino a € 25,00	Farmaci oltre € 25,01
Esente totale	-----	-----
Esente per patologia	€ 1,50	€ 2,00
Non esente	€ 4,00	€ 4,50

Esente totale\* : utenti appartenenti alle categorie di cui all'allegato 3 della circolare assessoriale n. 1157/05 e successive modifiche, che prevedono l'esenzione totale per le prestazioni farmaceutiche

Si rappresenta che le percentuali delle categorie di esenti vengono in atto confermate alla luce degli aggiornamenti ricevuti al 31 Dicembre 2006 relativamente ai predetti flussi informativi, e si attestano sui seguenti valori:

- esenti totali 34,85%
- esenti per patologia 23,53%
- non esenti 41,62%.

L'importo della manovra (102 milioni circa) è stato stimato tenendo conto delle confezioni erogate a carico del SSN nel 2006 (92,7 milioni - dati SFERA) e dell'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata delle attuali categorie di utenti.

La misura avendo decorrenza dal mese di Aprile anno 2007 avrà nel medesimo esercizio un effetto pari a 9/12, e nell'anno 2008 per tre dodicesimi.

Anno 2007 = €. 76.500.000

Anno 2008 = €. 25.500.000

A partire dal mese di Aprile 2008 la manovra verrà modificata rispetto all'attuale metodologia con effetti economici previsti per l'anno 2008, ridotti percentualmente del 30% rispetto alla precedente a valere per il periodo Aprile/Dicembre, mentre per l'anno 2009 la riduzione percentuale rispetto alla manovra originaria si attesterà al 40% della medesima.

Gli effetti complessivi della manovra saranno, negli anni 2008 e 2009, i seguenti:  
 anno 2008: euro 25.500.000 (gennaio/marzo) + euro 45.900.000 (aprile/dicembre);  
 anno 2009: euro 61.200.000 (gennaio/dicembre)



**A.1.1.\_ MONOPRESCRIZIONE INIBITORI DI POMPA**

L'applicazione del limite massimo di un pezzo per ricetta per le prescrizioni dei farmaci inclusi nella categoria degli inibitori di pompa acida, è stata disposta con D.A. n.0449 del 22/03/07. La misura che ha iniziato a produrre effetti da aprile 2007, non applicandosi ai farmaci a brevetto scaduto presenti all'interno della categoria, intende favorire l'orientamento delle prescrizioni verso questi ultimi con conseguente contrazione del costo medio per ricetta e della spesa sostenuta dal SSN per la categoria di interesse.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** le economie attese sono state stimate sui consumi 2006 (fonte SFERA) e sono state determinate calcolando l'economia derivante dallo spostamento di almeno il 10% dei consumi verso i principi attivi con brevetto scaduto all'interno della categoria. Tale valore pari ad euro 5.400.000 su base annua è stato ripartito tra il 2007 e il 2008 per il periodo di efficacia della misura.

**A.1.2 \_DISTRIBUZIONE DIRETTA**

L'implementazione della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT da parte delle aziende sanitarie, con conseguente riduzione della spesa per l'acquisto di tali farmaci caratterizzati dall'alto costo, è supportata dallo specifico intervento legislativo regionale di cui all'art.11 della l.r. n.12/2007 e dal previsto decreto attuativo.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** le economie attese dall'implementazione della distribuzione diretta dei medicinali inclusi nel PHT sono state stimate sulla base dei dati di consumo 2005 (fonte SFERA) pari a euro 52.000.000 complessivi(vedi tabella), in misura del 10% per l'anno 2007, dal 30% al 50% per il 2008, e dal 50% al 70% per il 2009.

SPESA NETTA REGIME CONVENZIONALE DPR 371/98				
PH-T 2005 - Valore Prezzo al pubblico (€)	Sconti regime DPR 371/98 (€) (media stimata 14%)	Ticket (media stimata 1%)	(media	Valore netto SSR (€)
207.427.421	26.399.854	2.074.274		178.953.293
SPESA NETTA DISTRIBUZIONE DIRETTA				
PH-T 2005 - Valore Prezzo al pubblico (€)	Sconto Ditte farmaceutiche (media stimata 40%)	Costo Farmacisti	Valore netto SSR (€)	
207.427.421	82.970.968	2.170.000	126.626.453	
ECONOMIA DISTRIBUZIONE DIRETTA		Valore netto SSR regime convenzionale	Valore netto SSR distribuzione diretta	
		178.953.293	126.626.453	
<b>Economia 52.326.840</b>				



### A.1.3 INTERVENTI MIRATI ALL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (MONITORAGGIO FLUSSI PRESCRITTIVI INTERVENTI SU PARTICOLARI CLASSI DI FARMACI)

La misura è strettamente connessa alla messa a regime del sistema "Tessera sanitaria" e all'implementazione dei flussi dallo stesso sistema generati. La stessa si configura, unitamente all'intervento su particolari classi di farmaci ad elevato impatto in termini di spesa e di consumi disposto con l'art.9 della l.r. n.12/2007 e dai previsti decreti attuativi, quale azione "strutturale" mirata al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con conseguenti effetti di razionalizzazione della spesa.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** l'economia stimata è riferita alla implementazione del consumo dei farmaci equivalenti (generici e a brevetto scaduto) all'interno delle classi ATC C09AA (ACE inibitori non associati) e C10AA (statine) ed alla riduzione dei consumi all'interno delle classi C09CA e C09DA (sartani) per un valore pari complessivamente ad euro 36.997.264 su base annua, assumendo quale riferimento i consumi 2006 (fonte SFERA).

Considerato che la misura produce effetti dal mese di giugno 2007, con un'economia stimabile per tale anno in circa 20.000.000 di euro (vedi tabella seguente), si è ritenuto -in via prudenziale- stimare il 10% delle economie ottenibili per il 2007, dal 30% al 50% circa dell'importo annuo sopra determinato per il 2008 e dal 50% al 70% per il 2009 :

Classe Terapeutica	Consumo generici e brevetti scaduti in Sicilia anno 2006 (% n° confezioni sul totale classe)	Consumo atteso anno 2007 L.r.12/2007	Consumo atteso anno 2008 L.r.12/2007	Economie attese su base annua
A02BC Inibitori di pompa protonica	21,7%	50%	60%	(1) € 30.600.000
C09AA ACE inibitori non associati	21,6%	40%	40%	€ 4.663.745,75
C10AA Inibitori della HMG CoA reductasi	26,8%	50%	50%	(2) € 2.827.409,92
G04CA Antagonisti dei recettori alfa-adrenergici	73,5%	70%	70%	(3)
N06AB Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione	76,5%	60%	70%	(3)
N06AX Altri antidepressivi	7,2%	15%	15%	(3)
<b>SUB TOTALE</b>				<b>€ 7.491.155,67</b>
Classe Terapeutica	Consumo in Sicilia anno 2006 (% n° confezioni sul totale del gruppo C09)	Consumo atteso anno 2007 L.r.12/2007	Consumo atteso anno 2008 L.r.12/2007	Economie attese su base annua
C09CA C09DA Antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati	35,7%	20%	20%	€ 29.506.108,34
<b>TOTALE ECONOMIE ATTESE</b>				<b>(4) € 36.997.264,01</b>



**NOTE:**

- (1) L'impatto economico della misura è stato già stimato al punto A.1.5 e comprende l'effetto conseguente all'applicazione del prezzo di riferimento all'interno della classe.
- (2) L'economia stimata è riferita alla sola implementazione del consumo dei farmaci generici e a brevetto scaduto all'interno della classe. Va considerato che a partire dall'aprile 2007 la simvastatina ha perso il brevetto per cui a tale economia va ad aggiungersi l'effetto derivante dalla scadenza della copertura brevettuale della stessa già stimato nel piano di rientro nella specifica voce riferita alla scadenza dei brevetti.
- (3) La l.r. n. 12/2007 si pone l'obiettivo primario di mantenere in tale classe gli attuali livelli di consumo di generici e brevetti scaduti al fine di contrastare il c.d. effetto mix ovvero l'orientamento delle prescrizioni verso i farmaci a più alto costo conseguente all'ingresso di ulteriori generici e/o brevetti scaduti.
- (4) Per il 2007, considerato che la manovra, con specifico riferimento alle classi sopra specificate produrrà i suoi effetti da giugno 2007, l'economia attesa per tale anno è stimabile in circa **20 milioni di euro**.

**A.1.4 \_PRIMO CICLO TERAPEUTICO**

L'erogazione del primo ciclo terapeutico post-dimissione da parte delle aziende ospedaliere rappresenta, nel breve termine, uno degli obiettivi prioritari della Regione con effetti gradualmente crescenti sul contenimento della spesa in misura direttamente proporzionale all'estensione di tale modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica a tutti i presidi ospedalieri dell'isola.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** l'economia ottenibile da tale modalità di erogazione è stata stimata sulla base del costo medio per confezione pari a euro 15,00 (dati SFERA) per il 5% dei ricoveri dell'anno 2005 (circa 1.300.000) per l'anno 2007, dal 30% al 50% per il 2008, e dal 50% al 70% per il 2009.

**A.1.5 \_PREZZO DI RIMBORSO DI RIFERIMENTO INIBITORI DI POMPA**

L'applicazione del limite di rimborso di riferimento all'interno della categoria degli inibitori della pompa è stata disciplinata con D.A. n.859 del 17 maggio 2007, in attuazione di quanto disposto in materia dall'art.9 della l.r. 12/2007. Gli effetti sulla spesa derivanti da tale misura e determinatisi al momento dell'adozione del relativo provvedimento, saranno valutabili non appena i sistemi di rilevazione regionali in uso renderanno disponibili i dati di consumo del mese di giugno.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** la spesa per gli inibitori di pompa ha registrato nel 2006 in Sicilia un'incidenza sulla spesa complessiva pari al 10%,4 (fonte AIFA) per un valore pari ad euro 154.503.874. Con l'applicazione, all'interno della classe, di un prezzo massimo di rimborso nella misura di euro 0,90 per DDD, è stata stimata, sui consumi 2006, un'economia complessiva su base annua pari a circa euro 54.000.000.

Tale importo è stato rideterminato per mesi 7 con riferimento all'anno 2007 (per il periodo decorrente dall'entrata in vigore della misura) e su base annua per gli anni 2008 e 2009 incrementato, per ciascun anno, in misura proporzionale all'incremento tendenziale dei



consumi.

Le economie riportate per gli anni 2007 e 2008 tengono altresì conto degli effetti derivanti dall'intervento descritto al punto A.1.1.

#### **A.1.6 EFFETTI SCADENZA BREVETTI**

Nel presente piano sono stati stimati, sulla base dei consumi 2006, gli effetti, in termini economici, derivanti dalla scadenza dei brevetti di alcune specialità medicinali la cui scadenza è stata prevista nell'anno 2007. Tali effetti, conseguenti alla riduzione dei relativi prezzi, sono da ricondursi ad appositi interventi legislativi regionali (l.r. n.12/2007 e relativi decreti attuativi) su particolari classi di farmaci cui afferiscono le specialità medicinali considerate (es. simvastatina e doxazosina) che mirano a promuoverne l'impiego e ad evitare il c.d. "effetto mix" ovvero l'orientamento delle prescrizioni verso farmaci ad alto costo. Sulla base di quanto previsto dalla normativa regionale vigente si estenderà l'attività di monitoraggio anche ad altre classi cui afferiscono specialità medicinali in prossimità di scadenza brevettale nel periodo di vigenza del presente piano.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** E' da considerare che tali effetti pur se non derivanti da un apposito intervento della politica economica regionale, devono essere calcolati a riduzione del dato di spesa tendenziale con cui la regione dovrà confrontarsi

Nonostante, infatti, nel triennio considerato ricorre la scadenza dei brevetti di 23 molecole, nel calcolo qui effettuato sono state considerate solamente le preparazioni a base di simvastatina, acido alendronico, doxazosina e nitroglicerina che perdono la copertura brevettale nel corso dell'anno 2007 e figurano tra i primi 20 principi attivi a maggiore impatto sulla spesa nella Regione.

In via prudenziale, inoltre, l'economia derivante dalla scadenza dei brevetti relativi alle suddette molecole, è stata determinata considerando un abbattimento minimo del 20% del prezzo del farmaco *originator*, senza la variabile dell'effetto mix.

Sulla base, quindi, della spesa per tali farmaci registrata nell'anno 2006 è stata stimata un'economia complessiva di circa 9.000.000 di euro per ciascun anno del triennio considerato.

#### **A.1.7 SISTEMA DI COMPARTICIPAZIONE**

L'introduzione di un'ulteriore quota per confezione, disposta con D.A. n.259 del 28/2/2007, come modificato con D.A. n.443/2007, risponde agli obblighi di cui al punto 4.18 del Patto per la Salute del 28/09/2006 e dal comma 796 dell'art.1 della finanziaria del 2007.

Il sistema delle quote fisse di compartecipazione alle prescrizioni farmaceutiche sarà oggetto di rivalutazione come specificato in premessa nel presente piano.

**Impatto economico e metodo di calcolo:** vedi descrizione in premessa

Gli effetti economici derivanti dalle misure rappresentate per il triennio 2007/2009 sono riassunti nella tabella seguente, facendo presente che per ciò che riguarda le economie previste nelle misure dalla A 1.2, alla A 1.6, sono state ulteriormente ridotte, a fini prudenziali, per l'anno 2008 del 22% e per l'anno 2009 del 35% .

**11. SPESA FARMACEUTICA -- TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
<b>A.1.1</b>	Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto di categorie terapeutiche che contemplano almeno un generico		<b>X</b>	<b>-3.600.000</b>	<b>-1.800.000</b>	0	Adozione del Decreto Assessoriale n.449/2007 relativo all'applicazione di tale misura per la categoria A02BC -- inibitori di pompa protonica	Misura operativa nel periodo Aprile 2007/ Marzo '008
<b>A.1.2</b>	Incremento della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT		<b>X</b>	<b>-5.200.000</b>	<b>-12.168.000</b>	<b>-16.900.000</b>	Accordo Regionale in vigore per il 2007 per la distribuzione diretta dei farmaci per la cura dell'infertilità (sottoscritto a dicembre 2006) -- Decreto Assessoriale n.259 del 28/02/2007, così come modificato dal Decreto Assessoriale n.443/2007 del 21/3/2007 per la distribuzione diretta delle preparazioni a base di "fattore VIII" e "fattori di crescita leucocitari".	Individuazione entro il 30/09/2007 di ulteriori categorie a distribuzione diretta.
<b>A.1.3</b>	Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo ed impatto sulla spesa e monitoraggio dei flussi prescrittivi con verifica dei consumi medi regionali sulla base del sistema di monitoraggio previsto per la verifica dei LEA	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>-2.000.000</b>	<b>-8.658.000</b>	<b>-12.675.000</b>	<b>a)</b> Legge Regionale 2 maggio 2007 n.12, art. 9 <b>b)</b> Attivazione del sistema "Tessera Sanitaria"	<b>a)</b> adozione del D.A. n.1466 del 12/7/07 <b>b)</b> avvio del monitoraggio delle attività di erogazione delle prescrizioni tramite report del sistema TS entro il 31/12/07 -- attivazione a regime del sistema TS entro il 31/12/08



Regione Siciliana

<b>A.1.4</b>	– Introduzione 1° ciclo di terapia di farmaci post-ricovero a cura delle strutture ospedaliere		<b>X</b>	<b>-1.000.000</b>	<b>-4.586.000</b>	<b>-6.370.000</b>	Adozione del provvedimento di attuazione della misura	Entro il mese di ottobre 2007
<b>A.1.5</b>	Individuazione di prezzo di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria A02BC – inibitori di pompa protonica		<b>X</b>	<b>-26.000.000</b>	<b>-40.716.000</b>	<b>-35.100.000</b>	Legge Regionale 2 maggio 2007 n.12, art. 9 -- Decreto Assessoriale n.859 del 17 maggio 2007	Provvedimento in vigore dal 19 maggio 2007 con impatto operativo stimato nell'anno per mesi n.7
<b>A.1.6</b>	Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali		<b>X</b>	<b>-9.000.000</b>	<b>-7.020.000</b>	<b>-5.850.000</b>	Le procedure previste sono quelle del recepimento automatico (entro 24h) delle liste di trasparenza ministeriali, istituito con Circolare Assessoriale n.1206 del 19/01/2007	le decorrenze sono quelle già previste a livello nazionale
<b>A.1.7</b>	Applicazione dell'ulteriore quota fissa per ricetta e/o confezione ai sensi del punto 4.18 del Patto per la salute del 28 settembre 2006		<b>X</b>	<b>-76.500.000</b>	<b>-71.400.000</b>	<b>-61.200.000</b>	<b>1)</b> Decreto Assessoriale n.259 del 28/02/2007, così come modificato dal Decreto Assessoriale n.443/2007 del 21/3/2007, provvedimento di efficacia Aprile 2007/Marzo 2008; <b>2)</b> Decreti Assessoriali per la manovra a valere per i periodi Aprile/Dicembre 2008 e anno 2009	Decreti Assessoriali da adottare rispettivamente entro il 28/02/2008 ed il 28/02/2009
<b>TOTALI</b>				<b>-123.300.000</b>	<b>-146.348.000</b>	<b>-138.095.000</b>		

**A.1.2 – A decorrere dall'1.01.2008 cessa con la sottoscrizione del presente Piano la distribuzione in nome e per conto dei farmaci inclusi nel PHT, che verranno distribuiti direttamente dalle aziende sanitarie.**

**\*A. 1.7 – tale misura sarà oggetto di valorizzazione finanziaria sulla base dell'andamento delle economie nel 2° semestre anno 2007- Tale misura potrà comunque essere oggetto di rimodulazione finanziaria sulla base dell'andamento delle economie registrate derivanti dagli interventi descritti nei punti da A. 1.1 ad A. 1.6**



Regione Siciliana

Si riporta qui di seguito l'andamento della spesa farmaceutica previsto nel periodo di riferimento, tenendo conto delle misure sopra riportate, e le rispettive quote di eccedenza oltre il 13%, a carico dell'AIFA e della Regione Siciliana:

<b>Spesa Farmaceutica Convenzionata</b>	<b>ANNO 2007</b>	<b>ANNO 2008</b>	<b>ANNO 2009</b>
Spesa farmaceutica senza correttivi	1.352.753.590	1.393.336.198	1.435.136.284
Economie programmate	-123.300.000	-166.980.000	-179.500.000
Spesa farmaceutica corretta	1.229.453.590	1.226.356.198	1.255.636.284
% spesa farmaceutica corretta su FSN	15,86%	15,34%	15,21%
Spesa farmaceutica 13%	1.007.695.000	1.039.618.135	1.073.235.633
Eccedenza extra 13%	221.758.590	186.738.063	182.400.651
Quota extra 13% a carico AIFA	133.055.154	112.042.838	109.440.391
Quota extra 13% a carico Regione	88.703.436	74.695.225	72.960.260

Al fine di garantire il successo delle azioni di cui sopra si evidenzia la necessità, con la sottoscrizione del presente Piano, che il ricettario del SSN sia utilizzato esclusivamente dai MMG e dai PDF, nonché dai medici di continuità assistenziale, esclusivamente per le finalità e gli scopi previsti dal vigente ACCNL, ferma restando la necessità di individuare idonee modalità prescrittive a carico dei medici ospedalieri e del comparto specialistico.

Le procedure di assegnazione ricettario/medico prescrittore saranno svolte nel rispetto delle modalità telematiche definite nell'ambito del Portale nazionale Sistema TS.

I provvedimenti connessi a tale previsione saranno assunti entro il 31/12/2007

Inoltre con D.A. n. 01350 del 25/06/2007 si è provveduto a ricondurre l'attività prescrittiva delle prestazioni emodialitiche sul ricettario standardizzato del SSN.



Regione Siciliana

## **12. – “B” – potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, la riorganizzazione dei servizi destinati all’urgenza e all’emergenza e i rapporti con l’assistenza sanitaria di base**

---

L’analisi relativa al presente punto riguarda tutte le forme di assistenza che fanno riferimento alla voce assistenza territoriale e all’emergenza, ed in particolare a quelle che attengono alla medicina generale, ai presidi di continuità assistenziale, ai servizi di emergenza, alla specialistica, alla residenziale e semiresidenziale territoriale, nonché all’assistenza domiciliare.

In queste forme di assistenza la presenza di strutture pubbliche è minoritaria rispetto al privato, in quanto storicamente l’assistenza sanitaria pubblica siciliana ha posto maggiore attenzione all’attività di ricovero in regime ospedaliero, demandando al privato le competenze in materia.

Anche sul versante programmatico non è stata posta particolare attenzione circa lo sviluppo delle strutture pubbliche e private da attivare sul territorio, tenendo conto della popolazione residente e delle particolarità geografiche dell’isola.

Da ciò ne è derivata una distribuzione delle strutture fortemente diversificata sul territorio tra provincia e provincia ed, in particolare, una presenza eccessiva di strutture specialistiche private in confronto alla domanda assistenziale.

Nell’ambito delle attività territoriali, al fine di potenziare e razionalizzare gli interventi con gli Enti Locali per l’esercizio delle funzioni socio-assistenziali, è stata emanata con D.A. 745/2007, apposita direttiva per l’attivazione presso le Aziende Sanitarie ricadenti nelle aree metropolitane del Dipartimento per l’integrazione socio-sanitaria.



**B.1 ASSISTENZA SPECIALISTICA**

<b>B. 1 – Assistenza specialistica</b>	<b>B.1.1</b> – Governo delle prescrizioni diagnostiche mediante la definizione di piani assistenziali per malati cronici
	<b>B.1.2</b> – Incremento dell’assistenza specialistica pubblica per l’abbattimento delle liste d’attesa e potenziamento dell’attività ambulatoriale derivante dalla riduzione dei ricoveri, nella misura pari al 10% del valore di cui al seguente punto B.1.3
	<b>B.1.3</b> – Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla specialistica convenzionata e dei relativi budget su base provinciale e per branca specialistica, con riduzione media del 10%, 11% e 12% nel triennio 2007/2009 rispetto a quelli dell’anno 2006, in base alle disposizioni della finanziaria nazionale e alle misure aggiuntive individuate dalla Regione
	<b>B.1.4</b> Quota di compartecipazione , prevista dalla Legge 296/2006 art.1 comma 796 lett.p) per come modificata dalla L. 17/5/2007 n.64 art.1 bis
	<b>B.1.5</b> –
	<b>B.1.6</b> – Applicazione direttive regionali in materia di accreditamento e attivazione rete laboratoristica
	<b>B.1.7</b> – Pagamenti per intero, a decorrere dall’1/1/2007, delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a visite, esami diagnostici e di laboratorio
	<b>B.1.8</b> – Recepimento DM 12/09/2006

La quota di finanziamento del fondo sanitario nazionale nell’anno 2006, calcolata a livello nazionale su quota capitaria pesata sull’età e determinata nella misura del 13%, rispetto al fabbisogno complessivo, è risultata pari a **€ 935.077.000**; il suddetto finanziamento non è stato interamente utilizzato dalle aziende sanitarie locali per assicurare le prestazioni sanitarie specialistiche, anche se gran parte delle prestazioni sono erogate e finanziate in regime di degenza ospedaliera.

Infatti, da un esame dei dati dei relativi costi risultanti dai modelli LA dell’anno 2005, nonché dalla valorizzazione dei flussi C trasmessi dalle aziende ospedaliere pubbliche e dalle strutture ospedaliere private, emerge che tale tipo di assistenza ha assorbito complessivamente risorse pari a **€ 829.645.000** (costi complessivi dell’assistenza specialistica).

Se si prendono in considerazione soltanto le valorizzazioni prodotte dalle prestazioni specialistiche, sempre nell’anno 2006, esse ammontano a circa € 736.000.00, contro quelle rese in regime ricovero ospedaliero che si attestano su circa € 2.850.000.000.

Si evidenzia poi che la maggior parte delle prestazioni specialistiche territoriali viene effettuata dalle strutture private, per circa € 436.659.000 ( tetto massimo di spesa previsto per gli anni 2004/2006 dalla normativa regionale siciliana), mentre le strutture pubbliche, tra poliambulatori nei distretti e ambulatori nei presidi ospedalieri e nelle aziende ospedaliere, non vanno oltre ad una valorizzazione di circa € 300.000.000.

A conferma dei suddetti dati si ricorda che le strutture specialistiche private accreditate che hanno esercitato la loro attività sul territorio siciliano nell’anno 2005 sono 1525, contro le 163 strutture pubbliche.

Occorre pertanto intervenire, sia al fine di riequilibrare l’apporto tra settore pubblico e privato della specialistica territoriale, sia di incrementare l’attività complessiva, correlativamente alla riduzione dell’assistenza ospedaliera, come verrà trattato al seguente punto C.

Pertanto si intendono assumere a livello regionale i seguenti obiettivi:



## Regione Siciliana

- Governo delle prescrizioni diagnostiche mediante definizione di piani assistenziali per malati cronici;
- Incremento dell'assistenza specialistica pubblica, per l'abbattimento delle liste d'attesa e potenziamento dell'attività ambulatoriale derivante dalla riduzione dei ricoveri, nella misura del 10% del valore di cui al punto seguente;
- Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla specialistica convenzionata e dei relativi budget su base provinciale e per branca specialistica, con riduzione media del 10%, 11% e 12% nel triennio 2007/2009 rispetto a quelli dell'anno 2006, in base alle disposizioni della finanziaria nazionale e alle misure aggiuntive individuate dalla Regione;
- Quota di compartecipazione prevista dalla Legge n.296/2006 art. comma 796 lett. p), così come modificata dalla L. 17/5/2007 n. 64 art. 1 bis
- Applicazione delle direttive regionali in materia di accreditamento e consequenziale riorganizzazione anche della "rete laboratoristica" ai sensi della L.296/2006 art.1 comma 796 lett.o;
- Pagamento per intero, a decorrere dall'1/1/2007, delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a visite, esami diagnostici e di laboratorio;
- Recepimento del DM 12 settembre 2006 -- Le tariffe entro i valori massimi stabilite dal DM 12 settembre 2006 sono da applicarsi anche ai pacchetti ambulatoriali complessi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi individuati dalla Regione, in particolare la remunerazione alla struttura che eroga il pacchetto ambulatoriale è determinata nella somma delle tariffe ambulatoriali delle singole prestazioni che costituiscono il pacchetto ambulatoriale, al netto di eventuale ticket, essendo prevista la compartecipazione alla spesa da parte del paziente, nella misura stabilita da norme nazionali e regionali;
- Si conferma l'esclusione dal nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui all'allegato 2 A del DPCM 29/11/2001: laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia.

La Regione Siciliana, relativamente alla spesa specialistica convenzionata esterna, ha definito con D.A. n.3787 del 13/07/2004 il relativo tetto di spesa, determinandolo nel valore già enunciato in precedenza e pari ad €.436.659.000,00.

Con L.R. 5 novembre 2004 n.15 art.1 comma 4, il suddetto tetto di spesa è stato mantenuto operante fino a tutto l'anno 2006, ciò al fine di contenere la spesa per tale tipologia di assistenza, che già a partire dall'anno 2002 aveva registrato significativi incrementi di costo.

Nel periodo 2004/2006 le contrattazioni di budget intervenute tra i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali e le Strutture specialistiche pre-accreditate si sono gradualmente allineate al suddetto tetto di spesa, seppure entro i limiti massimi del medesimo.

Alla chiusura dell'anno 2006 i fatturati delle strutture specialistiche convenzionate hanno raggiunto l'ammontare complessivo di €.464.241.000,00; rispetto a tale fatturato ciascuna Azienda Sanitaria ha effettuato pagamenti nell'ambito del relativo tetto di spesa provinciale assegnato dalla Regione, nella considerazione della invalicabilità del limite dei tetti di spesa provinciali (i singoli aggregati provinciali sono corrispondenti al valore complessivo di €. 436.659.000,00).

La procedura relativa all'assegnazione dei budget alle strutture specialistiche convenzionate, viene assunta annualmente e direttamente dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali, sulla base dei criteri definiti dalla Regione, previa contrattazione con le OO.SS. di categoria, sempre nell'ambito dei limiti di spesa provinciali precedentemente definiti dalla stessa Regione.

La procedure relativa all'assegnazione dei budget alle strutture specialistiche convenzionate,



## Regione Siciliana

prevede la preventiva negoziazione con le stesse tramite la quale si definiscono le prestazioni sanitarie richieste e le eventuali regressioni tariffarie da praticarsi in relazione ai volumi extra-budget; alla fine della negoziazione, nel caso di accordo, viene stipulato il contratto tra l'Azienda Sanitaria Territoriale e la Struttura, mentre nel caso in cui non venga raggiunto un accordo, viene comunque notificato d'ufficio alla Struttura il budget assegnato alla medesima.

Con Legge Regionale 8 febbraio 2007 n. 2 art.24, comma 9, i tetti di spesa precedentemente determinati e fissati nella misura pari a quelli operanti nell'anno 2004, sono stati abbattuti di un valore percentuale del 2% per l'anno 2007, del 3% per l'anno 2008 e del 4% per l'anno 2009.

Con la misura operativa di cui al punto **B.1.3**, in aggiunta alle disposizioni di cui alla predetta L.R. 2/2007, l'aggregato di spesa e i relativi budget delle strutture specialistiche convenzionate sono stati ulteriormente abbattuti di una quota percentuale dell'8%, con effetto dal 01/01/2007 e per ciascun anno del triennio 2007/2009

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate e dei maggiori finanziamenti traslati dall'assistenza ospedaliera e destinati all'assistenza specialistica, comprensive di quelle previste dalle disposizioni della Legge Finanziaria 2007, che si fanno proprie nel presente Piano, sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Territoriale esposta al termine della presente sezione **B**).

L'entità delle economie derivanti dalle misure operative previste per l'assistenza specialistica convenzionata è stata complessivamente fissata per l'anno 2007 in €.43.600.000,00 quale limite massimo di valorizzazione economica delle economie medesime.

La Regione in data 28/06/2007 ha completato il percorso dell'accreditamento istituzionale così come stabilito dalla L.R. 6/2001 art. 67 comma 1 e 2 e coerentemente a quanto stabilito dall'art. 1 comma 796 lett. (u della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.

Per effetto di quanto sopra si procederà, entro 90 giorni dalla data di approvazione del presente Piano, ai sensi dell'art. 8 quater del decreto legislativo 502/'92 e successive integrazioni e modifiche, a definire il fabbisogno di attività sanitarie per singola specialità, prevedendo anche la possibilità di una de-localizzazione in altri bacini provinciali ed interprovinciali delle altre strutture a richiesta. La Regione si impegna a definire il successivo accreditamento definitivo entro 180 giorni dalla data di approvazione del presente Piano.



## B.2 ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E RIABILITATIVA

B.2 – Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa	B.2.1 – Incremento dell'attività delle strutture di assistenza territoriale pubblica residenziali, in particolari zone del territorio, del 10% nel triennio, con effetto dal secondo semestre 2007
	B.2.2 – Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale residenziale erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007
	B.2.3 – Riduzione dell'5% dei costi per l'assistenza territoriale di riabilitazione ex art.26 l. 833/78, erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007
	B.2.4 Sistema Multidimensionale per l'ammissione a prestazione assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti.

Nell'ambito dell'altra assistenza territoriale rientrano diverse e innumerevoli tipologie di attività, a cui sono destinate a livello nazionale risorse per il 18,1%.

All'altra assistenza territoriale vengono ricondotte le seguenti attività sanitarie:

- 1- Assistenza territoriale e semiresidenziale
  - a) assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti
  - b) assistenza psichiatrica
  - c) assistenza riabilitativa ai disabili
  - d) assistenza agli anziani
  - e) assistenza domiciliare assistita
  - f) fibrosi cistica
  - g) morbo celiaco
  - h) presidi e ausili non inclusi nomenclatore regionale
  - i) altra assistenza territoriale e semiresidenziale
- 2- Assistenza idrotermale
- 3- Assistenza protesica
- 4- Assistenza integrativa
- 5- Assistenza residenziale
  - a) assistenza psichiatrica
  - b) assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti
  - c) assistenza ai disabili fisici e psichici
  - d) assistenza riabilitativa ex art.26
  - e) assistenza hospice
  - f) assistenza Alzheimer
  - g) altra assistenza residenziale

Tra le attività sopra elencate rientrano quelle inerenti l'assistenza residenziale e quella riabilitativa, esercitate nella Regione Siciliana con l'apporto preponderante del privato, come si evince dall'esame delle seguenti tabelle relative all'articolazione delle RSA e CTA per provincia:



Regione Siciliana

AUSL	numero strutture RSA pubbliche	Posti Letto RSA pubbliche	numero strutture RSA private	Posti letto RSA private	TOTALE POSTI ATTIVATI
AGRIGENTO	3	65	3	120	185
CALTANISSETTA	1	20	0	0	20
CATANIA	0	0	10	421	421
ENNA	1	40	0	0	40
MESSINA	3	42	5	120	162
PALERMO	3	60	0	0	60
RAGUSA	2	105	0	0	105
SIRACUSA	0	0	0	0	0
TRAPANI	1	40	2	60	100
<b>TOTALE</b>	<b>14</b>	<b>372</b>	<b>20</b>	<b>721</b>	<b>1093</b>

AUSL	CTA pubbliche		CTA convenzionate	
	n. strutture	Totale pl	n. strutture	Totale pl
AUSL n.1	3	60		
AUSL n.2	1	20		
AUSL n.3	1	20	16	640
AUSL n.4	2	40		
AUSL n.5	5	100		
AUSL n.6	6	120	3	80
AUSL n.7	0	0	1	20
AUSL n.8	2	40	4	96
AUSL n.9	1	20	5	90
<b>Totale Regione</b>	<b>21</b>	<b>420</b>	<b>29</b>	<b>926</b>

Un altro dato che emerge dall'analisi delle suddette tabelle è la diversa articolazione sul territorio delle strutture territoriali attivate, con una presenza cospicua nella provincia di Catania, che da sola assorbe circa la metà delle strutture esistenti.

Parimenti come trattato relativamente all'assistenza specialistica territoriale, anche per queste altre attività, occorre intervenire, sia al fine di riequilibrare l'apporto tra settore pubblico e privato, sia di incrementare l'attività in particolari zone del territorio regionale, e ciò anche al fine di assicurare l'assistenza post-ricovero della popolazione e ridurre i ricoveri inappropriati.

Anche per l'assistenza territoriale residenziale e riabilitativa sono stati predisposti taluni interventi volti da un lato al potenziamento delle strutture pubbliche in talune zone del territorio, dove le stesse risultano particolarmente carenti, dall'altro al contenimento della spesa complessiva con specifiche misure di contenimento; e precisamente:

- Incremento del 10% per il periodo 2007/2009 dell'attività territoriale residenziale in particolari zone del territorio, (vedi la seguente **tabella 1**). Gli interventi di potenziamento saranno attuati applicando criteri equitativi e di riequilibrio delle esigenze assistenziali dei territori interessati.



Regione Siciliana

- Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale residenziale erogata dai privati , a seguito della riduzione delle tariffe (vedi la seguente **tabella 2**);
- Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale di riabilitazione ex art.26 L.833/78, erogate dai privati a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere (vedi la seguente **tabella 3**).

Con successivi provvedimenti e comunque entro il 30/09/2007, si provvederà ad una rimodulazione complessiva delle tariffe per le strutture territoriali residenziali e di riabilitazione, tenendo conto dei diversi ambiti di assistenza che le medesime strutture dovranno offrire all'utenza e della quota della tariffa a carico dell'utente o del comune di residenza degli stessi (in caso di indigenza dell'utente), secondo gli standard dei Livelli Essenziali di Assistenza.

**RIDUZIONE COSTI STRUTTURE TERRITORIALI RESIDENZIALI**

**TABELLA B.2.2**

<b>AZIENDA</b>	<b>CITTA'</b>	<b>COSTI (fonte dati Modello LA)</b>	<b>RIDUZIONE 5%</b>	<b>COSTI RIDOTTI</b>
ASL N.1	Agrigento	581.000	29.050	551.950
ASL N.2	Caltanissetta	0	0	0
ASL N.3	Catania	50.096.000	2.504.800	47.591.200
ASL N.4	Enna	2.139.000	106.950	2.032.050
ASL N.5	Messina	9.427.000	471.350	8.955.650
ASL N.6	Palermo	107.508.000	5.375.400	102.132.600
ASL N.7	Ragusa	0	0	0
ASL N.8	Siracusa	6.172.000	308.600	5.863.400
ASL N.9	Trapani	18.614.000	930.700	17.683.300
<b>TOTALE REGIONALE</b>		<b>194.537.000</b>	<b>9.726.850</b>	<b>184.810.150</b>

**RIDUZIONE COSTI STRUTTURE TERRITORIALI DI RIABILITAZIONE**

**TABELLA B.2.3**

<b>AZIENDA</b>	<b>CITTA'</b>	<b>COSTI</b>	<b>RIDUZIONE 5%</b>	<b>COSTI RIDOTTI</b>
ASL N.1	Agrigento	5.097.424	254.871	4.842.553
ASL N.2	Caltanissetta	1.967.559	98.378	1.869.181
ASL N.3	Catania	68.211.862	3.410.593	64.801.269
ASL N.4	Enna	1.805.417	90.271	1.715.146
ASL N.5	Messina	15.982.575	799.129	15.183.446
ASL N.6	Palermo	14.067.346	703.367	13.363.979
ASL N.7	Ragusa	3.706.000	185.300	3.520.700
ASL N.8	Siracusa	13.948.080	697.404	13.250.676
ASL N.9	Trapani	18.536.411	926.821	17.609.590
<b>TOTALE REGIONALE</b>		<b>143.322.674</b>	<b>7.166.134</b>	<b>136.156.540</b>



Regione Siciliana

## Tabella B.2.1

### ANNI 2007/ 2009

<b>AZIENDA</b>	<b>CITTA'</b>	<b>Posti Letto presso strutture pubbliche</b>	<b>Costi (fonte LA 2006)</b>	<b>Incremento costi per attivazione nuovi posti letto nella misura del 10%</b>	<b>Incrementi di Costi per Beni e Servizi (30%)</b>
U.S.L. n.1	Agrigento	125	581.000	58.100	17.430
U.S.L. n.2	Caltanissetta	40	3.228.000	322.800	96.840
U.S.L. n.3	Catania	20	4.446.000	444.600	133.380
U.S.L. n.4	Enna	80	8.472.000	847.200	254.160
U.S.L. n.5	Messina	142	32.589.000	3.258.900	977.670
U.S.L. n.6	Palermo	180	40.137.000	4.013.700	1.204.110
U.S.L. n.7	Ragusa	105	4.571.000	457.100	137.130
U.S.L. n.8	Siracusa	40	15.367.000	1.536.700	461.010
U.S.L. n.9	Trapani	60	1.944.000	194.400	58.320

I valori sopraindicati per le singole province hanno carattere indicativo e saranno precisati in sede attuativa nel rispetto del principio di riequilibrio territoriale



Regione Siciliana

#### **B.2.4 Sistema Multidimensionale per l'ammissione a prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti.**

La Regione si impegna ad adottare entro il 30 settembre 2007, con provvedimento deliberativo, un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti, dopo averlo concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate e dei maggiori finanziamenti destinati all'assistenza territoriale residenziale e riabilitativa, sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Territoriale esposta al termine della presente sezione **B)**:

#### **B.3 ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE INTEGRATA, PROTESICA INTEGRATIVA E TERMALE**

<b>B.3</b> – Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale	<b>B.3.1</b> – Riduzione del 5% dell'incremento regionale delle tariffe su elenco 1-D.M. 332/99 per l'assistenza protesica.
	<b>B.3.2</b> – Revisione della distribuzione gratuita e dei costi attuali dei presidi ed ausili sanitari
	<b>B.3.3</b> – Recepimento del DM 4/5/2006 -- Revisione dei tetti di spesa mensili per soggetti Celiaci
	<b>B.3.4</b> – Incremento dell'assistenza domiciliare integrata del 5% per il periodo 2007-2009, con effetto dal secondo semestre 2007

##### **B.3.1. Assistenza protesica**

Nell'ambito del territorio della Regione Siciliana le tariffe per la remunerazione dei presidi e ausili sanitari sono state incrementate del 5% con DA 7866 del 12/05/2006, rispetto a quelle previste dall'elenco 1 del DM 332/99.

A seguito dell'entrata in vigore del DM del 12/09/ 2006, le tariffe regionali dovranno essere riportate ai precedenti livelli; il risparmio stimato sulla spesa complessiva di circa € 30.000.000 è pari a € **1.500.000**.

##### **B.3.2/3. Assistenza integrativa**

Le prestazioni valorizzate con DA 36773/01, relative a medicazioni per piaghe da decubito e altri presidi, nonché quelle di cui al DA 36774/01, relative alla somministrazione di integratori per patologie di stato di malnutrizione, nefropatie ed insufficienza respiratoria dovranno, adeguarsi ai livelli essenziali di assistenza; in atto l'impatto economico derivante dalla misura di contenimento dei costi non può essere quantificato, in quanto le modalità di erogazione di tali prestazioni dovrà essere regolamentata entro il mese di settembre del 2007.

Per quanto riguarda invece l'assistenza ai cittadini affetti da morbo celiaco, è già operativo il DA 8410 del 25/07/ 2006, che ha applicato i tetti di spesa del DM del 04/05/2006, con un risparmio stimato per anno in circa € 8.700.000, rispetto ai precedenti tetti di spesa regionali.

##### **B.3.4. Assistenza domiciliare**



## Regione Siciliana

Una trattazione a parte meritano l'assistenza domiciliare, in quanto nel presente Piano si intende seguire le recenti linee di indirizzo nazionali sull'assistenza domiciliare integrata, prevedendo un incremento rispetto all'attività effettuata finora e diversificando gli interventi su tre livelli assistenziali, oltre quelli da effettuare occasionalmente.

In base al crescente livello di complessità delle prestazioni richieste, si farà fronte con equipe sanitarie multidisciplinari, il cui impegno sia in termini orari, che assistenziali sarà più frequente nei confronti degli utenti.

Il potenziamento di tale tipologia assistenziale, soprattutto nei livelli di maggiore impegno, ed in particolare per le cure palliative per i malati terminali, oltre ad offrire all'utenza nuovi servizi socio-sanitari, consentirà di sgravare le strutture di ricovero ospedaliero da attività impropriamente esercitate con costi di esercizio notevolmente più pesanti.

Per il triennio 2007/2009 si intende destinare all'assistenza domiciliare integrata un incremento di risorse rispetto a quelle destinate all'attività finora espletata pari a complessivi €.5.875.600 su base anno, misura che per il primo anno è valorizzata per 6 mesi.

### **B.3.5. Assistenza termale**

Le tariffe per le prestazioni di assistenza termale sono quelle definite dal DM 12 settembre 2006.

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate e dei maggiori finanziamenti destinati all'assistenza domiciliare integrata, protesica e integrativa, sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Territoriale esposta al termine della presente capitolo **12**:

## **B.4 RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DESTINATI ALL'URGENZA E ALL'EMERGENZA E I RAPPORTI CON L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE**

B.4 - Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	B.4.1 - Quota fissa di compartecipazione, pari a euro 25 per accessi al Pronto Soccorso codice bianco
	B.4.2 - Revisione convenzione per i servizi di emergenza con la CRI e riduzione minima del 3% del relativo importo
	B.4.3 - Compartecipazione per l'utenza extra-regionale per gli accessi alle Guardie Mediche turistiche
	B.4.4 - Rimodulazione in base ai dati di produttività ed alla allocazione geografica dei presidi di continuità assistenziale, con effetto dal 01/10/2007
	B.4.5 - Riduzione a partire dall'anno 2008 di numero 30 ambulanze, con utilizzazione del personale autista-soccorritore, previa riqualificazione, a supporto delle esigenze delle aree di emergenza e Pronto Soccorso Ospedaliero

Qualsiasi intervento sulla struttura del sistema sanitario regionale siciliano non può prescindere dalla riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza, nonché dai rapporti di essi con i servizi di medicina di base, al fine di costituire un insieme di servizi collegati e funzionali alla domanda assistenziale della popolazione.

Il progetto consiste nel creare un servizio "di primo impatto" per il cittadino che possa garantire di volta in volta la necessaria prima assistenza, con mezzi commisurati al caso e con un adeguato impiego di risorse umane ed economiche.



Regione Siciliana

A tal proposito il punto 4.2 del Nuovo Patto Nazionale sulla Salute, stipulato il 28 settembre 2006, recita "...si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare".

La realizzazione della continuità assistenziale delle cure primarie prevede l'apporto integrato di:

- 1) I Medici di famiglia associati
- 2) Il Distretto sanitario di base e i Poliambulatori
- 3) I Medici della continuità assistenziale
- 4) Il Servizio del 118 e il Pronto Soccorso

#### B.4.1/2 Il Servizio del 118 e il Pronto Soccorso

L'attività di emergenza è assicurata su tutto il territorio regionale attraverso l'intervento degli operatori incardinati nel Servizio 118 e l'assistenza prestata dai Servizi di Pronto Soccorso ubicati nei diversi presidi ospedalieri.

Il Servizio del 118 svolge funzioni di soccorso nei confronti della popolazione che necessita di assistenza sanitaria in emergenza, facendosi carico del trasporto alle strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso e di prestare all'utente un primo grado di assistenza, volto alla "stabilizzazione" dello stesso, fino alla sua consegna al presidio più vicino.

Per l'espletamento della suddetta attività, il Servizio del 118 si avvale di personale in parte delle aziende sanitarie pubbliche, in parte di personale con rapporto di lavoro privatistico, selezionato dalla CRI, con la quale viene stipulata un'apposita convenzione.

Oltre l'apporto del personale, il Servizio del 118 si avvale di un certo numero di ambulanze, diversamente attrezzate, e di elicotteri ubicati in particolari zone del territorio regionale.

La situazione complessiva dei mezzi destinati all'emergenza e i relativi costi, comprensivi di quelli relativi all'utilizzazione del personale, sono indicati nella seguente tabella:

SERVIZIO EMERGENZA	Messina	Catania-Siracusa-Ragusa	Caltanissetta-Enna Agrigento	Palermo-Trapani "Lampedusa"	Totale
1) Presidi territoriali emergenza	5	9	5	8	27
2) Elisoccorso (eliambulanze)	1	1	1	2	5
3) Unità mobili (Ambulanze)	43	83	51	92	269
a) Tipo "CMR"	5	7	7	9	28
b) Tipo "A" medicalizzate	21	29	9	24	83
c) Tipo "A" da medicalizzare	1	11	14	21	47
d) Tipo "A/B" non medicalizzate	14	31	21	35	101
e) Tipo "A" rete di assistenza infarto	1	2	0	2	5
f) Tipo "A" S.T.E.N.	1	3	1	1	6
4) Costo servizio di emergenza "118"	12.495.000	16.811.000	6.866.000	18.588.000	54.760.000
5) Costo servizio "118"	21.888.384	34.695.761	24.527.096	42.112.374	123.223.615
a) Costo elisoccorso	4.460.403	4.499.055	4.005.760	9.096.352	22.061.570
b) Costo Convenzione CRI	16.516.973	29.285.698	19.610.328	32.105.014	97.518.012
c) Costo Telecom- numero unico 118	911.008	911.008	911.008	911.008	3.644.030
<b>COSTO COMPLESSIVO 118</b>	<b>34.383.384</b>	<b>51.506.761</b>	<b>31.393.096</b>	<b>60.700.374</b>	<b>177.983.612</b>



## Regione Siciliana

Gli alti costi determinati dall'espletamento di tale servizio, sono dovuti essenzialmente:

- 1) Agli oneri derivanti dall'utilizzazione del personale delle Aziende Sanitarie, retribuito con incentivazioni i cui importi risultano superiori a quelli di analogo personale che potrebbe essere assegnato con servizio permanente al 118;
- 2) Alla presenza di ambulanze dotate di personale medico e infermieristico, il cui costo resta fisso, indipendentemente dalla frequenza della loro effettiva utilizzazione.

La Regione Siciliana finanzia l'attività effettuata dalle strutture ospedaliere in emergenza con una quota specifica delle risorse complessive destinate all'assistenza ospedaliera; tale finanziamento, che è stato determinato nell'anno 2005 in € 569.299.948, segue una logica di attribuzione per funzioni e non per fatturato, come avviene per l'attività prodotta dai reparti di ricovero.

I criteri finora individuati per l'attribuzione delle suddette risorse alle singole Aziende Sanitarie sono stati il numero dei posti letto in emergenza e il numero di accessi al Pronto Soccorso.

Da un esame del numero di accessi verificatisi nell'anno 2005, risulta che gli stessi sono stati circa 2.120.000 e che quelli correlati al ricovero rappresentano meno della metà del totale.

Appare evidente che gran parte dell'attività effettuata dai servizi di Pronto Soccorso potrebbe essere demandata a funzioni assistenziali che non interessano l'area dell'emergenza, con una forte riduzione dei costi di esercizio dell'attività ospedaliera.

La Regione Siciliana, al fine di rendere più razionale l'attività dei Servizi di Pronto Soccorso e ridurre le inapproprietezze legate agli accessi, intende rimodulare l'organizzazione relativa all'accoglimento degli utenti al Pronto Soccorso

A seguito di quanto esposto nel presente punto si ritiene di intervenire nell'ambito dell'area dell'emergenza con le misure sotto elencate:

- Riduzione del compenso per incentivazioni a favore del personale utilizzato per il servizio del 118 pari al 50%.
- Riorganizzazione dell'ubicazione delle unità mobili e rimodulazione del servizio di emergenza, al fine di razionalizzare ed economizzare l'utilizzazione del personale medico e infermieristico nelle ambulanze
- Eventuale utilizzazione dei Medici della continuità assistenziale, ubicati in appositi spazi dedicati presso i Servizi di Pronto Soccorso, che non risultino utilizzati a seguito della riduzione dei presidi di continuità assistenziale sul territorio, con funzioni di assistenza ai pazienti non soggetti a ricovero.
- Introduzione della compartecipazione in quota fissa per gli accessi al servizio di Pronto soccorso con codici bianchi.
- Revisione della convenzione con la Croce Rossa per i servizi di emergenza, con riduzione minima dei relativi costi del 3%;
- E' stata istituita una commissione per rinnovo della convenzione con C.R.I. i cui lavori dovranno terminare entro il 31/10/2007, affinché la Giunta Regionale di Governo possa deliberare entro il 30/11/2007;
- Riduzione a partire dal 01/03 dell'anno 2008 di numero 30 ambulanze, con utilizzazione del personale autista-soccorritore, previa riqualificazione, a supporto delle esigenze delle aree di emergenza e Pronto Soccorso Ospedaliera, secondo criteri operativi e logistici analoghi a quelli previsti per i Presidi di continuità assistenziale di cui al punto successivo. Tale misura avrà effetto economico iniziale a decorrere dal 01/03/2008 con una economia per il 2008 stimata in €. 500.000 (n.20 ambulanze X economia media unitaria di €.20.000,00 X 10 mesi) ed una economia per il 2009 stimata in €. 600.000 (n.20 ambulanze X economia media unitaria di €.20.000,00 X 12 mesi).



#### **B.4.3/4 I medici di famiglia associati, il Distretto sanitario di base e i Poliambulatori, i Medici della continuità assistenziale.**

I Medici di Medicina Generale sono circa 4.200, unitamente ai Pediatri di libera scelta che sono circa 800, in complesso nella Regione Siciliana sono circa 5.000 per una popolazione di oltre 5 milioni di assistiti.

Gli studi associati esistono sul territorio limitatamente alla condivisione degli spazi e, solo nel caso di assenza del medico prescelto, degli assistiti; non esistono condivisioni di tecnologie e integrazioni assistenziali con professionisti o strutture specialistiche cliniche e diagnostiche, come avviene storicamente in altre nazioni.

Gli attuali limiti associativi, determinano in primo luogo una riduzione delle fasce orarie di assistenza, rapportate per gli assistiti alla presenza in servizio del Medico prescelto; oltre le fasce orarie stabilite può farsi riferimento esclusivamente sui Medici della continuità assistenziale o, spesso in maniera inappropriata, sul Pronto Soccorso ospedaliero.

Inoltre la mancanza di professionalità e attrezzature integrative determina un'attività sanitaria confinata a diagnosi di cura primaria ed, eventualmente, alla prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici diagnostici o clinici che obbligano il cittadino a frequenti spostamenti, con conseguenti disagi e ritardi nell'accertamento della patologia e delle prescrizioni adeguate.

Per tali motivi la Regione Siciliana intende incentivare le forme di studi associati, affinché vengano assicurati al cittadino determinati servizi, e precisamente:

- Fasce orarie per visite pari a 12 ore giornaliere per studio, con individuazione degli orari assicurati da ciascun medico associato.
- Possibilità per gli assistiti di usufruire indifferentemente del medico presente nella fascia oraria desiderata.
- Contiguità logistica tra studio associato e specialità cliniche e diagnostiche di base (con apposito decreto assessoriale verranno individuate le prestazioni minime praticabili).
- Individuazione di un budget per studio, stimato sul numero di assistiti pesati per patologia ed età, in base ad un parametro medio regionale.

-----

I Distretti sanitari sono n°62 e i Poliambulatori ad essi afferenti sono n°101.

Nonostante il numero e la dislocazione possano consentire una frequenza considerevole da parte del cittadino, l'attività svolta da queste strutture non è proporzionale alla loro potenzialità.

Le motivazioni che stanno alla base del ruolo secondario che svolgono i Distretti e i Poliambulatori sanitari in tema di assistenza specialistica clinica e diagnostica sono da ricercarsi nella presenza quasi esclusiva di Medici professionisti ex Sumai, che lavorano con contratti orari settimanali, nella scarsa presenza di medici di ruolo, nell'insufficiente dotazione di personale infermieristico e tecnico sanitario, nella inadeguata dotazione di attrezzature sanitarie dedicate all'attività; tutto ciò si ripercuote inevitabilmente sulle fasce orarie di apertura al pubblico, che risultano limitate e che generano lunghe liste di attesa.

Nell'ambito degli interventi previsti con il presente Piano sulla struttura del sistema sanitario regionale, un ruolo essenziale assume il rilancio dei Distretti e dei Poliambulatori sanitari, che devono rappresentare per il cittadino un punto di riferimento centrale per le attività sanitarie che non richiedano il ricovero.



Regione Siciliana

Inoltre le predette strutture dovranno integrarsi funzionalmente con i Medici della continuità assistenziale, ai quali è richiesta un'attività integrativa dei Distretti e dei Poliambulatori, nonché un'attività suppletiva degli stessi durante le fasce orarie di non apertura al pubblico.

Si elencano di seguito le misure programmate per il potenziamento dell'attività dei Distretti e dei Poliambulatori sanitari:

- Utilizzazione, in aggiunta e/o sostituzione dei Medici professionisti convenzionati, del personale medico e infermieristico delle Aziende Sanitarie pubbliche, a seguito del minore impegno richiesto nell'attività ospedaliera, come precisato al seguente punto D.
- Predisposizione di appositi Centri Prelievo per esami di laboratorio, collegati con i laboratori di analisi di altre strutture pubbliche delle stesse Aziende territoriali o, mediante apposite convenzioni, con quelli delle Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie .
- Ampliamento delle fasce orarie di apertura al pubblico che assicurino l'attività nelle ore antimeridiane e pomeridiane per sette giorni alla settimana, ai sensi del punto 1, lettera H) dell'allegato all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.
- Allocazione, per quanto possibile, all'interno dei Distretti e Poliambulatori sanitari dei presidi dei Medici della continuità assistenziale, resi disponibili a seguito del piano di riduzione degli stessi sul territorio, come precisato di seguito, con funzioni integrative e sostitutive dell'assistenza primaria.

-----

Il servizio dei Medici della continuità assistenziale opera all'interno del sistema sanitario preposto alle finalità delle cure primarie, con funzioni suppletive dei Medici di famiglia, ma senza alcuna integrazione con l'attività espletata dalle altre strutture o servizi che garantiscono al cittadino idonei interventi di assistenza primaria.

Il servizio dei Medici della continuità assistenziale risulta molto articolato sul territorio regionale, con una dislocazione e una presenza ben al di sopra di quelle esistenti in altre Regioni.

La distribuzione degli addetti e dei presidi presenta forti diversificazioni tra le varie province, con la sola provincia di Catania che risulta, seppur di poco, al di sotto della media nazionale.

Nella seguente tabella è riportato il numero dei servizi attivati per provincia e il numero dei medici impiegati, rispetto alle medie dei relativi dati nazionali:

AZIENDA	DATI REGIONALI		DATI NAZIONALI MEDI		DIFFERENZE	
	Medici C.A.	Presidi	Medici C.A.	Presidi	Medici C.A.	Presidi
AUSL n.1 Agrigento	240	48	120	27	120	21
AUSL n.2 Caltanissetta	125	25	73	16	52	9
AUSL n.3 Catania	300	60	282	63	18	0
AUSL n.4 Enna	120	24	47	10	73	14
AUSL n.5 Messina	565	113	173	35	392	78
AUSL n.6 Palermo	500	100	314	70	186	30
AUSL n.7 Ragusa	105	21	78	17	27	4
AUSL n.8 Siracusa	150	30	102	23	48	7
AUSL n.9 Trapani	175	35	111	25	64	10
<b>Totale Regione</b>	<b>2280</b>	<b>456</b>	<b>1300</b>	<b>286</b>	<b>980</b>	<b>173</b>



## Regione Siciliana

- Al fine di riallineare, per quanto possibile, il Servizio dei Medici della continuità assistenziale alla media nazionale occorre procedere alla riduzione di taluni presidi in atto attivati sul territorio.

Per la riduzione dei presidi di continuità assistita sono stati individuati i seguenti criteri di accorpamento:

- Presidi che registrano un numero di accessi < a 1.500 annui, con distanza dal presidio viciniore < a Km 20.
- Presidi che registrano un numero di accessi compreso tra i 1500 e 3500 annui, con distanza dal presidio viciniore < Km 10.
- Presidi che registrano un numero di accessi > a 3500 annui, con distanza dal presidio viciniore < Km 10 e con popolazione servita inferiore a 10.000 abitanti.

In base ai criteri sopra indicati si dovrà procedere nell'arco del triennio 2007/2009 alla riduzione di n. 65 presidi, secondo il piano rappresentato nella seguente tabella:

<b>Presidi di continuità assistenziale da sopprimere nel triennio 2007/2009</b>			
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
	<b>soppressioni</b>	<b>soppressione</b>	<b>soppressione</b>
<b>MESSINA</b>	14	7	7
<b>AGRIGENTO</b>	5	3	2
<b>ENNA</b>	4	3	2
<b>CALTANISSETTA</b>	3	1	2
<b>CATANIA</b>	1	1	0
<b>SIRACUSA</b>	3	1	2
<b>RAGUSA</b>	1	1	1
<b>PALERMO</b>	8	4	4
<b>TRAPANI</b>	4	1	2
<b>Totale</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>Costo per presidio</b>	<b>€ 250.000</b>	<b>€ 250.000</b>	<b>€ 250.000</b>
<b>Valenza temporale della manovra</b>	<b>3 mesi</b>	<b>12 mesi</b>	<b>12 mesi</b>
<b>Economie da realizzare</b>	<b>€ 2.687.000</b>	<b>€ 5.500.000</b>	<b>€ 5.500.000</b>

Va precisato che tutti gli operatori utilizzati nel servizio di continuità assistenziale sono 2280 (456 presidi per 5 unità), di cui i titolari dell'incarico di C.A. con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ammontano a 1555, mentre i supplenti sono 725; entrambe le categorie di medici sono titolari di altri rapporti convenzionali pubblici; pertanto l'accorpamento di presidi di C.A. non comporterà una riduzione effettiva di posti di lavoro.

Da quanto sopra esposto si rende necessario intervenire sulla rete dei presidi di continuità assistenziali con le seguenti misure di contenimento:

- Rimodulazione in base a dati di produttività ed all'allocazione geografica dei presidi di continuità;
- Compartecipazione per l'utenza extra-regionale per gli accessi alle Guardie Mediche turistiche. Tale misura è già operativa in fase sperimentale per la sola Provincia di Messina nell'anno 2006 per i cittadini fuori Comune e per l'anno 2007 la stessa è stata confermata con Decreto Assessoriale n.993/2007 per tutto il territorio della Regione ma solo per i cittadini fuori Regione. Il valore della misura è stato stimato costante nel triennio sulla base dei dati 2006 (circa €. 180.000) su 15 presidi della provincia di Messina e nella considerazione che il numero complessivo dei presidi in Regione è di n.125.



Regione Siciliana

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate e dei maggiori finanziamenti destinati ai medici di famiglia associati, il Distretto sanitario di base e i Poliambulatori, i Medici della continuità assistenziale sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Territoriale esposta al termine del presente capitolo **12)**:

**13. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI -- TERRITORIALE**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
<b>B.1.1</b>	Governo delle prescrizioni diagnostiche mediante la definizione di piani assistenziali per malati cronici	X		0	0	0	Sottoscrizione dei protocolli di intesa tra Assessorato Regionale per la Sanità e sindacati dei MMG e PLS	Decorrenza dall'01/01/2008
<b>B.1.2</b>	Incremento dell'assistenza specialistica pubblica per l'abbattimento delle liste d'attesa e potenziamento dell'attività ambulatoriale derivante dalla riduzione dei ricoveri, nella misura pari al 10% del valore di cui al seguente punto B.1.3		X	4.360.000	4.796.000	5.232.000	Direttiva Regionale sulle modalità di diminuzione dei tempi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e sulla diminuzione delle prestazioni di ricovero ad alto rischio di inappropriatazza	Emanazione delle direttive regionali entro il 30/09/2007
<b>B.1.3</b>	Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla specialistica convenzionata e dei relativi budget su base provinciale e per branca specialistica, con riduzione media del 10%, 11% e 12% nel triennio 2007/2009 rispetto a quelli dell'anno 2006, in base alle disposizioni della finanziaria nazionale e alle misure aggiuntive individuate dalla Regione		X	-43.600.000	-47.960.000	-52.320.000	a) Legge Regionale n.2 dell' 08/02/2007 art.24, comma 8 - b) Direttiva Regionale di determinazione degli aggregati di spesa provinciali n.2366 del 26/06/2007	b) Direttiva assessoriale determinazione degli aggregati di spesa provinciali n. 2399 del 28/06/2007



Regione Siciliana

<b>B.1.4</b>	Quota di compartecipazione , prevista dalla Legge 296/2006 art.1 comma 796 lett.p) per come modificata dalla L. 17/5/2007 n.64 art.1 bis		X	-32.328.000	-23.500.000	-23.500.000	Legge nazionale finanziaria 296/2006 art.1 comma 796 lett p) e Legge 17 maggio 2007, n.64 art. 1-bis	Dall'01/01/2007 al 17/05/2007 compartecipazione prevista dalla l.296/2006 dal 18/5/2007 contributi ai sensi L.64/2007.
<b>B.1.5</b>				0	0	0		
<b>B.1.6</b>	Applicazione direttive regionali in materia di accreditamento e attivazione rete laboratoristica		X	0	0	0	a) definizione del fabbisogno della specialistica b)di riorganizzazione della rete laboratoristica  c) accreditamento definitivo delle strutture specialistiche	a) Decreto Assessoriale da predisporre entro 90 gg dalla adozione del Piano b) entro il 31/10/2007 c) Decreto Assessoriale da predisporre entro 180 gg dalla adozione del Piano
<b>B.1.7</b>	Pagamenti per intero, a decorrere dall'1/1/2007, delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a visite, esami diagnostici e di laboratorio		X	0	0	0	legge finanziaria nazionale 296/2006 art 1 comma 796 lettera r	Legge finanziaria nazionale 296/2006 -- Decorrenza 01/01/2007
<b>B.1.8</b>	Recepimento DM 12/09/2006		X	0	0	0	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di recepimento del tariffario nazionale	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007 con efficacia dal 01/10/2007



Regione Siciliana

<b>B.2.1</b>	Incremento dell'attività delle strutture di assistenza territoriale pubblica residenziali , in particolari zone del territorio, del 10% nel triennio, con effetto dal secondo semestre 2007		X	1.670.000	3.340.000	3.340.000	1) Atto di programmazione regionale sul potenziamento delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali pubbliche 2) Provvedimenti di attuazione delle aziende sanitarie	1) Atto di programmazione da adottarsi entro il 30/09/2007 2) Provvedimenti di attuazione entro 30 giorni dall'atto di programma
<b>B.2.2</b>	Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale residenziale erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007 2007		X	-2.432.000	-9.728.000	-9.728.000	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di riduzione delle tariffe	Adozione del DA entro il 30/9/2007 con decorrenza 01/10/2007
<b>B.2.3</b>	Riduzione dell'5% dei costi per l'assistenza territoriale di riabilitazione ex art.26 l. 833/78, erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007 2007		X	-1.792.000	-7.166.000	-7.166.000	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di riduzione delle tariffe	Adozione del DA entro il 30/9/2007 con decorrenza 01/10/2007
<b>B.2.4</b>	Sistema Multidimensionale per l'ammissione a prestazione assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti	X		0	0	0	Decreto Assessoriale disciplinante un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti	Decreto Assessoriale da adottarsi entro il 30/09/2007
<b>B.3.1</b>	Riduzione del 5% delle tariffe su elenco 1 - D.M. 332/99 per l'assistenza protesica.		X	-375.000	-1.500.000	-1.500.000	Annullamento del D.A.7866 del 12/05/06 di aumento del 5% delle tariffe relative all'elenco 1 del D.M. 332/99.	Adozione del DA entro il 15/9/2007 con decorrenza 01/10/2007



Regione Siciliana

<b>B.3.2</b>	Revisione della distribuzione gratuita e dei costi attuali dei presidi ed ausili sanitari	X		0	0	0	Adeguamento ai livelli minimi di assistenza delle prestazione valorizzate con DA 36773/2001, relativo medicazioni per piaghe da decubito etc. etc. e il DA 36774/2001 relativo ad integratori per patologie di "stato di malnutrizione , nefropatie ed insufficienza respiratoria".	DA da adottarsi entro il 30/9/2007
<b>B.3.3</b>	Recepimento del DM 4/5/2006 -- Revisione dei tetti di spesa mensili per soggetti Celiaci		X	-8.700.000	-8.700.000	-8.700.000	DA 8410 del 25/7/2006 in vigore dal 01/10/2006	Misura operativa dal 01/01/2007
<b>B.3.4</b>	Incremento dell'assistenza domiciliare integrata del 5% per il periodo 2007-2009, con effetto dal secondo semestre 2007		X	2.938.000	5.876.000	5.876.000	1) Atto di programmazione regionale sul potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare 2) Provvedimenti di attuazione delle aziende sanitarie	1) Atto di programmazione da adottarsi entro il 30/09/2007 2) Provvedimenti di attuazione entro 30 giorni dall'atto di programma
<b>B.4.1</b>	Quota fissa di compartecipazione, pari a euro 25 per accessi al Pronto Soccorso codice bianco		X	-300.000	-300.000	-300.000	legge finanziaria nazionale 296/2006 art 1 comma 796 lettera p	Decreto Assessoriale da predisporre entro il 30/09/2007
<b>B.4.2</b>	Revisione della convenzione per i servizi di emergenza con la CRI e riduzione minima del 3% del relativo importo		X	-2.925.000	-2.925.000	-2.925.000	Revisione della convenzione con la CRI -- Commissione per rinnovo della convenzione con C.R.I.	Decreto assessoriale 57/2007-- Commiss. terminerà lavori per il 31/10/2007 e DGR entro 30/11/2007
<b>B.4.3</b>	Compartecipazione per l'utenza extra-regionale per gli accessi alle Guardie Mediche turistiche		X	-280.000	-280.000	-280.000	Decreto Assessoriale n.993/2007	misura operativa dal 23/05/2007



Regione Siciliana

<b>B.4.4</b>	Rimodulazione in base ai dati di produttività ed alla allocazione geografica dei presidi di continuità assistenziale, con effetto dal 01/10/2007		X	-2.687.000	-5.500.000	-5.500.000	Decreto dell'Assessorato Regionale per la Sanità di riduzione di 43/22/22 presidi di C.A. per ciascun anno del triennio 2007/2009	a)entro il 15/9 per l'anno 2007; b)entro il 30/11/2007 per l'anno 2008; c)entro il 30/11/2008 per l'anno 2009
<b>B.4.5</b>	Riduzione a partire dall'anno 2008 di numero 30 ambulanze, con utilizzazione del personale autista-soccorritore, previa riqualificazione, a supporto delle esigenze delle aree di emergenza e Pronto Soccorso Ospedaliero		X	0	-500.000	-600.000	1) Decreto Assessoriale per la riqualificazione del personale autista-soccorritore 2) Assegnazione del personale alle aree di emergenza e pronto soccorso	1) adozione del DA entro il 30/09/2007 con decorrenza iniziale dal 01/03/2008 2) assegnazione del personale entro il 01/03/2008
		<b>TOTALI</b>		<b>-86.451.000</b>	<b>-94.047.000</b>	<b>-98.071.000</b>		



## **14. – “C” – La riduzione delle risorse destinate all’assistenza ospedaliera, attraverso la revisione della rete ospedaliera e la riduzione dell’attività correlata**

---

La destinazione delle risorse per far fronte all’assistenza ospedaliera ha finora inciso per il 47% di quella complessiva sostenuta dal Sistema Sanitario Regionale Siciliano.

Tale incidenza riflette i parametri assunti a suo tempo dal Piano Sanitario Regionale 2000/2002, ma risulta allo stato attuale di gran lunga più alta rispetto ai parametri previsti a livello nazionale, che individuano il relativo fabbisogno pari al 44% delle risorse complessive del FSN.

Superate le motivazioni del PSR 2000/2002, che traevano origine da una collocazione dell’assistenza ospedaliera in posizione centrale rispetto alle altre forme di assistenza, occorre, pertanto, intervenire per ridimensionare l’eccessivo ricorso all’ospedalizzazione, intervenendo soprattutto sulle principali cause di incremento dei costi ospedalieri e riconvertire talune attività sanitarie verso forme meno onerose, offrendo nel contempo agli utenti un’assistenza sanitaria connotata da minori disagi e migliori condizioni di vita.

Per quanto esposto viene fissato quale obiettivo da realizzare relativamente all’assistenza ospedaliera la destinazione del 44% delle risorse del FSR disponibile, obiettivo che troverà graduale attuazione nel triennio, durante il quale la stessa verrà condotta nel 2007 al 46% e nel 2008 al 45% del FSR dell’anno di riferimento.

La metodologia di intervento necessaria per il contenimento dell’assistenza ospedaliera entro i parametri sopra indicati non può sicuramente prescindere dall’esame di taluni elementi che incidono inevitabilmente sulla destinazione delle risorse:

- 1) La rimodulazione della rete ospedaliera;
- 2) La riduzione delle attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriate e ad alto rischio di inappropriatezza;
- 3) La riduzione della mobilità sanitaria.

La Regione Siciliana, relativamente alla spesa ospedaliera convenzionata, ha definito con D.A. n. 3787 del 13 Luglio 2004 il relativo tetto di spesa, determinandolo nel valore pari ad €.546.964.550,00. da ritenersi rideterminati in € 499.284.876 a seguito di quanto disposto dalla LR 2/2007 relativamente al budget dell’Ospedale classificato “Buccheri la Ferla” di Palermo (€.47.679.674,00), in quanto lo stesso, munito di servizio di pronto soccorso ed equiparato alle Aziende Sanitarie pubbliche, a decorrere dall’anno 2006 è stato inserito nella negoziazione con le stesse modalità adottate per le Aziende pubbliche e le sperimentazioni gestionali.

Con L.R. 5 novembre 2004 n.15 art.1 comma 4, il suddetto tetto di spesa è stato mantenuto operante fino a tutto l’anno 2006, ciò al fine di contenere la spesa per tale tipologia di assistenza, che già a partire dall’anno 2002 aveva registrato significativi incrementi di costo.

Nel periodo 2004/2006 le contrattazioni di budget intervenute tra i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali e le Strutture Ospedaliere pre-accreditate si sono gradualmente avvicinate al suddetto tetto di spesa, seppure entro i limiti massimi del medesimo.

Alla chiusura dell’anno 2006 i fatturati delle Strutture Ospedaliere convenzionate (fatta eccezione dell’Ospedale classificato “ Buccheri la Ferla di Palermo), hanno raggiunto l’ammontare complessivo di €.477.317.728 .



## Regione Siciliana

La procedura relativa all'assegnazione dei budget alle strutture Ospedaliere convenzionate, viene assunta annualmente e direttamente dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali, sulla base dei criteri definiti dalla Regione, previa contrattazione con le OO.SS. di categoria, sempre nell'ambito dei limiti di spesa provinciali precedentemente definiti dalla stessa Regione.

La procedura relativa all'assegnazione dei budget alle strutture Ospedaliere convenzionate, prevede la preventiva negoziazione con le stesse tramite la quale si definiscono le prestazioni sanitarie richieste e le eventuali regressioni tariffarie da praticarsi in relazione ai volumi extra-budget; alla fine della negoziazione, nel caso di accordo, viene stipulato il contratto tra l'Azienda Sanitaria Territoriale e la Struttura, mentre nel caso in cui non venga raggiunto un accordo, viene comunque notificato d'ufficio alla Struttura il budget assegnato alla medesima.

Per quanto riguarda le Strutture Ospedaliere convenzionate ad alta specialità ("ISCAS" di Catania, "Villa Maria Eleonora" di Palermo e "La Maddalena" di Palermo), nonché per l'Ospedale Classificato "Buccheri la Ferla" di Palermo, i budget vengono assegnati, in base a quanto disposto dalla L.R. n.2 febbraio 2007 art.24, comma 3, direttamente dalla Regione previa negoziazione con le medesime Strutture da concludersi entro il 31 Marzo dell'anno di riferimento; lo stesso articolo 24 comma 3 della L.R. 2/2007 stabilisce che la Regione negozia direttamente i budget annuali anche con gli IRCSS ("Centro Neurolesi Bonino Pulejo" di Messina e "Associazione Oasi Maria SS." di Troina), e con le Strutture a Sperimentazione Gestionale ("Is.MeT.T." di Palermo e la "Fondazione Giglio-San Raffaele" di Cefalù).

Si precisa che nel sopra richiamato tetto di spesa di € 499.284.876 rientrano oltre le Case di Cura convenzionate, anche le tre Strutture Ospedaliere ad alta specialità.

In sede di ridefinizione degli aggregati di spesa per la specialità privata, gli stessi verranno determinati tenendo conto delle specifiche peculiarità delle strutture interessate, seppur nell'ambito dei limiti previsti dalla vigente normativa regionale.

Con Legge Regionale 8 febbraio 2007 n. 2 art.24, comma 8, i tetti di spesa precedentemente determinati e fissati nella misura pari a quelli operanti nell'anno 2004, sono stati abbattuti di un valore percentuale del 2% per l'anno 2007, del 3% per l'anno 2008 e del 4% per l'anno 2009.

Con le misure operative di cui ai punti **C.1.1**, **C.1.5**, **C.2.1** e **C.2.2**, in aggiunta alle disposizioni di cui alla predetta L.R. 2/2007, sono state previste ulteriori economie derivanti dalla riduzione degli aggregati (fissati in modo tale da conseguire una spesa pari alla spesa del 2005 diminuita dell'8%, nonché della quota derivante dall'applicazione anche ai privati accreditati degli abbattimenti tariffari connessi alle prestazioni inappropriate) dalla riduzione dei posti letto della rete ospedaliera pre-accreditata nonché delle strutture sopra individuate in analitico e dagli abbattimenti delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, come risultano dalle tabelle esplicative C.1/1, C.1/2 e C.1/3 e C.2/1, C.2/2 e C.2/3.



## C.1 LA REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

C.1 – Revisione della rete ospedaliera	C.1.1 - Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla ospedalità convenzionata con riduzione nel periodo 2007/2009 del 2, 3 e 4%
	C.1.2 - Applicazione delle direttive regionali in materia di accreditamento
	C.1.3 - Revisione dei Protocolli d'intesa e definizione degli atti aziendali dei Policlinici universitari
	C.1.4 – Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 682/700/756
	C.1.5 – Riduzione per la ospedalità convenzionata dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 100/150/185
	C.1.6 – Adozione del Dm 12/09/2006

### PREMESSA

La rimodulazione della rete ospedaliera regionale si pone come momento fondamentale delle azioni previste dal Piano di Rientro (PdR) ma ancor più della riconfigurazione del Sistema Sanitario Regionale (SSR): essa dovrà rispondere ad obiettivi di ottimale allocazione ed utilizzazione delle risorse economiche e di progressiva ed uniforme espansione delle garanzie di tutela della salute dei cittadini attraverso una coerente ed equa risposta ai bisogni di salute della popolazione.

La D.G.R. n. 135/03 ed il collegato D.A. 810/03 hanno, in ogni caso, rappresentato uno strumento di programmazione che la Regione si è data per la razionalizzazione della rete ospedaliera, cercando, fra l'altro, di eliminare e/o ridurre i gravi squilibri dovuti alla carenza di posti letto post acuzie di Lungodegenza e Riabilitazione.

Con la stessa delibera sono stati definiti gli standard dei posti letto di Day Hospital e Day Surgery, nonché i moduli di posti letto ottimali per singola specialità e i livelli minimi del personale.

Sono stati definiti, inoltre, con atti diversi e successivi, la rete infettivologica, la rete cardiologica e UTIC e quella di emodinamica, nonché il riordino della rete di UTIN e della patologia neonatale e, più recentemente, la rete per l'assistenza dei soggetti in coma e in stato vegetativo.

Il DPCM 29 novembre 2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) indica chiaramente la necessità di limitare l'approccio ospedale-centrico a favore di una logica integrata di sistema fondata su coerenti azioni di riassetto strutturale e qualificazione tecnologica, di programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché di incisivi interventi per l'incremento del grado di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. È, quindi, esigenza primaria quella di pervenire alla configurazione dell'ospedale quale luogo di cura delle patologie acute, capace di fornire risposte assistenziali adeguate, riducendo, di converso, il ricorso alla degenza per trattamenti inappropriati, più utilmente ed opportunamente gestibili dalla medicina territoriale in tutte le sue possibili configurazioni.

L'attuale modello regionale di erogazione dell'assistenza sanitaria è chiaramente connotato da elevati tassi di ospedalizzazione (tab 1) e di mobilità passiva extraregionale (Tab. 2a-d), essendo al riguardo la Lombardia e l'Emilia Romagna le principali regioni di destinazione del flusso migratorio. Si evidenzia comunque un trend in diminuzione del numero complessivo di DRGs prodotti fuori regione.

**Tab 1 – Tassi di ospedalizzazione stratificati per provincia.**

Tassi di ospedalizzazione (complessivi) x 1000 residenti stratificati per provincia										
Fasce d'età	Province									Sicilia
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	
0-14	198	240	219	226	210	206	211	198	219	<b>212</b>
15-64	169	266	232	248	219	171	216	202	187	<b>205</b>
65+	460	627	581	572	537	461	555	519	488	<b>522</b>
Totale	226	322	284	305	278	223	274	252	247	<b>260</b>

Tassi di ospedalizzazione (R.O.) x 1000 residenti stratificati per provincia										
Fasce d'età	Province									Sicilia
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	
0-14	153	160	146	147	122	152	155	151	150	<b>147</b>
15-64	99	138	119	116	105	91	114	116	92	<b>107</b>
65+	325	420	375	376	351	308	352	362	305	<b>344</b>
Totale	149	189	164	170	155	136	162	161	140	<b>154</b>

Tassi di ospedalizzazione (D.H.) x 1000 residenti stratificati per provincia										
Fasce d'età	Province									Sicilia
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	
0-14	45	80	73	79	89	53	56	47	70	<b>65</b>
15-64	70	128	113	132	113	80	103	86	95	<b>98</b>
65+	135	207	206	196	187	153	203	157	183	<b>178</b>
Totale	77	132	120	135	124	87	112	91	107	<b>106</b>

**Tab 2.A – Flussi di mobilità passiva per DRGs**

Primi 20 DRGs ordinati per complessità assistenziale

DRG	Descrizione	Peso	N° Ricoveri
480	TRAPIANTO DI FEGATO	25,1434	35
103	TRAPIANTO CARDIACO	20,8733	3
483	TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	17,0099	77
481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	16,3237	79
302	TRAPIANTO RENALE	15,1561	36
104	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	7,6986	204
484	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	7,3397	1
473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	6,8215	66
106	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	6,4902	46



Regione Siciliana

105	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	6,4746	114
471	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	5,8909	5
485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	5,512	5
107	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	5,406	66
486	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	4,9257	9
191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	4,8974	86
108	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	4,8314	76
386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	4,7568	8
488	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	4,6242	6
482	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	4,4929	107
115	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PARMANENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	4,3711	7

**Tab 2.B – Flussi di mobilità passiva per DRGs**

Primi 20 DRGs ordinati per numero complessivo di ricoveri

DRG	Descrizione	Peso	N° Ricoveri
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	0,523	2318
39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	0,7545	1542
209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	3,3182	1523
215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	1,3498	1462
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,536	1139
222	INTERVENTI SU GINOCCHIO SENZA CC	1,0926	1060
301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	0,6226	964
112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	2,4509	884
241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	1,0823	828
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,451	766
55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO BOCCA E GOLA	0,8099	749
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	0,7705	727
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	1,6006	663
231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	0,9394	655
9	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	2,0211	624
35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	0,9503	584
1	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	3,9671	569
225	INTERVENTI SUL PIEDE	0,9268	568
36	INTERVENTI SULLA RETINA	1,1496	567

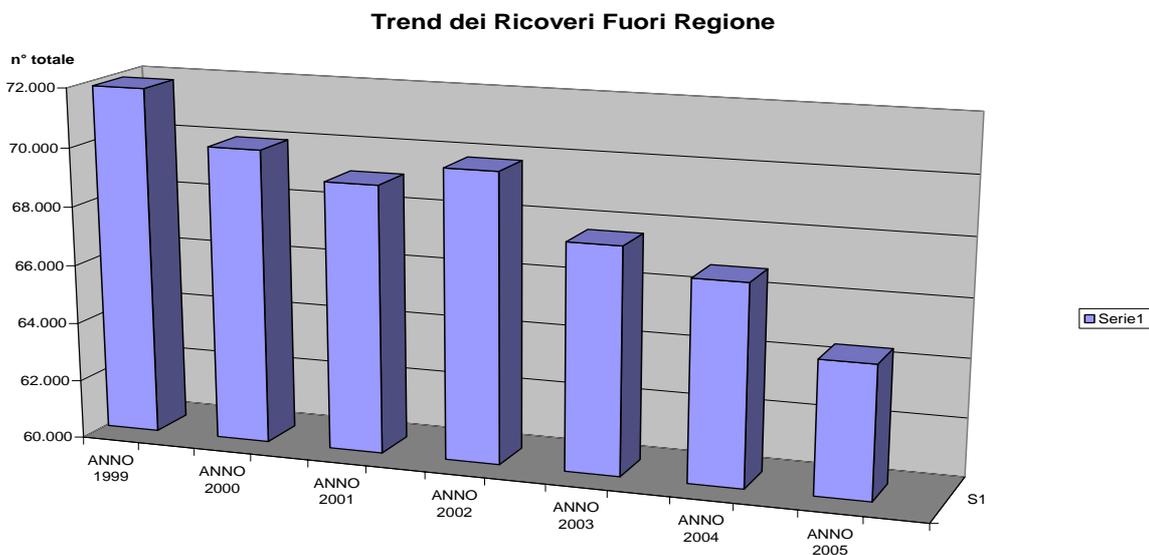


42	INTEVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	0,9707	554
----	--	--------	-----

**Tab 2c - Flussi di mobilità passiva per disciplina**

Anno 2005		
Disciplina	Totale	%
ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	8.642	16,1
CHIRURGIA GENERALE	6.412	11,9
MEDICINA GENERALE	4.734	8,8
UROLOGIA	3.940	7,3
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	3.700	6,9
OCULISTICA	3.530	6,6
OTORINOLARINGOIATRIA	2.852	5,3
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.770	5,2
PEDIATRIA	2.648	4,9
ONCOLOGIA	2.319	4,3
CARDIOLOGIA	2.291	4,3
NEUROCHIRURGIA	2.082	3,9
NEUROLOGIA	1.437	2,7
MALATTIE ENDOCRINE, RICAMBIO NUTRIZ.	1.267	2,4
EMATOLOGIA	1.250	2,3
DERMATOLOGIA	923	1,7
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	779	1,4
REUMATOLOGIA	731	1,4
CHIRURGIA PLASTICA	728	1,4
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	717	1,3
<b>totale</b>	<b>53.752</b>	<b>100,0</b>

**Tab 2d - Andamento dei flussi di mobilità passiva dal 1999 al 2005**





## 1. I criteri ispiratori del riordino della rete ospedaliera

I criteri ispiratori del riordino della rete ospedaliera devono essere improntati all'analisi dell'esistente e vincolati ad una visione epidemiologica del bisogno di salute della popolazione di riferimento.

Possono essere sintetizzati per grandi linee come segue:

- a) necessità di garantire assistenza omogenea sul territorio regionale, con riferimento all'erogazione dei LEA;
- b) autosufficienza su base provinciale e/o nel rispetto di aree geografiche di riferimento (bacini territoriali);
- c) superamento della frammentazione e/o duplicazione delle strutture organizzative esistenti, attraverso processi di dipartimentalizzazione e di integrazione operativa e funzionale;
- d) riqualificazione di parte delle strutture ospedaliere con bassa *performance* organizzativa in altra tipologia di offerta assistenziale;
- e) potenziamento delle alte specialità, anche ai fini di riduzione dei fenomeni di migrazione sanitaria;
- f) realizzazione di piani attuativi aziendali, coerenti con le linee di indirizzo regionali, per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera, sia in regime di urgenza che di elezione;
- g) introduzione di nuovi modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza intra ed extra-ospedaliera.

Ai fini della promozione di un reale cambiamento del SSR appare quindi decisiva un'azione di *Governance* che coinvolga attivamente il sistema in ogni sua parte ed in tutti i suoi attori con una collaborazione coerente ed integrata del management delle Aziende Sanitarie Territoriali ed Ospedaliere, che sia in controtendenza con insane logiche concorrenziali innescatesi fino ad oggi.

## 2. Stima dei posti letto e determinazione del fabbisogno

Il P.S.N. fissa in 3,5x1000 residenti il fabbisogno di posti letto (P.L.) per acuti e in 1x1000 residenti quelli di riabilitazione/lungodegenza.

In Sicilia i P.L. per acuti hanno un indice relativamente più elevato (4,04 x 1000 residenti), con evidenti differenze tra le varie province. Al contrario, la disponibilità di posti letto attivati per lungodegenza e riabilitazione risulta nettamente e ubiquitariamente sottodimensionata, rispetto alla previsione nazionale, attestandosi in atto al valore regionale di 0,24 P.L. x 1000 residenti.

Infatti, dai dati in possesso all'Assessorato, si conferma, in evidente contrasto con la programmazione regionale di cui al citato D.A. 810/03, una mancata attivazione, su quasi tutta la rete regionale, dei P.L. post-acuzie di Lungodegenza e Riabilitazione; il fenomeno ha inciso negativamente sui costi e sull'efficienza di sistema a causa del mantenimento ingiustificato di posti letto per acuti e della mancanza di un reale supporto all'assistenza post-acuzie.

Peraltro, non tutte le Aziende sono oggi allineate con la previsione del D.A. 810/03 che si richiamava ai parametri fissati dalla Legge 401/01 e che fissava in tre anni il periodo entro il quale i Direttori Generali avrebbero dovuto procedere al riassetto delle dotazioni dei P.L. .

Nella Tab 3 si confrontano i posti letto stimati per provincia (normalizzati rispetto alla fascia anziana della popolazione) con quelli esistenti. Nelle successive tabelle da 3.1 a 3.3 è analiticamente descritta la dotazione dei P.L. per acuti in ogni struttura ospedaliera, con descrizione dello scostamento dai valori previsionali di cui al D.A. 810/03.



Regione Siciliana

**Tab 3 – Posti letto stimati ed esistenti (la tabella indica i posti letto in termini di valori assoluti- dati popolazione residente, fonte ISTAT ).**

**Posti letto Stimati**

Posti letto	SICILIA	TRAPANI	PALERMO	MESSINA	AGRIGENTO	CALTANISSETTA	ENNA	CATANIA	RAGUSA	SIRACUSA
Per acuti	17.535	1.625	4.117	2.567	1.695	966	686	3.450	1.086	1.343
Lungodeg./riabilit.	5.010	464	1.176	733	484	276	196	986	310	384
<b>totale</b>	<b>22.545</b>	<b>2.089</b>	<b>5.294</b>	<b>3.300</b>	<b>2.179</b>	<b>1.242</b>	<b>883</b>	<b>4.436</b>	<b>1.396</b>	<b>1.726</b>

**Posti letto Esistenti**

	Posti letto	SICILIA	TRAPANI	PALERMO	MESSINA	AGRIGENTO	CALTANISSETTA	ENNA	CATANIA	RAGUSA	SIRACUSA
Pubblica	Per acuti	15.783	1.054	4.058	2.429	972	937	789	3.686	975	883
Accreditata	Per acuti	4.143	204	1.285	666	151	100		1.299	61	377
	<b>sub totale</b>	<b>19.926</b>	<b>1.258</b>	<b>5.343</b>	<b>3.095</b>	<b>1.123</b>	<b>1.037</b>	<b>789</b>	<b>4.985</b>	<b>1.036</b>	<b>1.260</b>
Pubblica	Lungodeg./riabilit.	875	4	102	108	56	18	295	209	59	24
Accreditata	Lungodeg./riabilit.	325	0	0	93	0	35	0	135	15	47
	<b>subtotale</b>	<b>1.200</b>	<b>4</b>	<b>102</b>	<b>201</b>	<b>56</b>	<b>53</b>	<b>295</b>	<b>344</b>	<b>74</b>	<b>71</b>
	<b>totale</b>	<b>21.126</b>	<b>1.262</b>	<b>5.445</b>	<b>3.296</b>	<b>1.179</b>	<b>1.090</b>	<b>1.084</b>	<b>5.329</b>	<b>1.110</b>	<b>1.331</b>

Fonte dei dati: SIS mod. HSP 12 e HSP 13. Anno 2005.

Posti letto per acuti: modelli HSP 12 e HSP 13, esclusi i PL delle discipline cod. 31, 56, 60, 75, 97 ed i PL a pagamento. Sottratti 54 PL cod. 32 del P.O. 190207 Neurolesi riportati erroneamente nel mod. HSP 12. Non sono riportati i PL del presidio 190195 Enrico Albanese che ha cessato l'attività nel luglio 2004. Aggiunti 70 PL dell'ISMETT non censiti nel mod. HSP 12.

Posti letto riabilitazione e Lungodegenti: PL delle discipline cod. 56, 60, 75, modelli HSP 12 e HSP 13.

TABELLA 3.1						
	Popolazione	P.L. Per acuti Anno 2005*	P.L. Per acuti D.A 810/03	DIFFERENZA P.L con D.A. 810	Riduzione P.L. al 31.12.07	STATO AL 31.12.07
<b>PROVINCIA DI AGRIGENTO</b>	457.039					
A.O. S. GIOVANNI DI DIO		352	350	2	-2	350
A.O. CIVILI RIUNITI - SCIACCA		242	225	17	-17	225
CANICATTI		130	162	-32	0	130
LICATA		144	162	-18	0	144
RIBERA		104	104	0	0	104
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>972</b>	<b>1.003</b>	<b>19</b>	<b>-19</b>	<b>953</b>
<b>CASE DI CURA PRIVATE</b>		<b>151</b>	<b>140</b>	<b>11</b>	<b>-11</b>	<b>140</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1.123</b>	<b>1.143</b>	<b>30</b>	<b>-30</b>	<b>1.093</b>
						2,39
<b>PROVINCIA DI CALTANISSETTA</b>	274.001					
A.O. S. ELIA		410	410	0	0	410
A.O. V. EMANUELE - GELA		241	230	11	-11	230
MAZZARINO		42	50	-8	0	42
MUSSOMELI		90	90	0	0	90
NISCEMI		62	62	0	0	62
S. CATALDO		92	80	12	-12	80
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>937</b>	<b>922</b>	<b>23</b>	<b>-23</b>	<b>914</b>
<b>CASE DI CURA PRIVATE</b>		<b>100</b>	<b>94</b>	<b>6</b>	<b>-6</b>	<b>94</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1.037</b>	<b>1.016</b>	<b>29</b>	<b>-29</b>	<b>1.008</b>
						3,68
<b>PROVINCIA DI ENNA</b>	174.199					
A.O. UMBERTO I - ENNA		322	370	-48	0	322
PIAZZA ARMERINA		126	120	6	-6	120
NICOSIA		154	110	44	-44	110
LEONFORTE		91	110	-19	0	91
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>693</b>	<b>710</b>	<b>50</b>	<b>-50</b>	<b>643</b>
<b>CASE DI CURA PRIVATE</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>693</b>	<b>710</b>	<b>50</b>	<b>-50</b>	<b>643</b>
						3,69



Regione Siciliana

TABELLA 3.2

	Popolazione	P.L. Per acuti Anno 2005*	P.L. Per acuti D.A 810/03	DIFFERENZA P.L con D.A. 810	Riduzione P.L. al 31.12.07	STATO AL 31.12.07
<b>PROVINCIA DI CATANIA</b>	1.075.657					
ARNAS GARIBALDI		903	750	153	-153	750
A.O. V.E. - CATANIA		913	750	163	-163	750
A.O. CANNIZZARO		516	545	-29	0	542
A.O. GRAVINA - CALTAGIRONE		323	345	-22	0	345
ACIREALE		156	166	-10	0	160
BIANCAVILLA		98	102	-4	0	98
BRONTE		101	108	-7	0	96
GIARRE		92	124	-32	0	92
MILITELLO V.C.		62	102	-40	0	58
PATERNO'		123	126	-3	0	67
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>3.287</b>	<b>3.118</b>	<b>316</b>	<b>-316</b>	<b>2.958</b>
<i>CASE DI CURA PRIVATE</i>		1.299	1.165	134	-134	1.165
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>4.586</b>	<b>4.283</b>	<b>450</b>	<b>-450</b>	<b>4.123</b>
						3,83
<b>PROVINCIA DI RAGUSA</b>	308.103					
A.O. CIVILE - OMPA		396	394	2	-2	394
MODICA		209	167	42	-42	167
SCICLI		84	80	4	-4	80
COMISO		117	98	19	-19	98
VITTORIA		169	157	12	-12	157
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>975</b>	<b>896</b>	<b>79</b>	<b>-79</b>	<b>896</b>
<i>CASE DI CURA PRIVATE</i>		61	66	-5	0	61
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1.036</b>	<b>962</b>	<b>79</b>	<b>-79</b>	<b>957</b>
						3,11
<b>PROVINCIA DI SIRACUSA</b>	398.330					
A.O. UMBERTO I		415	460	-45	0	415
AUGUSTA		137	142	-5	0	137
LENTINI		150	138	12	-12	138
AVOLA - NOTO		181	246	-65	0	181
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>883</b>	<b>986</b>	<b>12</b>	<b>-12</b>	<b>871</b>
<i>CASE DI CURA PRIVATE</i>		377	326	51	-51	326
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1.260</b>	<b>1.312</b>	<b>63</b>	<b>-63</b>	<b>1.197</b>
						3,01



Regione Siciliana

TABELLA 3.3

	Popolazione	P.L. Per acuti Anno 2005*	P.L. Per acuti D.A 810/03	DIFFERENZA P.L con D.A. 810	Riduzione P.L. al 31.12.07	STATO AL 31.12.07
<b>PROVINCIA DI MESSINA</b>	655.640					
A.O. PAPARDO		389	400	-11	0	389
A.O. PIEMONTE		234	260	-26	0	234
PATTI		177	130	47	-47	130
BARCELLONA P.G.		139	160	-21	0	139
LIPARI		37	60	-23	0	37
MILAZZO		154	154	0	0	154
MISTRETTA		71	76	-5	0	71
S. AGATA M.		109	115	-6	0	109
TAORMINA		236	220	16	-16	220
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>1.492</b>	<b>1.575</b>	<b>63</b>	<b>-63</b>	<b>1.483</b>
<i>CASE DI CURA PRIVATE</i>		666	685	-19	0	666
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>2.158</b>	<b>2.260</b>	<b>63</b>	<b>-63</b>	<b>2.149</b>
						3,28
<b>PROVINCIA DI PALERMO</b>	1.239.808					
ARNAS CIVICO		1.086	1.100	-14	0	1.086
A.O. CERVELLO		426	400	26	-26	400
A.O. VILLA SOFIA - CTO		425	560	-135	0	425
CASA DEL SOLE		98	126	-28	0	98
AIUTO MATERNO		30	0	30	-30	0
CORLEONE		79	80	-1	0	79
INGRASSIA		215	230	-15	0	215
PALAZZOADRIANO		30	30	0	0	30
PARTINICO		149	150	-1	0	149
PETRALIA SOTTANA		66	75	-9	0	66
TERMINI IMERESE		108	110	-2	0	108
BUCCHERI LA FERLA		204	290	-86	0	204
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>2.916</b>	<b>3.151</b>	<b>56</b>	<b>-56</b>	<b>2.860</b>
<i>CASE DI CURA PRIVATE</i>		1.285	1.274	11	-11	1.274
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>4.201</b>	<b>4.425</b>	<b>67</b>	<b>-67</b>	<b>4.134</b>
						3,33
<b>PROVINCIA DI TRAPANI</b>	434.435					
A.O. S. ANTONIO ABATE		369	412	-43	0	369
ALCAMO		99	80	19	-19	80
CASTELVETRANO		144	110	34	-34	110
MARSALA		177	174	3	-3	174
MAZARA DEL VALLO		131	166	-35	0	131
SALEMI		106	100	6	-6	100
PANTELLERIA		28	26	2	-2	26
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>1.054</b>	<b>1.068</b>	<b>64</b>	<b>-64</b>	<b>990</b>
<i>CASE DI CURA PRIVATE</i>		204	164	40	-40	164
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1.258</b>	<b>1.232</b>	<b>104</b>	<b>-104</b>	<b>1.154</b>
						2,66



<b>P.L. IN ATTO ESCLUSI DALLA RIPROGRAMMAZIONE</b>		<b>TABELLA 3.4</b>
<b>STRUTTURA</b>	<b>P.L. Per acuti Anno 2005*</b>	<b>P.L. Per acuti D.A 810/03</b>
POLICLINICO PA	893	926
POLICLINICO ME	883	873
POLICLINICO CT	399	429
^IRCCS OASI TROINA	96	96
S. RAFFAELE - CEFALU'	179	260
ISMETT	70	70
<b>TOT.</b>	<b>2.520</b>	<b>2.654</b>

Fonte dei dati: SIS Anno 2005

\*Posti letto per acuti: modelli HSP 12 e HSP 13, esclusi i PL delle discipline cod. 31, 56, 60, 75, 97 ed i PL a pagamento.

Sottratti 54 PL cod. 32 del P.O. 190207 Neurolesi riportati erroneamente nel mod. HSP 12.

Non sono riportati i PL del presidio 190195 Enrico Albanese che ha cessato l'attività nel luglio 2004.

Aggiunti 70 PL dell'ISMETT non censiti nel mod. HSP 12.

^Ricondotto dal 2007 a 88 PL per acuti come previsto dalla delibera della giunta di Governo 11.11.2004, n. 370.

<b>Popolazione</b>	<b>5.017.212</b>	<b>P.L. Per acuti Anno 2005*</b>	<b>P.L. Per acuti D.A 810/03</b>	<b>Riduzione P.L. Pubblici al 31.12.07</b>	<b>Riduzione P.L. Privati al 31.12.07</b>
Totale PL inclusi nella riprogrammazione		<b>17.352</b>	<b>17.343</b>	<b>-682</b>	<b>-253</b>
Totale PL esclusi dalla riprogrammazione		<b>2.574</b>	<b>2.708</b>		
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>19.926</b>	<b>20.051</b>		

Riduzione PL per acuti privati: 100 in cessazione dal 2007; 153 riconvertiti in L.D./RIAB.

La preliminare ed immediata azione relativa alla rimodulazione è finalizzata a riportare il sistema in equilibrio con le previsioni di cui al predetto atto di programmazione regionale, con immediata chiusura di n° 682 P.L. per acuti afferenti all'ospedalità pubblica secondo il seguente schema sintetizzato su base provinciale:

- Agrigento	19
- Caltanissetta	23
- Enna	50
- Catania	316
- Ragusa	79
- Siracusa	12
- Messina	63
- Palermo	56
- Trapani	64
<b>TOTALE</b>	<b>682</b>

Le procedure di disattivazione dei P.L. per acuti nelle strutture private convenzionate sono meglio descritte nel relativo paragrafo: esse prevedono, comunque, la cessazione di 435 P.L. nel triennio, con il conseguenziale contenimento dei costi diretti, secondo il seguente cronoprogramma:

- 2007 = 100 P.L.
- 2008 = 150 P.L.
- 2009 = 185 P.L.



## Regione Siciliana

Contestualmente viene disposto il congelamento dei P.L. per acuti ad oggi non attivati presso i restanti Presidi ed Aziende ospedaliere, ancorché previsti dalla programmazione regionale di cui al D.A. 810/03.

Ai Direttori Generali viene altresì posto l'obbligo di comunicare al SIS esclusivamente i P.L. attivati, fermo restando che le azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 dovranno essere adottate nei 30 giorni successivi all'adozione del P.d.R., pena la decadenza degli stessi Direttori Generali.

In tal modo, alla data del 31.12.07, saranno operanti, rispetto base delle rilevazioni di cui alla tab. 3, n° 18.991 P.L. per acuti contro gli attuali 19.926.

I rimanenti 1.456 eccedenti il tetto stimato di 17.535 P.L. per acuti, saranno disattivati secondo il seguente cronoprogramma:

- - 2008: 700
- - 2009: 756

Contestualmente, ottenuto il riequilibrio della rete per acuti, saranno disponibili (inclusi quelli già esistenti) n° 2.809 P.L. per L.D., riabilitazione e "hospice" che, pur non coprendo l'intero fabbisogno regionale per questa tipologia di ricoveri, possono, di fatto, essere considerati cooperanti ed integrati nella rete regionale della residenzialità e semi-residenzialità (RSA, CTA, strutture riabilitative ai sensi dell'art. 26).

Pur a fronte del conseguimento di tale preliminare obiettivo, ancorché posto prevalentemente in capo alle province con la maggiore eccedenza di degenze per acuti, non risulterebbe comunque raggiunto lo scopo di pervenire al riequilibrio geografico della rete ospedaliera, dal momento che nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina insistono i Policlinici universitari, le ARNAS, gli IRCCS e le sperimentazioni gestionali in corso; inoltre, la provincia di Enna presenta anche il sovradimensionamento dei P.L. riabilitativi in ragione della presenza, nella sede di Troina, di un IRCCS specificamente destinato alla diagnosi, terapia e rieducazione delle minorità e disabilità dell'età evolutiva.

I descritti squilibri, difficilmente emendabili nel breve periodo, possono comunque essere, almeno in parte, assorbiti nella considerazione che le richiamate strutture di elevata specializzazione offrono un servizio ampiamente destinato all'utenza extra-provinciale, con specifico riferimento ai due distinti bacini della Sicilia occidentale ed orientale; inoltre, i più importanti centri ospedalieri della città di Messina sono destinatari, in misura cospicua, di flussi sanitari provenienti dalla vicina Calabria (tab.4).

Nella precedente programmazione erano stati considerati al di fuori del computo dei P.L. per acuti i posti letti delle IRCCS, delle Sperimentazioni gestionali nonché quelli dei realizzandi poli di eccellenza. Si ritengono i P.L. di dette strutture di interesse regionale e quindi si applicherà lo stesso criterio previsto dalla DGR n° 135/03 e cioè che "i P.L. dei Policlinici universitari, delle sperimentazioni gestionali e degli IRCCS vengono referiti all'intero bacino regionale e non a quello dove fisicamente ricadono".

Infine, con riferimento alla prossima realizzazione dei tre Poli di eccellenza (oncologico, ortopedico e materno-infantile) in fase di programmazione operativa rispettivamente nelle sedi di Messina, Catania e Palermo, si specifica che gli stessi non comporteranno l'attivazione di P.L. aggiuntivi in quanto la loro dotazione avverrà per trasferimento di risorse dalle aziende ospedaliere ed universitarie dalle quali originano i relativi progetti.



Regione Siciliana

**Tab. 4 – Primi venti DRGs prodotti in Sicilia per residenti in Regione Calabria.**

DRG	Med./Ch.	MDC	Descrizione	n° dimessi	Giornate
39	C	2	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	657	699
26	M	1	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	450	645
301	M	10	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	396	889
410	M	17	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	273	829
222	C	8	INTERVENTI SU GINOCCHIO SENZA CC	243	659
298	M	10	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	242	462
430	M	19	PSICOSI	207	1562
55	C	3	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO BOCCA E GOLA	200	518
184	M	6	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	200	380
284	M	9	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	186	365
112	C	5	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	176	742
243	M	8	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	173	1138
295	M	10	DIABETE ETA' < 36	158	238
35	M	1	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	157	1283
125	M	5	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON C	146	440
183	M	6	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	138	412
431	M	19	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	128	247
241	M	8	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	122	633
47	M	2	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	116	236
189	M	6	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	111	282



### 3. Offerta di posti letto e valutazione delle esigenze di rimodulazione

In tab. 5 è riportata l'offerta complessiva di P.L. per acuti, su base regionale suddivisa per aree di specialità di ricovero: dalla stessa si evince che l'area chirurgica è quella con maggiore dotazione di P.L.(2900 pari al 15 % del totale).

**Tab 5 – posti letto esistenti per branca specialistica stratificati per tipo di ricovero**

Specialità	RO	DH
Allergologia	8	4
Angiologia	55	14
Cardiochirurgia	152	3
Cardiochirurgia pediatrica	31	1
Cardiologia	741	107
Chirurgia generale	2556	344
Chirurgia maxillo facciale	17	3
Chirurgia pediatrica	107	18
Chirurgia plastica	147	42
Chirurgia toracica	117	11
Chirurgia vascolare	269	57
Day Hospital	0	206
Dermatologia	86	57
Detenuti	17	0
Ematologia	108	123
Emodialisi	10	49
Farmacologia clinica	0	1
Fisiopatologia della riproduzione umana	8	5
Gastroenterologia	35	19
Geriatrics	263	59
Grandi ustioni	45	0
Immunologia	0	1
Lungodegenti	253	1
Malattie endocrine, ricambio nutriz.	138	44
Malattie infettive e tropicali	334	96
Medicina del lavoro	0	14
Medicina generale	2300	300
Medicina nucleare	4	0
Medicina sportiva	0	1
Nefrologia	159	39
Nefrologia (abilitaz. al trapianto rene)	12	4
Nefrologia pediatrica	12	4
Neonatologia	211	24
Neurochirurgia	225	16
Neurologia	599	96



Regione Siciliana

Neuropsichiatria infantile	64	30
Oculistica	392	224
Odontoiatria e stomatologia	17	42
Oncoematologia	12	4
Oncoematologia pediatrica	9	10
Oncologia	532	201
Ortopedia e traumatologia	1610	223
Ostetricia e ginecologia	1489	240
Otorinolaringoiatria	393	108
Pediatria	789	207
Pneumologia	355	57
Psichiatria	560	103
Radiologia	0	1
Radioterapia	35	4
Radioterapia oncologica	7	1
Recupero e riabilitazione funzionale	509	88
Reumatologia	38	10
Urologia	646	102
<b>Totale complessivo</b>	<b>15.132</b>	<b>3.053</b>

Non mancano, inoltre, alcune ulteriori disuniformità nella percentuale di P.L. destinati, in ogni provincia, ad attività di Day Hospital, come direttamente si rileva dalla tab.6.

**Tab 6 –Proporzione dei posti letto di Day-Hospital sul totale dei posti letto, stratificati per provincia**

AG	26,6 %
CL	23,7 %
CT	19,2 %
EN	17,1 %
ME	21,1 %
PA	25,4 %
RG	19,1 %
SR	22,5 %
TP	31,0 %
<b>Sicilia</b>	<b>22,4 %</b>

Tale asimmetrica proporzione non appare ragionevolmente associata ad accertati e differenziati bisogni di salute della popolazione o alla distribuzione per età dei residenti che, in valori percentuali, si riporta in tab. 7.

**Tab 7 – distribuzione percentuale per fascia d'età e per provincia**

Fasce d'età	SICILIA	TRAPANI	PALERMO	MESSINA	AGRIGENTO	CALTANISSETTA	ENNA	CATANIA	RAGUSA	SIRACUSA
0-14	16,4	15,9	16,9	14,4	16,5	17,5	16	17,2	16,4	15,6
15-64	65,9	65,1	66,3	65,8	64,8	64,7	64,1	66,5	65,7	67,3
>65	17,7	19	16,8	19,7	18,8	17,8	19,9	16,3	17,9	17,1



## Regione Siciliana

Sin dal 1999 la Regione Siciliana aveva determinato la percentuale dei P.L. per D.H. (non oltre il 20%) nonché l'indice di rotazione giornaliero dei pazienti per P.L. di day-hospital, fissandolo in due accessi giornalieri per 5 giorni alla settimana.

Detta disposizione era stata ulteriormente rafforzata con D.A. 6.06.03, recante ulteriori disposizioni sull'uso corretto ed appropriato del D.H.. In realtà, la mancanza di adeguati controlli regionali ed obiettivi aziendali non sempre appropriati e pertinenti hanno generato una corsa all'iperfatturazione da iperaccesso di ricoveri (anche 5/6 accessi giornalieri per P.L.), trasformando di fatto prestazioni che potevano essere rese ambulatoriamente in ricoveri né appropriati né pertinenti.

Al riguardo, nell'intento di regolamentare con maggiore efficacia la materia, sono state recentemente impartite (D.A. del 14 giugno 2007) specifiche disposizioni che:

- Precisano che eventuali prestazioni diagnostiche e/o specialistiche correlate al ricovero in regime di DH o DS vanno effettuate nella stessa struttura presso la quale è programmato il ricovero e remunerate complessivamente all'interno della medesima tariffa;
- Stabiliscono che saranno declassati a prestazioni ambulatoriali (e come tali remunerate) quei ricoveri eccedenti i limiti previsti dagli indicatori di performance, nonché i ricoveri in regime diurno che dovessero risultare non appropriati.

Obiettivo prioritario rimane, quindi, l'appropriatezza della produzione, con ciò volendo sottolineare la piena corrispondenza che deve esistere tra patologia trattata ed adeguatezza del livello di assistenza erogata, ivi compreso il rispetto del modello organizzativo di riferimento.

Ferma restando l'esigenza di sviluppare, con maggiore incisività, ogni azione volta ad assicurare il trasferimento, in regime di DH o DS, di quelle patologie, oggi trattate, in maniera inappropriata, facendo ricorso al ricovero ordinario, va, in ogni caso, rilevato come, spesso, la non appropriatezza del ricovero in regime di DH, al di là della tipologia delle prestazioni erogate (che in un numero non trascurabile di casi andrebbero assicurate in regime ambulatoriale), vada, comunque, ricondotta all'incongruo rapporto che esiste tra numero di accessi e dotazione di pp.ll., in palese, stridente contrasto con gli stessi indicatori di performance, previsti dalla normativa, che stabiliscono che su un posto letto di DH possono ruotare al massimo 2 pazienti al giorno.

Al fine, quindi di ricondurre a fisiologia un fenomeno diffuso, significativamente, connesso ad una carenza strutturale di pp.ll. dedicati all'assistenza ospedaliera diurna, si farà carico alle Direzioni Aziendali di implementare, entro il 31 dicembre p.v., la percentuale dei pp.ll. in regime di DH, almeno di un ulteriore 5% (su base regionale) la dotazione dei pp.ll. complessivamente operanti, avendo cura di procedere, per ogni nuovo p.l. istituito (nel rispetto di rigorosi criteri di riequilibrio) ad una contestuale soppressione di 2 pp.ll. ordinari.

Un più analitico approfondimento della tematica relativa alla consistenza e alla varietà dell'offerta assistenziale ospedaliera evidenzia il persistente sottodimensionamento, prevalentemente nelle province non metropolitane, di servizi essenziali per la gestione ospedaliera delle malattie a maggiore impatto epidemiologico, quali quelle cardiovascolari ed oncologiche.

Nelle tabelle 8 e 9 sono riportati i P.L., ad oggi attivati, riferiti alle aree di cardiologia, UTIC e oncologia medica nonché i presidi di radioterapia oncologica presenti nelle nove province siciliane (tab. 10).

### **Tab 8 –posti letto di Cardiologia e UTIC (assoluti e x 1000 residenti) stratificati per provincia**



Regione Siciliana

Posti letto di Cardiologia (Pubblici e Accreditati)			Posti letto di UTIC (Pubblici e Accreditati)		
Provincia	PL	* 1000 residenti	Provincia	PL	* 1000 residenti
AG	71	0,16	AG	45	0,1
CL	28	0,1	CL	12	0,04
CT	135	0,13	CT	62	0,06
EN	33	0,19	EN	6	0,03
ME	137	0,21	ME	77	0,12
PA	290	0,23	PA	55	0,04
RG	48	0,16	RG	11	0,04
SR	41	0,1	SR	15	0,04
TP	65	0,15	TP	23	0,05
<b>Sicilia</b>	<b>848</b>	<b>0,17</b>	<b>Sicilia</b>	<b>306</b>	<b>0,06</b>

**Tab 9 – posti letto di Oncologia Medica (assoluti e x 1000 residenti) stratificati per provincia**

Posti letto di Oncologia Medica (Pubblici e Accreditati)			
Provincia	PL	* 1000 residenti	
AG	4	0,01	
CL	22	0,08	
CT	216	0,2	
EN	23	0,13	
ME	119	0,18	
PA	267	0,22	
RG	36	0,12	
SR	22	0,06	
TP	24	0,06	
<b>Sicilia</b>	<b>733</b>	<b>0,15</b>	

**Tab 10 – posti letto di Radioterapia (assoluti e x 1000 residenti) stratificati per provincia**

Posti letto di Radioterapia (Pubblici e Accreditati)			Impianti Rd-T
Provincia	PL	* 1000 residenti	
AG	0	0,0000	NO
CL	0	0,0000	IN CORSO
CT	8	<b>0,0075</b>	
EN	0	0,0000	
ME	16	<b>0,0243</b>	
PA	23	<b>0,0186</b>	SI
RG	0	0,0000	SI
SR	0	0,0000	NO
TP	0	0,0000	NO
<b>Sicilia</b>	<b>47</b>	<b>0,0094</b>	



Regione Siciliana

Analogamente, si riscontrano significative discrepanze anche nell'assetto e nella distribuzione attuale dei P.L. di terapia intensiva per adulti e per neonati: tali ritardi attuativi rispetto alla vigente programmazione regionale limitano, in alcune province, il diritto di accesso dei cittadini ad essenziali servizi ospedalieri.

In particolare, i dati dimostrano lo scostamento dalla programmazione regionale per quanto riguarda:

- il riassetto della rete per cardiologia interventistica ed UTIC, per come previsto dal D.A. 01.08.05, pubblicato sulla GURS del 21.10.05;
- la disomogenea distribuzione di P.L. per oncologia che, attraverso l'attivazione dei Dipartimenti oncologici di 2° e 3° livello, assegnava un indice complessivo di 0,3 P.L./1000 ab..

Restano fuori dai conteggi esposti nelle tabelle precedenti i p.l. per cure palliative – hospice – che in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale, sono considerate strutture territoriali.

Per tutto quanto precede, si focalizza una seconda azione per la reingegnerizzazione ospedaliera regionale: la definizione di linee-guida e disposizioni regionali finalizzate a riconvertire, in ciascun ambito aziendale e per ogni provincia, i P.L. eccedenti per singola specialità in P.L. destinati alla correzione delle criticità fin qui rappresentate, con particolare riferimento alla copertura dei fabbisogni derivanti dalle carenze assistenziali individuate in aree critiche dell'ospedalità e nel rispetto dei criteri generali di cui al citato D.A. 810/03 e relativi allegati riguardanti rispettivamente i moduli di P.L. per singola specialità e i livelli minimi del personale.

Sulla base dell'analisi dei bisogni sanitari, è possibile costruire una stima dei P.L. per la Regione Sicilia, riferita alle principali branche cliniche.

La tab. 11 fornisce, in valori assoluti e percentuali, indicazioni sulla rimodulazione, sia in R.O. che D.H., individuando altresì, in via orientativa, le possibili proporzioni nella ripartizione dei P.L. per regime di ricovero.

**Tab 11 – ipotesi di redistribuzione dei P.L. (assoluti e per 1000 residenti) per principali discipline, sulla base dell'analisi del fabbisogno**

Specialità	Posti Letto Stimati			Posti letto (%)		
	RO	DH	Totali	RO (%)	DH (%)	tot (%)
08 CARDIOLOGIA	776	28	<b>804</b>	6,0	1,2	<b>5,3</b>
09 CHIRURGIA GENERALE	2.337	258	<b>2.595</b>	18,0	11,2	<b>17,0</b>
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	56	6	<b>62</b>	0,4	0,2	<b>0,4</b>
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	64	10	<b>74</b>	0,5	0,5	<b>0,5</b>
12 CHIRURGIA PLASTICA	78	36	<b>114</b>	0,6	1,6	<b>0,7</b>
13 CHIRURGIA TORACICA	58	0	<b>58</b>	0,4	0,0	<b>0,4</b>
14 CHIRURGIA VASCOLARE	191	13	<b>205</b>	1,5	0,6	<b>1,3</b>
18 / 66 EMATOLOGIA E ONCOEMAT.	203	80	<b>283</b>	1,6	3,5	<b>1,9</b>
19 MALAT. ENDOC. DEL RIC. E DELLA NUTR.	27	73	<b>100</b>	0,2	3,2	<b>0,7</b>
21 GERIATRIA	341	30	<b>371</b>	2,6	1,3	<b>2,4</b>
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	372	54	<b>427</b>	2,9	2,3	<b>2,8</b>
26 MEDICINA GENERALE	3.354	244	<b>3.598</b>	25,8	10,5	<b>23,5</b>
29 / 48 NEFROLOGIA E NEFROL. TRAP. RENE	181	18	<b>199</b>	1,4	0,8	<b>1,3</b>
32 NEUROLOGIA	248	46	<b>293</b>	1,9	2,0	<b>1,9</b>
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	5	53	<b>58</b>	0,0	2,3	<b>0,4</b>



Regione Siciliana

34 OCULISTICA	74	258	<b>332</b>	0,6	11,2	<b>2,2</b>
35 ODONTOSTOMATOLOGIA	6	22	<b>28</b>	0,0	0,9	<b>0,2</b>
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.660	147	<b>1.807</b>	12,8	6,3	<b>11,8</b>
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	934	134	<b>1.068</b>	7,2	5,8	<b>7,0</b>
38 OTORINOLARINGOIATRIA	360	56	<b>416</b>	2,8	2,4	<b>2,7</b>
39 PEDIATRIA	325	53	<b>378</b>	2,5	2,3	<b>2,5</b>
43 UROLOGIA	499	64	<b>563</b>	3,8	2,8	<b>3,7</b>
52 DERMATOLOGIA	67	78	<b>145</b>	0,5	3,4	<b>0,9</b>
58 GASTROENTEROLOGIA	162	36	<b>198</b>	1,2	1,6	<b>1,3</b>
64 ONCOLOGIA	206	432	<b>637</b>	1,6	18,6	<b>4,2</b>
68 PNEUMOLOGIA	322	54	<b>376</b>	2,5	2,3	<b>2,5</b>
70 / 74 RADIOTERAPIA E RAD. ONCOL.	53	25	<b>78</b>	0,4	1,1	<b>0,5</b>
78 UROLOGIA PEDIATRICA	19	5	<b>24</b>	0,1	0,2	<b>0,2</b>
<i>Totale</i>	12.978	2.314	<b>15.292</b>	100,0	100,0	<b>100,0</b>

Al totale stimato vanno aggiunti 1.851 posti letto relativi al fabbisogno delle discipline non indicate nella tabella. Una quota pari a circa il 2 % dei posti letto totali non è assegnata ad alcuna disciplina.

#### 4. Individuazione dei criteri di riconversione dei posti letto

Al fine di individuare le aree di degenza da destinare ad interventi di rimodulazione e riconversione per il raggiungimento degli obiettivi delineati nei precedenti paragrafi e, in particolare in tab. 11, tenuto conto dei bisogni di salute della popolazione e degli specifici assetti provinciali, si terrà conto dei seguenti criteri:

- implementazione dei modelli di gestione dipartimentale, a fini di trattamento integrato delle patologie di maggiore complessità e rilevanza sociale, nonché di ottimizzazione dell'uso di risorse umane e tecnologiche;
- integrazione/accorpamento delle UU.OO. affini con realizzazione di settori trasversali ed assegnazione di pp.ll. dipartimentali collocati in aree di degenza comuni alle diverse UU.OO.
- disattivazione e/o accorpamento (in chiave dipartimentale) delle UU.OO. sovrarappresentate nei PP.OO. con P.L.>350;
- riduzione dei P.L. (fino all'eventuale accorpamento o disattivazione) in UU.OO. aventi tassi di utilizzo inferiori al 75% e/o valore del DRG medio della casistica trattata inferiore ai valori di seguito riportati e differenti per tipologia di struttura ospedaliera:

Strutture ospedaliere	DRG Chirurgico	DRG Medico	DRG alta specialità
Policlinici-ARNAS	1.25	1.10	1.80
DEA II livello	1.25	1.00	1.25
P.O.>140 P.L.	1.20	0.90	//
P.O.<140 P.L.	1.10	0.85	//

- degenza media superiore alla media nazionale, con riferimento ad individuati e specifici DRG;
- centralizzazione dei servizi radiologici e di laboratorio;
- disattivazione/riconversione delle strutture chirurgiche che hanno effettuato ricoveri con peso di drg a bassa complessità ( $\leq 0,60$ ), ovvero con indice operatorio  $\leq 50\%$  ;
- obbligo alla progressiva riconversione della quota di produzione non coerente con i parametri di appropriatezza, a seconda dei casi, o in attività ambulatoriale, o in pp.ll. in regime di ricovero diurno, ovvero in residenzialità extraospedaliera;



## Regione Siciliana

In particolare, ogni posto letto di DH, istituito a seguito di tale intervento, deve corrispondere alla contestuale soppressione di due pp.ll. già destinati ai ricoveri ordinari e presso i quali veniva svolta attività valutata come inappropriata;

- i) sperimentazione di modelli organizzativi del tipo “five day hospital” (week hospital), che consiste nella predisposizione di percorsi diagnostico-terapeutici per il trattamento, in regime di ricovero ordinario, di patologie a ciclo prefissato in cinque giorni (dal Lunedì al Venerdì) e sospensione delle attività nei fine settimana (Sabato e Domenica).

Le descritte procedure di innovazione della rete ospedaliera, estensivamente e ragionevolmente applicabili a tutte le strutture ospedaliere della regione, devono trovare ulteriore operatività nella rimodulazione assistenziale ed organizzativa degli ospedali di comunità, di minori dimensioni e ridotto volume di attività, i quali, pur rispondendo talora ad effettive esigenze sanitarie, sono maggiormente esposti a potenziali condizioni di rischio clinico e risultano spesso sottodimensionati in termini di organico e di risorse tecnologiche.

In tale specifico ambito si farà riferimento alle seguenti ulteriori opzioni di intervento, se compatibili con l’allocazione geografica del P.O. e con il complessivo contesto assistenziale del territorio:

- a) integrazione funzionale di PP.OO. viciniori, con attribuzione di funzioni assistenziali diversificate ed integrate perseguendo logiche di complementarietà, fatti salvi il rispetto della coerenza della missione dei diversi presidi con la complessità dei casi trattati e l’impegno a sviluppare modalità organizzative orientate all’intensità assistenziale, anziché all’allocazione di pp.ll. articolati per specialità;
- b) Verifica, con riferimento al PSN 2006/2008, della possibilità di procedere, all’interno dei presidi da riconvertire, all’avvio di interventi ed azioni che puntino alla sperimentazione di formule organizzative flessibili, capaci di assicurare un mix assistenziale finalizzato alla integrazione non solo di competenze ospedaliere, ma, anche, di attività di peculiare interesse territoriale.

Si tratta, in altri termini, di raccordare, laddove possibile, il livello delle cure ospedaliere con il sistema delle cure primarie, nell’ottica di un auspicabile completamento dell’offerta dei servizi di cure intermedie.

- c) riconversione di PP.OO., a basso volume di attività e con minore rilievo strategico per il funzionamento della rete ospedaliera, in strutture sanitarie per riabilitazione, lungodegenza o RSA integrate da un P.T.E. (Punto Territoriale di Emergenza) ovvero in presidi territoriali, sul modello della cosiddetta “casa della salute”, la cui operatività, assicurata 7 giorni su sette per 24 h al giorno, va prioritariamente orientata, da un lato, ad erogare l’insieme delle cure primarie, dall’altro, a garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio.

In particolare la “casa della salute” deve rappresentare il luogo all’interno del quale sperimentare concreti modelli di lavoro interdisciplinare e poliprofessionale, favorendo l’unitarietà e l’integrazione dei livelli assistenziali.

A tal fine “la casa della salute”, organizzata per aree, ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino risposte immediate ai propri bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, sarà caratterizzata dalle seguenti specificità assistenziali:

- P.T.E. con punto di continuità assistenziale (guardia medica);
- ambulatorio di medicina generale, gestito da MMG in forma associata;
- poliambulatorio territoriale, comprensivo di radiologia e laboratorio analisi;
- struttura di ricovero a gestione internistica (12 P.L. + 6 DH) per l’osservazione e il trattamento di patologie mediche a bassa complessità e per lo svolgimento di procedure chirurgiche ambulatoriali;
- struttura locale di riabilitazione per attività ambulatoriale e domiciliare (facoltativa);

- d) adozione alternativa di modelli organizzativi uniformi, comprendenti esclusivamente



Regione Siciliana

tre aree ospedaliere (medicina generale/interna, chirurgia generale e ostetricia e ginecologia) che possono eventualmente assorbire ulteriori competenze specialistiche (cardiologia, ortopedia, urologia, pediatria e neonatologia, ecc.) all'interno delle predette aree di degenza ove potrà essere massimizzato l'impiego delle risorse umane e delle dotazioni disponibili;

- e) messa in sicurezza dei "punti nascita", con disattivazione (salvo eccezionali motivi) di quelli caratterizzati da < 400 parti/anno e individuazione, in quelli mantenuti, di idonei protocolli atti a garantire la sicurezza del neonato e della madre (linee-guida in corso di definizione);

- f) in riferimento a peculiari settori di alta specialità (es: cardiologia interventistica), prefigurazione di una possibile soluzione gestionale secondo il modello di "rete integrata dei servizi", orientata per livelli di prestazioni e gruppi di popolazione, in grado di superare ogni gestione frammentaria di servizi che spesso si qualificano come aggiuntivi, piuttosto che sostitutivi.

Si tratta di assicurare processi di sussidiarietà fra livelli d'intervento, privilegiando l'attenzione sulle relazioni (le maglie) rispetto alla organizzazione interna delle UU.OO.(i nodi);

Questa tipologia di assetto organizzativo è ispirata al modello hub & spoke che esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche ad unità centrali di riferimento.

Il modello disegna un'organizzazione che concentra gli interventi ad alta complessità in centri di eccellenza (HUB) distribuendo i terminali di accesso in centri sott'ordinati (SPOKE) cui compete principalmente la selezione e l'invio di pazienti;

- g) coinvolgimento delle case di cura private delle aree metropolitane nel progetto del perseguimento di una maggiore appropriatezza dei ricoveri per acuti, attraverso la riconversione di quota parte dei pp. ll. accreditati per i ricoveri acuti, in altrettanti da dedicare alla rete della lungodegenza e ciò al fine di contenere la quota di inappropriata, riducendo ricoveri e/o giornate di degenza ad alto rischio di non appropriatezza, registrati, in particolare, presso le aziende con orientamento all'alta specialità, migliorandone, conseguentemente, l'efficienza produttiva;

- h) riconversione dei presidi ospedalieri delle Aziende UUSSLL nel rispetto dei criteri sopra riportati, tenendo, in ogni caso, conto:

- della densità demografica del bacino di riferimento;
- delle condizioni di viabilità e dei collegamenti nel territorio di pertinenza;
- della distanza chilometrica dall'ospedale vicinore e del tempo occorrente per raggiungerlo.



#### **4 bis. Addendum esplicativo dei criteri e delle modalità di riconversione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale:**

- **DIPARTIMENTALIZZAZIONE**

*Fermo restando quanto previsto nella DGR 135/03 in riferimento ai DEA di II° e III° livello, il modello organizzativo dipartimentale rappresenta certamente un esempio funzionale attraverso il quale si integrano le risorse umane e tecnologiche, al fine di garantire un livello prestazionale che sia il più adeguato possibile alle aspettative e alle esigenze della popolazione.*

*A tale scopo le ASL e le AA.OO. dovranno garantire la dimissione protetta e l'assistenza domiciliare anche attraverso l'attivazione di dipartimenti interaziendali (legge regionale n. 25/96 e legge n. 135/90), con le strutture territoriali presenti nel territorio di appartenenza.*

*Al fine di utilizzare al meglio le risorse umane, finanziarie e tecnologiche e per evitare duplicazioni di attività e tecnologia, il modello dipartimentale oncologico individuato dal PSR 2000-2002 nelle aree di rischio ambientale, verrà operato attraverso il ricorso alla dipartimentalizzazione interaziendale, fermo restando quanto già autorizzato, al fine di ottimizzare le tecnologie e le professionalità già esistenti ed operanti nel settore, presupposto questo, indispensabile per la costruzione delle reti specialistiche integrate.*

*Il dipartimento quindi rappresenta un'organizzazione funzionale che può favorire un reale miglioramento delle prestazioni erogate, sia all'interno della singola Azienda che fra aziende.*

*Le modalità di costituzione, attivazione, direzione e funzionamento dei dipartimenti sono disciplinate dalla legge 229/99 e successive modifiche ed integrazioni, dal vigente PSR al capitolo assistenza ospedaliera, nonché dai CC.NN.LL. della dirigenza medica e veterinaria, compresa l'istituzione di una guardia di area dipartimentale e ciò al fine di garantire la possibilità di erogare una prestazione in urgenza per i pazienti ricoverati, in attesa dell'intervento del medico in pronta disponibilità.*

- **PRESIDI OSPEDALIERI AUSL**

*Le nuove normative sulla edilizia e tecnologia ospedaliera, nonché il risk management, impongono una seria riflessione e una nuova riprogrammazione e rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie territoriali.*

*Infatti il mantenimento di alcuni presidi ospedalieri che offrono poche garanzie sui livelli delle prestazioni, portano, in uno alla normativa richiamata in precedenza, ad una nuova riorganizzazione e classificazione degli stessi.*

*Pertanto occorre riqualificare e riclassificare i presidi ospedalieri delle aziende sanitarie nel modo seguente:*

- **OSPEDALE DI COMUNITA'**

*Fermo restando quanto previsto nel D.A. 810/03 relativamente ai compiti, funzioni e specialità previste all'interno, rappresentano i presidi ospedalieri AUSL dotati di tecnologia e capacità di erogare prestazioni con efficacia ed efficienza, a ridotto rischio clinico e dove saranno comunque*



Regione Siciliana

garantite le prestazioni di urgenza/emergenza.

Si configurano come presidi capofila su cui ricadono e convergono le attività specialistiche dei presidi vicini riqualificati e rifunzionalizzati ( Casa della salute).

I Direttori Generali ripartiranno i posti letto per acuti e post acuzie assegnati nell'allegato, in base a criteri di economicità ed efficienza e secondo l'impatto e rilevanza sociale e la domanda di assistenza, con le modalità già previste nel D.A. 810/03.

I Direttori Generali nella rideterminazione delle specialità dovranno tener conto anche, al fine di non creare strutture specialistiche in concorrenza fra loro, delle specialità già esistenti nel territorio vicinore di competenza.

A tal fine si rinvia a quanto statuito in merito all'organizzazione dell'ospedale di comunità dal D.A. 810/03.

- OSPEDALE DI COMUNITA' RIFUNZIONALIZZATO (COUNTRY HOSPITAL E CASA DELLA SALUTE)

E' rappresentato dai presidi ospedalieri che per l'esiguità dei posti letto assegnati, per l'impossibilità al rinnovamento strutturale e tecnologico determinato dalle normative vigenti, nonché per l'elevato rischio clinico delle stesse non può più svolgere il ruolo di assicurare le urgenze/emergenze e gli interventi ad alta media intensità terapeutica; pertanto occorre rifunzionalizzare la loro attività.

Essi, invece, potranno svolgere un ruolo fondamentale nell'assicurare la continuità terapeutica per la media assistenza e di base e per i casi di riacutizzazioni per le patologie croniche costituendo un filtro all'accesso alla struttura ospedaliera che così opererà per i casi a maggiore complessità. Garantendo così l'integrazione ospedale territorio, in quanto sono i presidi periferici che dovranno fungere da raccordo tra le AA.OO., gli ospedali di Comunità ed il territorio nelle sue varie funzioni come l'assistenza domiciliare e le RSA.

La rifunzionalizzazione di questi presidi consente di liberare risorse umane, finanziarie e tecnologiche da trasferire agli ospedali di Comunità che possono così erogare prestazioni anche di urgenza/emergenza.

Questo modello innovativo di struttura garantirà tutte le esigenze di salute primaria della popolazione del territorio, assicurando tutte le prestazioni di base di bassa complessità e dotato di posti letto per acuti, post acuti e indistinti ed espletterà attività in D.H. e D.S. , attività ambulatoriale specialistica, nonché garantirà le urgenze attraverso il PTE e la guardia medica e l'integrazione con i MMG attraverso le unità di terapia di assistenza primaria (UTAP).

Nelle eventuali UU.OO. dismesse, ferma restando la conferma dell'attività specialistica, il personale medico e di comparto dovrà essere utilizzato anche nelle UU.OO. presso gli ospedali di comunità di riferimento.

Il nuovo modello organizzativo di questa funzione ospedaliera di transito ad una funzione totalmente territoriale nello specifico svolgerà le seguenti attività:

- a) Medicina con modulo di 16 posti letto per acuti
- b) Lungodegenza con modulo di 12 posti letto
- c) Riabilitazione con modulo di 8 posti letto
- d) Un modulo di 12 posti letto indistinti per acuti per le attività specialistiche in D.H. e D.S. di chirurgia, ortopedia, ginecologia, etc.
- e) MCAU con modulo di 4 poltrone OBI
- f) Attività di pronto soccorso con PTE e guardia medica



## Regione Siciliana

- g) *Attività ambulatoriali specialistiche*
- h) *Attività di patologia clinica e di radiologia*
- i) *Unità di terapia di assistenza primaria (UTAP)*

*Pertanto questo modulo di assistenza ospedaliera funzionalmente dipendente dall'ospedale di comunità vicinore sarà dotato complessivamente di 48 posti letto di cui 20 post acuti e 28 per acuti, dei quali 12 per le attività specialistiche in D.H. e D.S..*

*Per quanto riguarda le attività di patologia clinica e di radiologia , tali servizi possono essere forniti da work station.*

*Al fine di consentire una migliore utilizzazione delle risorse umane e finanziarie, da utilizzare presso le attività di patologia clinica degli ospedali di comunità e country hospital, i Direttori Generali delle aziende territoriali dovranno garantire nel territorio esclusivamente dei punti prelievo e trasferire il personale medico e/o biologo, attualmente impegnato in laboratori pubblici sparsi sul territorio di competenza, presso le UU.OO. di patologia clinica degli ospedali .*

*Le attività in D.H. e D.S. sono fornite da équipe della struttura ospedaliera di comunità capofila, in collaborazione con le eventuali unità mediche presenti nella struttura stessa, ovvero creando delle équipe specialistiche itineranti.*

*I rimanenti spazi e posti letto possono essere utilizzati sia come sedi per le attività distrettuali, che eventualmente essere inseriti nel piano di rimodulazione delle RSA pubbliche.*

*Questo modello così come concepito ,oltre a realizzare un sistema funzionale, garantisce una adeguata e sicura risposta prestazionale , consentendo , fra l'altro, di liberare risorse finanziarie e umane da reinvestire nell'intero sistema sanitario regionale.*

- **RETE DELLE MALATTIE INFETTIVE**

*Alla luce dell'attuale epidemiologia e del fatto che patologie come l'AIDS vengono adesso principalmente trattati in D.H. , si ritiene opportuno rivedere anche la rete ospedaliera di malattie infettive, e pertanto la stessa con questo atto sarà sottoposta a rimodulazione, a tal fine si è già operato con delibera del governo regionale n. 22 del 21/02/07 riducendo la stessa di 40 P.L...*

- **CENTRI DI ECCELLENZA, IRCCS, SPERIMENTAZIONI GESTIONALI E COLLABORAZIONI PUBBLICO/PRIVATO**

- **CENTRI DI ECCELLENZA**

*Nell'ambito dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 della l. n. 67/88, sottoscritto in data 18/04/02 tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Siciliana si inserisce la realizzazione di "Centri di Eccellenza" nei settori che registrano una maggiore mobilità extraregionale.*

*I Centri in corso di realizzazione in Sicilia che si trovano allocati a Messina il Centro di Eccellenza oncologico intestato al Prof. Saverio D'Aquino, a Catania il Centro di Eccellenza ortopedico intestato al Prof. Gesualdo Clementi, a Palermo il Centro di Eccellenza materno infantile intestato al Prof. Michele Gerbasi, sono stati costituiti in Fondazioni i cui soci Fondatori sono la Regione Siciliana , le Università degli studi delle rispettive città e le Aziende Ospedaliere Papardo (ME), Vittorio Emanuele (CT) e Civico (PA) che devono avviare il progetto di massima e la realizzazione delle strutture.*

*Dette Fondazioni perseguono la finalità di realizzare e gestire i Centri di Eccellenza per la cura, la diagnosi e la ricerca scientifica, nei rispettivi settori, da collegare alla rete nazionale ed internazionale degli Istituti aventi le stesse finalità e agli IRCCS, attraverso il modello della*



## Regione Siciliana

sperimentazione gestionale di cui all'art. 9 bis del D.Lgs. 502/92 e ss.mm. e ii.

Ai Project Manager, nominati nel 2003 e la cui funzione si è esaurita, era stato affidato il compito di costituire le Fondazioni, di collaborare con le AA.OO. di riferimento per la realizzazione delle strutture, con capitale interamente pubblico e di avviare progetti di partnership pubblico-privato per la gestione.

Costituite le Fondazioni, con deliberazione n.128 del 5 aprile 2007 la Giunta Regionale di Governo ha condiviso gli indirizzi operativi per i tre Centri di Eccellenza.

Al fine di dotarsi di una struttura organizzativa, i Centri potranno avvalersi, anche in posizione di comando o distacco, di personale delle aree amministrativo-contabile, tecnica e sanitaria appartenenti a strutture del SSR.

Per quanto attiene alle risorse finanziarie necessarie per la completa realizzazione dei Centri di Eccellenza, inizialmente inseriti, come sopraddetto sull'art. 20 l.r. n. 67/88, si evidenzia quanto segue:

- Per il Centro di Eccellenza oncologico di Messina la copertura finanziaria dell'opera pari a euro 40.987.413,95 è assicurata dal concorso della somma di euro 30.987.413,95 prevista nel citato art.20 e della somma di euro 10.000.000,00 prevista nell'APQ Sanità.
- Il Centro di Eccellenza ortopedico di Catania, dell'importo complessivo di euro 168.000.000,00, la cui copertura finanziaria è assicurata dal concorso della somma di euro 29.549.508,00 sul F.S.N., di euro 14.000.000,00 sull'APQ Sanità e di euro 6.713.939,00 sull'art. 71 della l. n. 488/98, di euro 101.512.683,72 sull'art. 20 della l. n. 67/88 e infine di euro 16.223.669,28 a carico del bilancio aziendale, sarà realizzato nell'ambito del più ampio progetto di realizzazione del Nuovo Ospedale di San Marco in CT.
- Per il Centro di Eccellenza materno-infantile dell'importo complessivo di euro 61.057.879,04, la copertura finanziaria è assicurata quanto a euro 51.316.551,93 dall'art. 71 della l. n. 488/98, quanto a euro 2.583.244,07 a carico della Fondazione che inoltre provvederà attraverso la partecipazione di partners privati al reperimento dell'ulteriore somma di euro 7.163.755,91 finalizzati all'acquisizione di attrezzature per la ricerca.

L'attivazione dei posti letto dei Centri di eccellenza, come specificato negli accordi di programma, comporta il trasferimento delle unità operative, con il personale e la relativa dotazione finanziaria, già presenti nelle aziende sanitarie, con contestuale soppressione di tutti i posti letto della specialità interessate da parte delle aziende cedenti.

Inoltre sono state avviate importanti sperimentazioni gestionali con partner di prestigio, quali l'Is.Me.T.T. di Palermo, la Fondazione Giglio-San Raffaele di Cefalù e la Fondazione Maugeri di Pavia, nonché confermata la convenzione con l'IRCCS Oasi di Troina.

Ciascuna di dette sperimentazioni gestionali obbedisce all'esigenza di assicurare alla popolazione isolana una risposta di elevato valore sanitario a bisogni di salute in passato motivo di viaggi verso altre regioni italiane se non addirittura all'estero.

- ISMETT

L'avvio di tale sistema di partnership pubblico privata si ha già nel 1996 con l'autorizzazione - a quel tempo ministeriale - ai sensi dell'art. 9 bis del Decreto legislativo 502/92 che ha dato luce all'Istituto Mediterraneo per i trapianti e terapia ad alta Specializzazione. La Regione Siciliana interviene nella sperimentazione gestionale mediante le Aziende Ospedaliere "Cervello" e l'A.R.N.A.S. "Civico" di Palermo.

L'istituto è costituito in forma societaria dalle Aziende sanitarie sopraddette e da University of Pittsburgh Medical Center (U.P.M.C.); nella forma di società a responsabilità limitata.

Detto Istituto specializzato nel settore dei trapianti di organo, svolge attività sanitaria di alta



## Regione Siciliana

specializzazione utilizzando tecniche all'avanguardia e cura altresì attività di ricerca e formazione assolutamente coerenti con la programmazione regionale. L'Istituto intrattiene un rapporto di tipo convenzionale con la Regione Siciliana, il quale sulla base del progetto gestionale approvato disciplina le modalità, la durata e gli adempimenti in capo ai contraenti.

La prima convenzione stipulata il 12 luglio 1997 per una durata novennale, riguardava uno specifico progetto di sperimentazione gestionale presentato dalla Regione Siciliana per la realizzazione di un Istituto per trapianti multiorgano e terapia di alta specializzazione, ed è stata ulteriormente rinnovata fino al 31 dicembre 2012 a mezzo di convenzione all'uopo stipulata in data 1 dicembre 2005 a firma del Presidente della Regione, dell'Assessore alla Sanità e del Presidente dell'ISMETT nel cui contesto è stata fissata la disponibilità operativa di 70 posti letto di degenza e terapia intensiva nella nuova sede clinica di via Tricomi e nell'occupazione degli stessi per almeno il 75% del tempo, su base annua.

- ISTITUTO SAN RAFFAELE – G. GIGLIO DI CEFALÙ

Stessa modalità di finanziamento, ai sensi della medesima norma, è prevista per l'altro programma di sperimentazione gestionale con cui la Regione Siciliana ha intrapreso una collaborazione con la Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor di Milano costituendo, insieme al Comune di Cefalù, la Fondazione "Istituto S. Raffaele – G. Giglio di Cefalù"

La natura giuridica insita nell'Istituto della Fondazione, Ente di diritto privato se pur con partecipazione di parti pubbliche, dotato di autonomia nella individuazione dei mezzi volti al raggiungimento dello scopo e nella gestione, ha richiesto, per disciplinare nel dettaglio i criteri statuiti dal dettato normativo, la stipula di apposita Convenzione, necessaria, altresì, stante la natura derogatoria del modello "sperimentazione gestionale" rispetto ad alcune regole pubblicitiche.

Detta convenzione stipulata in data 21/05/03 fra l'AUSL n. 6 e la Fondazione "Istituto S. Raffaele – G. Giglio di Cefalù" e con l'intervento della Regione Siciliana, fissata inizialmente in un periodo di cinque anni, individua gli adempimenti e gli impegni assunti dalle parti e regola i rapporti tra le stesse.

La Fondazione svolge attività di alta specialità, in particolare nel settore dell'oncologia, in forza della delibera della Giunta regionale n. 440 del 23 dicembre 2002, integrata con la successiva deliberazione n. 141 del 7 maggio 2003, con una dotazione di 260 posti letto e con possibilità di essere destinata altresì ad attività di assistenza, ricerca, didattica e formazione.

- IRCCS OASI DI TROINA

In forza della delibera della Giunta regionale siciliana n. 370 dell'11 novembre 2004, con la quale è stata rideterminata la dotazione dei posti letto dell'Istituto Oasi Maria SS. di Troina, è stata sottoscritta apposita convenzione tra la Regione e l'Istituto in data 8 febbraio 2002, successivamente oggetto di proroghe di cui l'ultima in data 27 aprile 2006 ed approvata con decreto dell'Assessore alla Sanità n. 7967 del 26 maggio 2006.

Nel contesto di tale convenzione sono stati riconosciuti posti letto n. 88 per le funzioni di diagnosi e cura e posti letto n. 264 per le funzioni riabilitative

- IRCCS BONINO-PULEJO

Con decreto 4 marzo 2006 (come sostituito dal decreto 4 aprile 2006) del Ministro della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Siciliana è stato attribuito, per un periodo di tre anni, il riconoscimento del carattere scientifico al Centro neurolesi Bonino-Pulejo, istituto con personalità giuridica di diritto pubblico per la disciplina delle Neuroscienze nell'ambito della



## Regione Siciliana

prevenzione, del recupero e trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite.

Con successiva delibera della Giunta regionale di governo della Regione Siciliana 29.09.2005, n. 448 sono stati riconosciuti n. 64 posti letto per funzioni riabilitative.

- FONDAZIONE MAUGERI

Attivazione delle UU.OO. di riabilitazione presso l'Azienda Ospedaliera di Sciacca per un numero di 32 posti letto e presso il Presidio Ospedaliero di Mistretta per 20 posti letto.

Nel quadro delle iniziative volte al contenimento della spesa con la legge regionale n. 2 del 2007 art. 24 comma 3 si è introdotto il sistema della negoziazione del Budget annuale anche con L'Is.Me.T.T. e la Fondazione "Istituto S. Raffaele – G. Giglio di Cefalù" da determinarsi nel rispetto delle strategie e degli obiettivi previsti nel piano di risanamento.

E' stato riorganizzato il sistema di prelievo e trapianto degli organi, con un nuovo e più articolato assetto del Centro, al quale sono stati attribuiti compiti ed assegnati obiettivi che dovrebbero produrre un sensibile incremento delle performances nel triennio di riferimento.

Eventuali variazioni delle attività assistenziali e dei rapporti in essere connesse alle sperimentazioni gestionali e alle convenzioni in essere pubblico/privato, alla data di approvazione del presente piano, con la sottoscrizione del relativo accordo, sono subordinate a delibera di giunta regionale, preventivamente concertata con i ministeri competenti. In ogni caso per le sperimentazioni gestionali e le altre convenzioni in essere di collaborazione pubblico privato, la Regione si impegna a produrre una delibera della Giunta regionale ricognitiva delle varie situazioni sotto il profilo giuridico ed economico finanziario, con la contestuale elaborazione di un provvedimento normativo per la definitiva stabilizzazione di tali strutture in coerenza con i principi fondamentali di cui al D. Lgs 502/1992 e successive modificazioni.

Allo scopo si definiscono le seguenti scadenze:

- a) atto deliberativo della Giunta regionale entro il 31.12.2007
- b) approvazione del provvedimento normativo da parte dell'ARS entro il 30.04.2008.

- ATTIVITA' IN INTRAMOENIA

*Al fine di consentire l'erogazione in regime di ricovero dell'istituto normativo e contrattuale della attività in intramoenia, una parte dei posti letto non più a carico del SSN, possono essere utilizzati per tale attività.*

- POSTI LETTO POST- ACUZIE

*Con la legge 405 del 16 novembre 2001 art. 3, comma 4, nell'ottica della riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale, è stato imposto alle regioni la rideterminazione in minus dei posti letto ospedalieri, fissandoli dal 5,5 % al 5%o abitanti, riservando l'1% o dei posti letto a posti letto di post acuzie di Riabilitazione e di Lungodegenza Medica; ciò allo scopo di garantire un corretto utilizzo delle degenze ordinarie riservandole esclusivamente alle funzioni di acutiae.*

*Tale previsione è stata confermata anche dalla Regione Siciliana che, in ottemperanza ai dettami di detta legge, con la Delibera di Giunta 135/03 prima e col D.A. 810/2003, che ha reso operativa la citata delibera di Giunta, ha identificato per ciascuna Azienda Sanitaria e per ciascun Presidio il numero specifico di posti letto dedicati all'attività di Lungodegenza medica post acutiae e di Riabilitazione.*

*Dalle rilevazioni espletate dall'IRS risulta evidente che la maggior parte delle Aziende non ha*



## Regione Siciliana

*attivato, malgrado la reale necessità, i posti letto dedicati alla post acuzie, venendo a mancare di fatto il supporto assistenziale o nella stabilizzazione dei pazienti ricoverati con pluripatologie prima della dimissione, o con notevole difficoltà per i pazienti che necessitano di riabilitazione; la mancata attivazione di questi posti letto ha sicuramente contribuito ad innalzare ulteriormente l'indice di ospedalizzazione.*

*Seppur entrambe le specialità rivestono funzione strategica ai fini di garantire e ottimizzare l'assistenza ai pazienti ricoverati, necessita fare un richiamo sui compiti e finalità dei posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza.*

### *- LUNGODEGENZA MEDICA*

*I posti letto di Lungodegenza Medica post acutiae dovranno garantire un adeguato e completo trattamento assistenziale per quei pazienti, già ricoverati, con pluripatologia che necessitano di essere stabilizzati prima della dimissione o che non possono essere trattati per le terapie in corso adeguatamente al proprio domicilio o in day-hospital; ciò allo scopo di garantire un corretto utilizzo delle degenze ordinarie riservandole esclusivamente alle funzioni di acutiae.*

*Dalle rilevazione espletate da questo IRS risulta evidente che la maggior parte delle Aziende non ha attivato, malgrado la reale necessità, i posti letto dedicati alla Lungodegenza Medica post acuzie.*

*I posti letto e le strutture di Lungodegenza Medica post acuzie, nella nuova organizzazione della Rete Ospedaliera, non devono confondersi con i posti letto di lungodegenza, storicamente riservati ai pazienti cronici, ma si collocano quale struttura che accoglie pazienti già ricoverati e trattati in fase di acuzie, con pluripatologie ancora non stabilizzati, ma che necessitano di ulteriore periodo di ricovero consentendo ai reparti per acuti di migliorare sia la performance degli indici di produttività legati all'utilizzazione ottimale dei posti letto in dotazione, che una migliore ottimizzazione della disponibilità dei posti letto per acuti con caratteristiche adeguate alle patologie insistenti nel bacino territoriale.*

*La Lungodegenza Medica post-acutiae trova la sua naturale collocazione all'interno delle strutture ospedaliere per acuti, ovvero nelle strutture private accreditate, in quanto diretta prosecuzione delle cure già instaurate nei reparti per acuti di provenienza, che continueranno a svolgere l'assistenza specialistica di competenza.*

*L'attività assistenziale dei pazienti ricoverati nei reparti di Lungodegenza Medica post acuzie, a differenza della Lungodegenza riservata ai pazienti cronici delle aziende territoriali, proprio per le caratteristiche e complessità delle pluripatologie di cui sono affetti (pazienti tracheostomizzati, post infartuati, pazienti con eventi emorragici o trombotici cerebrali in fase di stabilizzazione, pazienti con interventi chirurgici di maggiore complessità, non autosufficienti, in nutrizione parenterale o enterale, vasculopatici, coma vigile, etc.) ha un maggiore impegno di risorse umane, farmacologiche, presidi sanitari e dietetici.*

*La Regione, con specifico atto deliberativo, individuerà un set di prestazioni di particolare complessità da erogarsi, in casi selezionati in base alla diagnosi principale, che possono essere remunerati con la tariffa per la riabilitazione prevista per la corrispondente MDC.*

*Alla luce di quanto sopra esposto, in attesa di rivisitare la tariffazione giornaliera, diversificata a seconda della collocazione (Azienda Ospedaliera o ASL), per i pazienti ricoverati in Lungodegenza medica post-acuzie, appare non appropriata l'attuale rendicontazione analitica dei costi equivalente a quella effettuata per i reparti di ricovero per acuti, e pertanto in attesa di nuove direttive sulla tariffazione della singola giornata di degenza e/o di nuovi criteri e parametri di valutazione economica dei costi e ricavi, la rendicontazione analitica dei costi ha un solo ed esclusivo significato conoscitivo e nessuna valenza economica in rapporto al raggiungimento della parità del bilancio*



## Regione Siciliana

della singola U.O.

### - MEDICINA RIABILITATIVA

*La situazione attuale dei posti letto di riabilitazione risulta non consona ai reali fabbisogni regionali, e con discrasie notevoli fra i bacini e/o gli ambiti provinciali, nonché fra strutture pubbliche e private.*

*Le nuove conoscenze cliniche inducono, inoltre, a specializzare ulteriormente la riabilitazione, trasformandola di fatto in riabilitazione di organo (neuromotoria, cardiologica, pneumologica, etc.).*

*Con l'invecchiamento della popolazione è sorta negli ultimi anni un'altra esigenza riabilitativa che è legata alla sempre più frequente possibilità di trovarsi con pazienti affetti da pluripatologie croniche, e pertanto spesso allettati, che oltre a poter scatenare eventi acuti di particolare importanza clinica e terapeutica, costituiscono di fatto, anche per la qualità della vita, un vero bisogno assistenziale e riabilitativo.*

*Pertanto la riabilitazione sia per gli eventi traumatici, che per gli incidenti cardiovascolari sempre in aumento, diventa un momento assistenziale fondamentale di tutto l'iter terapeutico assistenziale del sistema sanitario.*

*La collocazione dei posti letto post-acute, di riabilitazione, fatto salvo i P.L. già istituiti e attivati, sarà rideterminata nel modo seguente:*

- a) nelle aziende ospedaliere di rilievo nazionale, all'azienda ospedaliera per il triennio clinico di formazione, alle aziende ospedaliere di riferimento per l'emergenza di II e III livello verranno assegnati dei posti letto post acuti di medicina fisica e riabilitazione, che i direttori generali in sede aziendale dovranno attivare, tenendo conto delle specialità presenti nell'azienda (cardiologica, pneumologica, neurologica, etc.). Il DRG della riabilitazione deve essere diversificato per riabilitazione specialistica di organo;*
- b) nei presidi delle Aziende Sanitarie, in genere e di norma trova allocazione una riabilitazione di base neuromotoria, con possibilità, per criteri di economicità, efficienza ed efficacia, di poter individuare in sede aziendale un presidio dimesso dove convogliare tutti i posti letto di riabilitazione;*
- c) nelle strutture private accreditate, di posti letto di riabilitazione secondo quanto già previsto di norma trova allocazione una riabilitazione di base neuromotoria.*

### • INTEGRAZIONE COL TERRITORIO

*Al fine di riequilibrare l'intero sistema sanitario regionale, è necessario stabilire una reale integrazione fra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, coinvolgendo rispettivamente e principalmente le strutture di Lungodegenza da una parte e quelle territoriali rappresentate dai MMG, ADI e RSA dall'altra.*

*E' solo attraverso questo sinergismo che si possono raggiungere gli obiettivi fissati e programmati secondo quanto stabilito con l'articolo 4, comma 1 lettera a) dell'intesa stato regione del 23 marzo 2005 e del 29 settembre 2006.*

*In particolar modo se da un lato dobbiamo mettere in opera tutti gli strumenti assistenziali idonei a ridurre il ricovero ordinario per acuti, dall'altro dobbiamo garantire un percorso assistenziale tale da consentire una idonea assistenza a tutti quei pazienti, che per le patologie di cui sono affetti (coma vigile, tracheostomizzati, insufficienza ventilatoria, sclerosi multipla, etc.), trovano difficile collocazione all'esterno della struttura ospedaliera.*



## Regione Siciliana

*Al fine di ridurre il ricorso al ricovero ordinario per le riacutizzazioni delle patologie, le ADI distrettuali ed i Distretti dovranno garantire percorsi preferenziali per i pazienti dimessi dai reparti di Lungodegenza post-acute, in modo da consentire soprattutto per le unità allocate nelle aziende ospedaliere un adeguato turnover, attraverso percorsi preferenziali per l'assistenza domiciliare, per il trasferimento in RSA territoriale nonché in casi di necessità favorire il trasferimento presso unità di Lungodegenza allocate nei presidi ospedalieri territoriali a minore complessità di patologie e prestazioni erogate.*

*Rappresentando questo il vero punto di snodo dell'intero sistema sanitario regionale, con successivi decreti saranno emanati linee guida sull'ADI, sulla manutenzione dei ricoveri per i 43 DRG ai sensi del DPCM 21/11/01 sui LEA, già disciplinati con D.A. 1062/2002, nonché il completamento della rete assistenziale delle RSA e la rivisitazione delle tariffe in rapporto all'impegno assistenziale.*

### • RIDEFINIZIONE RETE OSPEDALIERA PER ACUTI E POST-ACUTI:

*La rideterminazione e la riduzione dei P.L. per acuti riguarderà le aziende ospedaliere e sanitarie, i policlinici universitari, l'ospedalità privata e la rete infettivologica con criteri successivamente enunciati.*

*I P.L. delle sperimentazioni gestionali, fino al completamento della fase di sperimentazione e comunque per tutta la durata del piano, vanno ricompresi nel numero dei P.L. regionali così come per i posti letto dei centri di eccellenza.*

*Non vengono ricomprese nel numero dei posti letto regionali, altresì, le poltrone di:*

- a) osservazione breve;*
- b) poltrone di dialisi;*
- c) riunito odontoiatrico;*

*Le poltrone per trattamenti antitumorali per chemioterapici vengono utilmente conteggiati quali p.l. dedicati al ricovero in regime diurno (DH).*

*Resta confermato che la programmazione per le specialità ad elevata assistenza, terapie intensive nonché i riequilibri della rete delle discipline a media assistenza restano di esclusiva competenza della regione secondo le modalità previste dalla DGR 135/03 e successive integrazioni, i rimanenti posti letto assegnati dovranno essere ripartiti per le specialità di media assistenza e di base con moduli o sottomoduli secondo i criteri previsti dal D.A. 810/03, fatta eccezione per quanto previsto per l'attività in D.H. e D.S. da questa rimodulazione.*

*La delibera DGR 135/03, secondo la normativa allora vigente, ha fissato le percentuali a 4 % di posti letto per acuti e 1 % per i posti letto di post acuzie di Riabilitazione e Lungodegenza Medica, fissando il complessivo dei posti letto a 20.000 per acuti e 5.000 per post acuzie .*

*Con l'integrazione stabilita all'articolo 4, comma 1 lettera a) dell'intesa stato regione del 23 marzo 2005 e del 29 settembre 2006, viene statuito il nuovo parametro per la rimodulazione "in minus" dei P.L. in 4,5 posti letto per mille abitanti, di cui il 3,5% relativo a posti per acuti e l'1% di posti per posti letto di post acuzie.*

*Tale riduzione inciderà su tutte le strutture accreditate al SSR, ovvero aziende ospedaliere, presidi ospedalieri aziende sanitarie, policlinici, strutture private accreditate, con contestuale riduzione del budget finanziario assegnato.*

*Abitanti regione al 31 dicembre 2000 stimati 5.000.000.*



Regione Siciliana

Indice P.L. 4.5x1.000

P.L. 22.500

Utilizzando lo stesso criterio previsto dalla delibera D.G.R. n. 135/03 da detti p.l. vanno sottratti i p.l. dei policlinici universitari in quanto gravitano su tutto l'ambito regionale, analogamente si prevede di operare per i due IIRCCCCSS e per le sperimentazioni gestionali.

Premesso che entro il 31.12.2007 si provvederà ad una revisione dei protocolli d'intesa con le Università per adeguarli ai contenuti del Presente Piano, si precisa che la dotazione dei posti letto delle Aziende Ospedaliere universitarie è stabilita in conformità con le relative disposizioni di legge (decreto legislativo n. 517/99).

	Acuti	Riabilitazione
POLICLINICO PA	893	
POLICLINICO ME	883	
POLICLINICO CT	399	
IRCCS NEUROLESI ME		64
IRCCS OASI TROINA	88	264
S. RAFFELE – CEFALU'	179	
ISMETT	70	
	<b>2.512</b>	<b>328</b>

Ne consegue che l'indice regionale di p.l. per acuti viene così rideterminato:

$P.L. 17.535 - P.L. 2.512 = 15.023/5.000.000$ , indice regionale  $3.00 \times 1.000$

Pertanto il numero di posti letto per acuti viene così rideterminato per bacino:

<b>Bacino</b>	<b>Abitanti</b>	<b>P.l. ind. 3.0x1.000</b>
Palermo - Trapani	1.660.000	4.985
Catania - Ragusa - Siracusa	1.800.000	5.405
Agrigento - Caltanissetta - Enna	900.000	2.705
Messina	640.000	1.928
<b>Totale P.L. x acuti</b>		<b>15.023</b>

<b>Province</b>	<b>P.l. ind. stimati al 31.12.07</b>
Agrigento	2,35
Caltanissetta	3,60
Catania	3,83
Enna	3,58
Messina	3,26



## Regione Siciliana

<i>Palermo</i>	3,36
<i>Ragusa</i>	3,07
<i>Siracusa</i>	3,02
<i>Trapani</i>	2,69

### **5. Estensione della rimodulazione all'ospedalità privata accreditata**

Resta inteso che il previsto processo di rimodulazione della rete ospedaliera, fin qui esplicitato, comprenderà, in quota proporzionale, interventi di riordino anche a carico del settore privato i cui posti letto costituiscono, in atto, il 21,3 % (21,0% RO, 27,7% DH) dell'offerta regionale complessiva mentre i ricoveri erogati rappresentano il 20 % del totale regionale. L'offerta sanitaria dell'ospedalità privata riguarda, in massima parte, il trattamento di patologie acute e solo marginalmente la riabilitazione e la lungodegenza.

Nella previsione del nuovo assetto, particolare rilievo assume il completamento delle procedure di verifica dei criteri di accreditamento, in tale contesto vengono opportunamente valutate la funzionalità delle strutture e la coerenza delle attività rispetto alle linee della programmazione sanitaria regionale, conseguendo, in primo luogo, elementi di natura tecnica atti a rimuovere ogni possibile e residuale condizione di rischio clinico.

Infatti, l'inserimento o l'esclusione di strutture gestite da capitale privato nella rete ospedaliera regionale deve discendere non da acritiche pregiudiziali nei confronti delle stesse strutture ma, piuttosto, da precorse valutazioni dei livelli di affidabilità organizzativa, qualità delle prestazioni, accettazione della pianificazione e delle complessive linee di indirizzo regionali.

Ne consegue che i vincoli programmatici connessi alla rimodulazione della rete ospedaliera devono intendersi applicabili a tutte le strutture coinvolte nel sistema assistenziale prefigurato, tenendo conto degli oggettivi bisogni di salute e delle specifiche esigenze dei territori provinciali ed interprovinciali di riferimento.

In tab. 3 sono riportati i P.L. che in atto insistono, per ogni provincia, nel comparto dell'ospedalità privata.

In atto i P.L. autorizzati e accreditati sono 4.143 per acuti e 325 per post- acuti (tot. 4468): al fine di conseguire lo standard di posti letto stabilito all'art. 4, comma 1, lettera a, dell'Intesa Stato-Regioni 23.03.05, gli stessi sono ridotti di circa il 10%, come precedentemente e più dettagliatamente definito. In ogni caso, la riduzione sarà operata anche sulla scorta delle valutazioni conseguenti al completamento del percorso di accreditamento istituzionale attualmente in corso e la cui conclusione già prevista per il 30.06.07 non ha subito alcuna proroga.

Nell'ottica della riqualificazione complessiva dell'ospedalità privata e delle strutture assistenziali a carattere socio-sanitario (RSA, CTA, strutture residenziali), con specifico atto di programmazione e sentite le organizzazioni di categoria, si provvederà ad adeguare, rispetto agli oggettivi fabbisogni di salute e in coerenza con il livello di complessità assistenziale, gli standard delle dotazioni organiche delle succitate strutture.

Per quanto precede e per le parti pertinenti alle predette previsioni, si intendono superate le prescrizioni previste in materia dalla L.R. 39/1988.

### **6. Strumenti operativi ed attuativi della rimodulazione ospedaliera**



## Regione Siciliana

Ai fini della realizzazione degli interventi concernenti la rimodulazione della rete ospedaliera, si ritiene di adottare i necessari strumenti di pianificazione, concertazione ed attuazione che possono essere così riassunti:

- a) assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del decreto assessoriale di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03, fermo restando il congelamento dei posti letto per acuti ad oggi non attivati come previsto nel paragrafo 2 del presente capitolo 14;
- b) le azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 dovranno essere adottate nei 30 giorni successivi all'adozione del P.d.R., pena la decadenza degli stessi Direttori Generali;
- c) insediamento, entro il 31.08.07, di un tavolo tecnico regionale che, elabori le linee-guida per la riconversione e rimodulazione della rete ospedaliera, previa consultazione delle O.SS. e delle parti sociali, sentita la competente Commissione dell'ARS, con approvazione delle medesime linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.09.07, le linee guida dovranno essere comprensive di una tabella di definizione del fabbisogno di posti letto per bacino, per ambito provinciale e per singola azienda;
- d) entro il 15.09.07, istituzione, nell'ambito delle singole province, di un Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) cui affidare, in sede locale, l'applicazione delle disposizioni programmatiche regionali e di monitorare i relativi interventi. Il CTP è composto dai Direttori Generali delle Aziende ospedaliere sanitarie, universitarie, IRCCS e sperimentazioni gestionali della provincia; inoltre ne fanno parte una rappresentanza dell'ospedalità privata, degli Enti Locali e due tecnici nominati dalla competente Commissione dell'ARS. Le funzioni di Presidente sono svolte dall'Assessore Regionale alla Sanità o suo Delegato (anche esterno all'Amministrazione Regionale);
- e) entro il 15.11.07 le Aziende (inclusi i Policlinici, gli IRCCS e le sperimentazioni gestionali), sulla base delle determinazioni di cui ai precedenti punti a-b e tenuto conto del D.A. 810/03, adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, sentito il CTP che si esprime nel tempo massimo di 15 giorni, e lo sottopongono alla valutazione dell'Assessorato Regionale alla Sanità che, entro il 30.11.07, esprime parere vincolante, comprensivo di eventuali prescrizioni;
- f) entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, approvati dall'Assessore, tenuto conto di quanto nel frattempo previsto dal Piano sanitario regionale da approvarsi entro il 31.12.2007.

In attuazione del principio di autosufficienza su base provinciale – che costituisce uno dei criteri ispiratori della complessiva azione di riconversione ospedaliera – i Piani Attuativi Aziendali, valutati ed integrati nell'ambito di ogni CTP, dovranno prevedere specifici interventi (coordinati a livello regionale ai sensi e per gli effetti del D.A. 810/03), atti a garantire, in ambiti territoriali omogenei e per effetto di rimodulazione dei P.L. esistenti, idonei modelli assistenziali riferiti almeno a:

- oncologia (medica e chirurgica, radioterapia oncologica, hospice)
- nefrologia ed emodialisi (eventualmente anche per gli accessi vascolari di competenza chirurgica)
- gestione dell'emergenza/urgenza
- UTIC ed emodinamica
- terapia intensiva respiratoria
- rete dell'assistenza materno-infantile (incluse UTIN)
- terapia intensiva per adulti
- specialità chirurgiche ad elevata complessità in ambito di bacino
- riabilitazione neurologica e cardiologica
- geriatria e lungodegenza.

La Regione si impegna a procedere alla riduzione del numero delle aziende ospedaliere entro il 30.06.2008 con l'adozione di idoneo provvedimento.



## **QUANTIFICAZIONE DELLE ECONOMIE E DEI COSTI PER LA RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA**

In atto la quantificazione delle economie e dei maggiori costi, derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera in base ai suddetti parametri numerici, è stata effettuata in rapporto al costo del P.L. medio per fasce di strutture omogenee. Il costo medio delle strutture private, non essendo disponibile in atto un'analisi di tali costi aziendali, è stato parificato al valore medio derivante dal rapporto fatturati prodotti/posti letto.

Per quanto riguarda la ripartizione delle economie sulle diverse voci di costo derivanti dalla riduzione dei posti letto si è proceduto per l'anno 2007 sulla base degli effettivi costi registrati sul conto economico in ciascuna azienda; per gli anni 2008 e 2009, non essendo ancora individuati i posti letto da ridurre per ciascuna struttura ospedaliera, si è proceduto sulla base del costo medio delle strutture ospedaliere pubbliche, e di quello delle strutture a sperimentazione gestionale.

Per le strutture private l'intero costo è stato attribuito alla voce servizi.

I costi attribuiti alle diverse voci del conto economico non sono stati quantificati per intero, nel presupposto che nelle aziende sanitarie taluni costi sono rigidi e non comprimibili. Si è pertanto definita la seguente effettiva incidenza sulle diverse voci di costo:

- Costi per acquisti di beni per il 30% del totale ripartito;
- Altri costi per il 10% del totale ripartito.

Si rappresentano nelle **tabelle C.1/1, C.1/2 e C.1/3** gli interventi relativi ai punti sopra indicati.

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Ospedaliera esposta al termine della presente sezione **C)**:

7. Con decreto dell'Assessorato regionale alla sanità entro il 15 settembre 2007 sarà adottato il D.M. 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie"



Tabella C.1.1/1

## Misure di contenimento dei costi derivanti dalla riduzione dei posti letto -- ANNO 2007



Regione Siciliana

AZIENDA	CITTA'	n° posti letto x acuti	costo 2005	costo x PL	riduzione n° posti letto per Fascia	abbattimento per Fascia 2007	RIPARTIZIONE DEI COSTI				INCIDENZA PER ABBATTIMENTI COSTI			Totale riduzione costi per il 2007
							Costo Personale Costo Totale	Costo Beni/ Costo Totale	Altri Costi/ Costo Totale	Costi beni 30%	Altri costi 10% Privato - 100%	(escluso)		
Policlinico universitario	Palermo	883	156.345.000	175.078		-	50%	22%	28%	-	-	-	-	-
Policlinico universitario	Messina	883	156.590.000	177.339		-	49%	21%	30%	-	-	-	-	-
Policlinico universitario	Catania	399	90.159.000	225.962		-	46%	22%	32%	-	-	-	-	-
Civico	Palermo	1086	304.457.000	280.347		-	59%	22%	20%	-	-	-	-	-
Garibaldi	Catania	903	186.137.000	205.024	153	31.368.728	57%	20%	22%	1.907.722	699.446	2.607.167	2.607.167	2.607.167
Vitt Emanuele	Catania	913	224.250.000	245.619	163	40.035.871	56%	22%	21%	2.687.197	857.205	3.544.402	3.544.402	3.544.402
<b>TOT. FASCIA A</b>		<b>5077</b>	<b>1.116.938.000</b>	<b>220.000</b>	<b>316</b>	<b>71.404.598</b>	<b>53%</b>	<b>21%</b>	<b>26%</b>	<b>4.594.919</b>	<b>1.556.651</b>	<b>6.151.569</b>	<b>6.151.569</b>	<b>6.151.569</b>
S. Elia	Caltanissetta	410	79.928.000	194.946		-	62%	19%	19%	-	-	-	-	-
Canizzaro	Catania	516	141.075.000	273.401		-	54%	20%	26%	-	-	-	-	-
Pagardo	Messina	369	98.340.000	252.802		-	59%	17%	24%	-	-	-	-	-
Villa Sofia	Palermo	425	125.691.000	295.744		-	65%	17%	16%	-	-	-	-	-
S. Giovanni Di Dio	Agrigento	352	66.403.000	188.645	2	377.290	55%	19%	26%	21.145	9.757	30.902	30.902	30.902
Gravina	Callagione	323	74.768.000	231.480		-	67%	12%	21%	-	-	-	-	-
Umberto I	Enna	322	59.968.000	167.602		-	68%	12%	20%	-	-	-	-	-
Vittorio Emanuele III	Gela	241	36.468.000	151.320	11	1.664.515	67%	14%	20%	68.191	32.731	100.922	100.922	100.922
Piemonte	Messina	234	54.542.000	233.085		-	74%	7%	18%	-	-	-	-	-
Cervello	Palermo	426	106.093.000	249.045	26	8.475.160	57%	21%	22%	388.268	145.277	543.534	543.534	543.534
Civile OMPA	Regusa	396	83.304.000	210.364	2	420.727	62%	24%	14%	30.579	5.879	36.458	36.458	36.458
Umberto I	Siracusa	415	89.129.000	200.311		-	62%	15%	23%	-	-	-	-	-
S. Antonio Abate	Trapani	369	67.809.000	183.764		-	66%	17%	17%	-	-	-	-	-
Ospedali Civili Riuniti	Sciaccia	242	56.537.000	229.492	17	3.901.360	47%	20%	33%	233.357	129.362	362.718	362.718	362.718
<b>TOT. FASCIA B</b>		<b>5060</b>	<b>1.127.055.000</b>	<b>218.714</b>	<b>58</b>	<b>12.839.051</b>	<b>62%</b>	<b>17%</b>	<b>21%</b>	<b>751.529</b>	<b>323.005</b>	<b>1.074.534</b>	<b>1.074.534</b>	<b>1.074.534</b>
U.S.L. n.1	Agrigento	378	59.435.000	157.235		-	64%	13%	23%	-	-	-	-	-
U.S.L. n.2	Caltanissetta	286	39.270.000	137.308	12	1.647.682	88%	7%	5%	32.438	8.878	41.316	41.316	41.316
U.S.L. n.3	Catania	632	113.532.000	179.639		-	72%	15%	13%	-	-	-	-	-
U.S.L. n.4	Enna	371	46.298.000	124.631	50	8.231.536	73%	12%	15%	229.973	93.302	323.275	323.275	323.275
U.S.L. n.5	Messina	923	187.299.000	202.924	63	12.784.222	66%	18%	16%	673.581	208.842	882.423	882.423	882.423
U.S.L. n.6	Palermo	775	144.364.000	186.276	30	5.588.284	71%	15%	14%	255.728	75.600	331.328	331.328	331.328
U.S.L. n.7	Ragusa	579	102.394.000	176.846	77	13.617.164	70%	20%	9%	819.511	128.968	948.470	948.470	948.470
U.S.L. n.8	Siracusa	488	75.311.000	180.921	12	1.931.051	70%	16%	14%	94.969	26.821	121.790	121.790	121.790
U.S.L. n.9	Trapani	685	111.675.000	163.029	64	10.433.869	72%	13%	15%	397.510	161.196	558.706	558.706	558.706
<b>TOT. FASCIA C</b>		<b>5.097</b>	<b>879.518.000</b>	<b>172.556</b>	<b>308</b>	<b>52.233.819</b>	<b>72%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>2.503.711</b>	<b>703.597</b>	<b>3.207.307</b>	<b>3.207.307</b>	<b>3.207.307</b>
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>15.234</b>	<b>3.123.511.000</b>	<b>205.036</b>	<b>682</b>	<b>136.477.468</b>				<b>7.850.158</b>	<b>2.583.253</b>	<b>10.433.411</b>	<b>10.433.411</b>	<b>10.433.411</b>
<b>SPEDALITA' PRIVATA</b>	tutte le CdC conv.	<b>3.940</b>	<b>408.076.352</b>	<b>103.573</b>	<b>100</b>	<b>10.357.268</b>			<b>100%</b>					
ISMETT	Palermo	70	80.000.000	1.142.657		-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS OASI	Tronina	96	38.033.000	386.177		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buccheri	Palermo	204	47.679.674	233.724		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Villa Maria Eleonora	Palermo	60	33.581.742	559.686		-	-	-	-	-	-	-	-	-
ISCAS	Pedara	75	31.923.771	425.650		-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maaddalena	Palermo	68	25.703.011	377.985		-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Raffaele	Cefalù	179	33.000.000	184.358		-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS Neuroteri	Messina	0	12.080.150			-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE ALTRI ENTI</b>		<b>752</b>	<b>302.011.348</b>	<b>401.611</b>	<b>782</b>	<b>146.834.735</b>			<b>100%</b>					
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>19.926</b>	<b>3.833.598.700</b>	<b>192.392</b>	<b>782</b>	<b>146.834.735</b>				<b>7.850.158</b>	<b>2.583.253</b>	<b>20.790.679</b>	<b>20.790.679</b>	<b>20.790.679</b>



AZIENDA		CITTA'	n° posti letto x acuti	costo 2005	costo x PL	riduzione n° posti letto per Fascia	abbattimento per Fascia 2008	RIPARTIZIONE DEI COSTI			INCIDENZA PER ABBATTIMENTI COSTI			Totale riduzione costi per il 2008
								Costi Personale/ Costo Totale	Costo Beni/ Costo Totale	Altri Costi/ Costo Totale	Costi beni 30%	Altri costi 10% (escluso Privato ... 100%)		
Poliniclinico universitario	Palermo	893	156.345.000	175.078	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliniclinico universitario	Messina	883	156.590.000	177.339	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliniclinico universitario	Catania	399	90.159.000	225.962	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Civico	Palermo	1086	304.467.000	280.347	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garibaldi	Catania	903	185.137.000	205.024	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vitt.Emanuel	Catania	913	224.250.000	245.619	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOT. FASCIA A</b>		<b>5077</b>	<b>1.176.938.000</b>	<b>220.000</b>										
S. Elia	Callanissetta	410	79.928.000	194.946	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cannizzaro	Catania	516	141.075.000	273.401	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papardo	Messina	389	98.340.000	252.802	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Villa Sofia	Palermo	425	125.691.000	295.744	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Giovanni Di Dio	Agrigento	352	66.403.000	189.645	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gravina	Callagione	323	74.788.000	231.480	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umberto I	Enna	322	53.968.000	167.602	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vittorio Emanuele III	Gela	241	36.468.000	151.320	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	Messina	234	54.542.000	233.065	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cervello	Palermo	426	106.093.000	249.045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Civile OMPA	Ragusa	396	83.304.000	210.364	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umberto I	Siracusa	415	83.129.000	200.311	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Antonio Abate	Trapani	369	67.609.000	183.764	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ospedali Civili Riuniti	Sciacca	242	55.537.000	229.492	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOT. FASCIA B</b>		<b>5060</b>	<b>1.127.055.000</b>	<b>222.738</b>										
U.S.L. n.1	Agrigento	378	59.435.000	157.235	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.2	Callanissetta	286	39.270.000	137.306	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.3	Catania	632	113.532.000	179.639	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.4	Enna	371	46.238.000	124.631	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.5	Messina	923	187.299.000	202.924	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.6	Palermo	775	144.364.000	186.276	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.7	Ragusa	579	102.394.000	176.846	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.8	Siracusa	468	75.311.000	160.921	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.9	Trapani	885	111.675.000	163.029	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOT. FASCIA C</b>		<b>5.097</b>	<b>879.518.000</b>	<b>172.556</b>										
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>15.234</b>	<b>3.123.511.000</b>	<b>205.036</b>	<b>700</b>	<b>143.524.859</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>8.611.492</b>	<b>2.870.497</b>	<b>11.481.989</b>	
<b>SPEDALITA' PRIVATA</b>	tutte le CdC con:	<b>3.940</b>	<b>408.076.352</b>	<b>103.573</b>	<b>150</b>	<b>15.535.902</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15.535.902</b>	
ISMETT	Palermo	70	80.000.000	1.142.857	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS OASI	Tronina	96	38.033.000	396.177	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buccheri	Palermo	204	47.679.674	233.724	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Villa Maria Eleonora	Palermo	60	33.581.742	559.696	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ISCAS	Pedara	75	31.923.771	425.650	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maddalena	Palermo	68	25.703.011	377.985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Raffaele	Cefalù	179	33.000.000	184.358	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS Neurolesi	Messina	0	12.090.150	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE ALTRI ENTI</b>		<b>752</b>	<b>302.011.348</b>	<b>401.611</b>	<b>850</b>	<b>159.060.761</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>8.611.492</b>	<b>2.870.497</b>	<b>27.017.890</b>	
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>19.926</b>	<b>3.833.598.700</b>	<b>192.392</b>	<b>850</b>	<b>159.060.761</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>8.611.492</b>	<b>2.870.497</b>	<b>27.017.890</b>	



## Misure di contenimento dei costi derivanti dalla riduzione dei posti letto -- ANNO 2009

## Tabella C.1.1/3

AZIENDA	CITTA'	n° posti letto x attivi	costo 2005	costo x PL	riduzione in° posti letto per Fascia	abbattimento per Fascia 2008	RIPARTIZIONE DEI COSTI			INCIDENZA PER ABBATTIMENTI COSTI			Totale riduzione costi per il 2008
							Costo Personale/ Costo Totale	Costo Beni/ Costo Totale	Altri Costi/ Costo Totale	Costi beni 30%	Altri costi 10% (escluso Privato -- 100%)		
Policlinico universitario	Palermo	893	156.345.000	175.078	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Policlinico universitario	Messina	883	156.590.000	177.339	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Policlinico universitario	Catania	399	90.159.000	225.962	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Civico	Palermo	1086	304.457.000	280.347	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garibaldi	Catania	903	185.137.000	205.024	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vitt. Emanuele	Catania	913	224.250.000	245.619	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOT. FASCIA A</b>		<b>5077</b>	<b>1.116.938.000</b>	<b>220.000</b>									
S. Elia	Callanissetta	410	79.928.000	194.946	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cannizzaro	Catania	516	141.075.000	273.401	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papardo	Messina	369	98.340.000	252.802	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Villa Sofia	Palermo	425	125.691.000	295.744	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Giovanni Di Dio	Agrigento	352	66.403.000	188.645	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gravina	Callagione	323	74.768.000	231.480	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umberto I	Enna	322	53.968.000	167.602	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vittorio Emanuele III	Gela	241	36.468.000	151.320	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	Messina	234	54.542.000	233.085	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cervello	Palermo	426	106.093.000	249.045	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Civile OMFA	Ragusa	396	83.304.000	210.364	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umberto I	Siracusa	415	83.129.000	200.311	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Antonio Abate	Trapani	369	67.809.000	183.764	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ospedali Civili Riuniti	Siacca	242	55.537.000	229.492	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOT. FASCIA B</b>		<b>5060</b>	<b>1.127.055.000</b>	<b>222.738</b>									
U.S.L. n.1	Agrigento	378	59.435.000	157.235	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.2	Callanissetta	286	39.270.000	137.308	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.3	Catania	632	113.532.000	179.639	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.4	Enna	371	46.238.000	124.631	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.5	Messina	923	187.299.000	202.924	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.6	Palermo	775	144.364.000	186.276	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.7	Ragusa	579	102.394.000	176.846	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.8	Siracusa	488	75.311.000	160.921	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U.S.L. n.9	Trapani	685	111.675.000	163.029	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOT. FASCIA C</b>		<b>5.097</b>	<b>870.518.000</b>	<b>772.556</b>									
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>15.234</b>	<b>3.123.511.000</b>	<b>205.036</b>	<b>756</b>	<b>155.006.848</b>	<b>60%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>	<b>9.300.411</b>	<b>3.100.137</b>	<b>12.400.548</b>
<b>SPEDALITA' PRIVATA</b>	tutte le CdC conv.	<b>3.940</b>	<b>408.076.352</b>	<b>103.573</b>	<b>185</b>	<b>19.160.945</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>19.160.945</b>
ISMETT	Palermo	70	80.000.000	1.142.857	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS OASI	Troina	96	36.033.000	396.177	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buccheri	Palermo	204	47.679.674	233.724	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Villa Maria Eleonora	Palermo	60	33.581.742	559.696	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ISCAS	Polara	75	31.923.771	425.650	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maddalena	Palermo	68	25.703.011	377.985	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Raffaele	Cefalu	179	33.000.000	184.368	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IRCCS Neurolezi	Messina		12.090.150		-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE ALTRI ENTI</b>		<b>752</b>	<b>302.011.348</b>	<b>401.611</b>	<b>941</b>	<b>174.167.793</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>9.300.411</b>	<b>3.100.137</b>	<b>31.561.493</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>19.926</b>	<b>3.833.598.700</b>	<b>192.392</b>	<b>941</b>	<b>174.167.793</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>9.300.411</b>	<b>3.100.137</b>	<b>31.561.493</b>



Regione Siciliana

## **C.2 LA RIDUZIONE DELL'ATTIVITÀ DI RICOVERO E DI PRONTO SOCCORSO INAPPROPRIATA E AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

C.2 – Riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriata	C.2.1 - Riduzione per la spedalità convenzionata dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati
	C.2.2 - Riduzione per le strutture a gestione sperimentale dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati
	C.2.3 - Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati

L' Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto talune disposizioni volte alla riduzione complessiva dell'attività sanitaria in regime di ospedalizzazione ordinaria con il conseguente maggiore ricorso alle prestazioni di day-hospital e day-surgery, alle attività sanitarie territoriali preventive, cliniche e diagnostiche, nonché a forme di assistenza post-ricovero domiciliari e terapeutiche e riabilitative, al fine sia di contenere sensibilmente i costi di esercizio, sia di offrire agli utenti minori disagi e migliori condizioni di vita.

In atto gli interventi di politica sanitaria regionale hanno già avviato un processo di riduzione dei ricoveri ordinari, a favore dell'attività in day hospital e day-surgery, mentre si è ancora indietro per quanto riguarda la riconversione dell'attività complessiva ospedaliera in altre forme di assistenza territoriale.

Da un esame dei dati di ricovero occorre tuttavia precisare che non sempre il ricorso alle prestazioni in day hospital e day-surgery ha comportato una correlata riduzione dell'inappropriata, in quanto con la crescita di queste ultime si è registrato, al contrario, un proporzionale incremento di prestazioni ad alto rischio di inappropriata.

Per le motivazioni sopra esposte già nell'anno 2005 si è operato, sia in sede di negoziazione con le Aziende Sanitarie pubbliche che di riparto delle risorse del FSR, per delineare un percorso coerente rispetto alle suddette finalità, intervenendo sui seguenti punti:

- Sono state sanzionate le "inappropriata" nei ricoveri, con abbattimenti di tariffa, al fine di indirizzare l'offerta sanitaria verso forme alternative di assistenza, prevedendo abbattimenti ancora maggiori nel prossimo biennio e rendere sempre meno remunerativa l'attività di bassa specialità resa in regime di ricovero ordinario.
- Sono state destinate specifiche risorse del FSR ( finanziamento l'ex articolo 2, punto 5, del D.M. Sanità 14/12/94 - ripartizione Fondi ex articolo 3 D.A. 17273 del 7 novembre 1995 e del D.A. 28559 del 31/03/99) per remunerare l'attività svolta in rianimazione, ritenendo inderogabile tale tipologia di assistenza ospedaliera rispetto a quella di elezione, per la quale è invece possibile operare verso forme di conversione dell'offerta assistenziale.



Regione Siciliana

La situazione dei DRG ad alto rischio di inappropriately prodotti nel corso dell'anno 2005 dalle Aziende Sanitarie e dalle strutture preaccreditate private è riportata nella tabella riassuntiva di cui appresso:

Dati	M/C	Regime Ricovero	Tipo di DRG	Totale	
Fatturati	C	ORDINARIO	APPROPRIATI	786.952.114,60	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	66.366.118,00	
		Totale Ordinario			853.318.232,60
		DH	APPROPRIATI	193.654.533,40	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	179.203.505,00	
		Totale DH			372.858.038,40
	Totale ricoveri chirurgici			1.226.176.271,00	
	M	ORDINARIO	APPROPRIATI	847.796.925,81	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	173.275.422,83	
			ARI "sentinella" TUCI	285.780.856,39	
		Totale Ordinario			1.306.853.205,03
		DH	APPROPRIATI	175.601.427,80	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	81.039.518,40	
			ARI "sentinella" TUCI	62.845.683,60	
Totale DH			319.486.629,80		
Totale ricoveri DH			1.626.339.834,83		
<b>TOTALE FATTURATI</b>				<b>2.852.516.105,83</b>	
Ricoveri	C	ORDINARIO	APPROPRIATI	182.686	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	34.745	
		Totale Ordinario			217.431
		DH	APPROPRIATI	78.704	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	98.222	
		Totale DH			176.926
	Totale ricoveri chirurgici			394.357	
	M	ORDINARIO	APPROPRIATI	363.096	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	94.692	
			ARI "sentinella" TUCI	104.496	
		Totale Ordinario			562.284
		DH	APPROPRIATI	151.786	
			ARI all.2C DPCM 29/11/01	113.321	
			ARI "sentinella" TUCI	93.397	
Totale DH			358.504		
Totale ricoveri DH			920.788		
<b>TOTALE RICOVERI</b>				<b>1.315.145</b>	

### 1. Contenimento dei Fenomeni di Inappropriatezza

I controlli effettuati sulla documentazione clinica di ospedalizzazione evidenziano un elevato livello di inappropriatezza, come peraltro desumibile già dal numero di ricoveri in regime ordinario, con un tasso di 16 x 1000 residenti, registrato in Sicilia nell'anno 2005.

In persistenza di un sistema di remunerazione in qualche modo ancorato alla valorizzazione dei DRG, si rileva una conseguente ed impropria attribuzione di risorse finanziarie al comparto



Regione Siciliana

ospedaliero, tale da configurare, nella Regione, il trasferimento allo stesso comparto di ben il 48% delle disponibilità del Fondo Sanitario Regionale.

In carenza di interventi atti a correggere il tasso di ospedalità inappropriata, viene fortemente a limitarsi la possibilità di destinare maggiori risorse ai segmenti dell'assistenza territoriale e della continuità ospedale-territorio che devono essere opportunamente implementati ed assumere, a costi minori, utili funzioni vicarianti e sostitutive dell'inappropriato ed estensivo ricorso al ricovero ospedaliero.

Con D.A. 9335 del 19.12.06 è stato determinato il sistema di valorizzazione delle prestazioni ospedaliere (pubbliche e private) e sono stati contestualmente definiti ulteriori criteri di appropriatezza, sia con riferimento agli accessi in degenza ordinaria che in regime di DH (medico e chirurgico). Il provvedimento sta producendo effetti misurabili già dal corrente 2007.

Come si osserva in tab. 12, per le specialità esclusivamente chirurgiche, il rapporto tra DRG medici e chirurgici evidenzia aspetti che meritano speciale attenzione nel novero degli interventi destinati a rimodulare la rete ospedaliera regionale, individuando moduli specialistici e correlate dotazioni di P.L. indirizzati prioritariamente alla soluzione e al trattamento delle patologie effettivamente meritevoli di ricovero.

**Tab. 12 – Indice chirurgico delle discipline chirurgiche**

Disciplina di Dimissione	Tipo DRG		Totale (n°)	Indice chirurgico(%)
	Chirurgico (n°)	Medico (n°)		
12 - Chirurgia plastica	5.342	821	6.163	86,7
07 - Cardiochirurgia	2.620	502	3.122	83,9
35 - Odontoiatria e stomatologia	1.277	253	1.530	83,5
10 - Chirurgia maxillo facciale	457	134	591	77,3
47 - Grandi ustioni	598	241	839	71,3
14 - Chirurgia vascolare	5.915	2.572	8.487	69,7
34 - Oculistica	6.866	3.334	10.200	67,3
06 - Cardiochirurgia pediatrica	483	361	844	57,2
36 - Ortopedia e traumatologia	36.735	29.375	66.110	55,6
38 - Otorinolaringoiatria	11.132	9.027	20.159	55,2
11 - Chirurgia pediatrica	2.614	2.312	4.926	53,1
30 - Neurochirurgia	3.377	3.295	6.672	50,6
09 - Chirurgia generale	55.036	54.170	109.206	50,4
37 - Ostetricia e ginecologia	45.277	46.510	91.787	49,3
43 - Urologia	14.258	17.003	31.261	45,6
13 - Chirurgia toracica	1.472	1.946	3.418	43,1
48 - Nefrologia (abilitaz. al trapianto rene)	110	208	318	34,6
52 - Dermatologia	631	2.464	3.095	20,4
05 - Angiologia	271	1.400	1.671	16,2
<b>Totale complessivo</b>	<b>194.471</b>	<b>175.928</b>	<b>370.399</b>	<b>52,5</b>



## **2. Azioni da intraprendere per il contenimento delle prestazioni inappropriate e ad alto rischio di inappropriatelyzza**

Relativamente all'impianto assunto nell'esercizio 2005, si intende riproporre lo stesso nelle linee generali, rimodulando tuttavia talune disposizioni precedentemente assunte in tema di classificazione delle strutture ospedaliere e di abbattimenti per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza (43 DRG contenuti nel DPCM 29/01/2001):

1. Riclassificazione di tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private in quattro fasce, in base a specifici requisiti già elencati al paragrafo D.1, punto 4: fascia I (nessuno abbattimento DRG) - aziende ospedaliere di rilievo nazionale, aziende ospedaliere universitarie o aziende ospedaliere integrate con l'Università, IRCCS, strutture ospedaliere individuate quale sede di sperimentazioni gestionali di livello regionale, aziende di rilievo regionale di III liv. per l'emergenza con attività di trapianto organi solidi e midollo osseo o con servizi di radiodiagnostica e medicina nucleare (PET con ciclotrone) di interesse regionale; fascia II (abbattimento DRG -2,5%) - aziende di rilievo regionale di III livello per l'emergenza, aziende di rilievo regionale di II livello per l'emergenza con attività di trapianto (organi solidi e midollo osseo), case di cura di alta specialità; fascia III (abbattimento DRG - 5%) - aziende di rilievo regionale di II livello per l'emergenza, ospedali classificati attrezzati per l'emergenza; fascia IV (abbattimento DRG - 7,5%) - presidi ospedalieri di AUSL, case di cura private. La nuova riclassificazione sarà attuata previa negoziazione con i Direttori Generali delle Aziende per le strutture pubbliche e con i rappresentanti di categoria per le strutture private;
2. Abbattimenti sui DRG di ricovero ordinario ad alto rischio di inappropriatelyzza (43 DRG contenuti nel DPCM 29/01/2001, oltre il superamento di una soglia del 5% sui valori totali dei DRG prodotti, entro la quale non operano gli abbattimenti stessi
3. Previsione per i DRG relativi ai day hospital di un limite di ricovero rispetto ai posti letto disponibili, oltre il quale non vengono assegnati finanziamenti.
4. Potenziamento delle attività di OBI, con osservazione massima h. 48;
5. Collocazione degli interventi di decompressione del tunnel carpale e interventi sul cristallino (con o senza vitrectomia) nell'ambito delle attività ambulatoriali;
6. Abbattimento del numero di DH inappropriati e introduzione, per la diagnosi e il follow-up di specifiche patologie, del DAY-SERVICE ospedaliero, promuovendo comportamenti e percorsi assistenziali controllati su base EBM e definiti attraverso dedicati protocolli operativi che prevedano la transitoria e programmata "presa in carico" dei pazienti;
7. Attivazione di modelli di degenza "week-service" (ricoveri con chiusura del sabato e domenica), destinati a limitate ed identificate discipline specialistiche (ORL, oculistica, chirurgia plastica, ecc.);
8. Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satelliti.

Strettamente connesso a tale percorso è il potenziamento dell'attività ambulatoriale e diagnostica delle strutture pubbliche, come già evidenziato al paragrafo B) che metta in condizione di garantire comunque alla collettività una tempestiva assistenza sanitaria, limitando i disagi sociali derivanti dai limiti posti all'eccessivo ricorso al ricovero ospedaliero.



Regione Siciliana

## **QUANTIFICAZIONE DELLE ECONOMIE PER LA RIDUZIONE DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO E DI PRONTO SOCCORSO INAPPROPRIATA E AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

Per quanto riguarda i criteri per la quantificazione delle economie da realizzare per gli abbattimenti dell'attività sanitaria in regime di ricovero inappropriata e ad alto rischio di inappropriata, si rimanda a quanto già indicato a proposito della riduzione dei posti letto, con la precisazione che le economie per le strutture ospedaliere convenzionate e a gestione sperimentale sono state determinate nel periodo 2007-2009 nella misura del 40% del loro valore complessivo. Inoltre gli abbattimenti dovuti alle inappropriata delle strutture private convenzionate e delle sperimentazioni gestionali, sono stati calcolati, prevedendone la progressiva diminuzione dell'incidenza ( 2007-100% / 2008-85% / 2009-60%), dovuta al prevedibile graduale adattamento del sistema sanitario alla corretta applicazione dei criteri di appropriatezza nelle prestazioni di ricovero.

Si espongono qui di seguito nelle **tabelle C.2/1, C.2/2 e C.2/3** gli interventi sopra rappresentati.

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate, sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Ospedaliera esposta al termine del presente Capitolo 14):



AZIENDA	CITTA'	valore R.O. da abbattere per inappropriatazza	valore D.H. da abbattere per inappropriatazza	Totale delle quote da abbattere	Totale economie sui costi correlati alle prestazioni inappropriatamente abbattere	RIPARTIZIONE DEI COSTI			INCIDENZA DELLE ECONOMIE SUI COSTI		Totale
						Personale/ Costo Totale	Costo Beni/ Costo Totale	Altri Costo Totale	Costi beni 30%	Altri costi 10%	
U.S.L. n.1	Agrigento	2.985.226	54.594	3.039.820	3.237.176	64%	13%	23%	126.355	75.435	201.790
U.S.L. n.2	Caltanissetta	2.381.860	166.820	2.548.680	2.788.906	88%	7%	5%	54.905	15.028	69.932
U.S.L. n.3	Catania	4.392.939	4.013.153	8.406.092	8.789.292	72%	15%	13%	403.141	112.998	516.138
U.S.L. n.4	Enna	1.354.488	205.119	1.559.607	1.656.864	73%	12%	15%	61.146	24.807	85.954
U.S.L. n.5	Messina	4.033.169	3.168.435	7.201.604	7.932.992	66%	18%	16%	417.977	129.593	547.570
U.S.L. n.6	Palermo	4.709.874	321.843	5.031.717	6.659.289	71%	15%	14%	304.738	90.089	394.827
U.S.L. n.7	Ragusa	5.118.071	6.790.118	11.908.189	10.705.892	70%	20%	9%	644.305	101.368	745.672
U.S.L. n.8	Siracusa	2.810.278	842.675	3.652.953	4.011.830	70%	16%	14%	197.302	55.721	253.023
U.S.L. n.9	Trapani	3.598.324	1.800.492	5.398.816	5.374.583	72%	13%	15%	204.761	83.034	287.795
<b>TOTALE ASL</b>		<b>31.384.229</b>	<b>17.363.249</b>	<b>48.747.478</b>	<b>51.156.826</b>	<b>71%</b>	<b>15%</b>	<b>14%</b>	<b>2.414.630</b>	<b>688.091</b>	<b>3.102.721</b>
Cwico	Palermo	3.311.003	12.906.168	16.217.171	21.567.401	59%	22%	20%	1.391.156	429.935	1.821.091
Garibaldi	Catania	5.345.100	6.766.618	12.111.718	13.811.174	57%	20%	22%	839.941	307.955	1.147.896
Vitt. Emanuele	Catania	3.095.158	18.533.905	21.619.063	23.867.508	56%	22%	21%	1.601.981	511.025	2.113.006
S. Elia	Caltanissetta	1.519.115	3.793.236	5.312.351	5.653.791	62%	19%	19%	324.763	104.718	429.481
Camizzaro	Catania	3.192.210	2.249.398	5.441.608	6.477.159	54%	20%	26%	387.473	169.919	557.392
Papardo	Messina	1.526.036	429.367	1.955.403	2.781.204	59%	17%	24%	140.061	67.845	207.906
Villa Sofia	Palermo	2.236.416	11.175.826	13.412.242	15.796.969	65%	17%	18%	805.741	277.277	1.083.018
S. Giovanni Di Dio	Agrigento	2.138.583	2.549.168	4.687.751	5.660.785	55%	19%	26%	317.254	146.398	463.652
Gravina	Caltagirone	1.682.166	2.217.000	3.899.166	4.365.868	67%	12%	21%	160.181	90.724	250.905
Umberto I	Enna	963.659	1.661.825	2.625.484	2.828.370	68%	12%	20%	103.234	55.726	158.960
Vittorio Emanuele III	Gela	1.781.101	1.099.811	2.880.912	2.625.148	67%	14%	20%	107.546	51.620	159.166
Piemonte	Messina	1.224.452	323.122	1.547.574	1.982.855	74%	7%	18%	44.454	36.627	81.082
Carvello	Palermo	846.183	5.436.878	6.283.061	8.230.699	57%	21%	22%	506.233	184.664	690.897
Civile OMPA	Ragusa	1.783.868	386.410	2.170.278	2.411.743	62%	24%	14%	175.287	33.702	208.989
Umberto I	Siracusa	2.010.864	7.212.311	9.223.175	9.934.808	62%	15%	23%	439.847	229.604	669.451
S. Antonio Abate	Trapani	3.045.256	528.986	3.574.242	3.468.005	66%	17%	17%	177.198	58.115	235.312
Ospedali Civili Riuniti	Sciacca	551.451	470.350	1.021.801	1.173.395	47%	20%	33%	70.186	38.908	109.093
Politicnico universitario	Palermo	2.695.961	1.552.711	4.248.672	5.101.093	50%	22%	28%	336.869	140.829	477.697
Politicnico universitario	Messina	3.689.361	592.832	4.282.193	5.486.294	49%	21%	30%	346.300	164.806	511.106
Politicnico universitario	Catania	2.034.761	979.219	3.013.980	4.983.637	46%	22%	32%	328.506	161.644	490.150
<b>TOTALE AO</b>		<b>44.662.704</b>	<b>80.865.141</b>	<b>125.527.845</b>	<b>148.207.895</b>	<b>59%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>8.604.210</b>	<b>3.262.040</b>	<b>11.866.250</b>
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>76.046.933</b>	<b>98.228.390</b>	<b>174.275.323</b>	<b>199.364.721</b>				<b>11.018.840</b>	<b>3.950.132</b>	<b>14.968.972</b>
<b>SPEDALITA' PRIVATA</b>		<b>26.685.671</b>	<b>45.358.913</b>	<b>72.044.584</b>	<b>72.044.584</b>			<b>40%</b>			<b>28.817.834</b>
ISMETT	Palermo	72.050	0	72.050	72.050			40%			28.820
IRCCS OASI	Troina	2.547.998	0	2.547.998	2.547.998			40%			1.019.199
Buccheri	Palermo	1.626.851	0	1.626.851	1.626.851			40%			650.740
Villa Maria Eleonora	Palermo	98.548	0	98.548	98.548			40%			39.419
ISCAS	Pedara	283.673	0	283.673	283.673			40%			113.469
Maddalena	Palermo	405.568	1.268.982	1.674.550	1.674.550			40%			669.820
S. Raffaele	Cefalù	418.321	3.248.250	3.666.571	3.666.571			40%			1.466.628
IRCCS Neurolesi	Messina	0	0	0	0			40%			-
<b>TOTALE ALTRI ENTI</b>		<b>5.453.009</b>	<b>4.517.232</b>	<b>9.970.241</b>	<b>9.970.241</b>			<b>40%</b>			<b>3.988.096</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>108.165.613</b>	<b>148.104.535</b>	<b>256.290.148</b>	<b>281.379.546</b>				<b>11.018.840</b>	<b>3.950.132</b>	<b>47.774.902</b>

Tabella C.2/1

## Interventi su appropriatazza dei ricoveri ordinari e day hospital -- ANNO 2007



Tabella C.2/2

## Interventi su appropriatezza dei ricoveri ordinari e day hospital -- ANNO 2008



Regione Siciliana

AZIENDA	CITTA'	valore R.O. da abbattere per inappropriata	valore D.H. da abbattere per inappropriata	Totale delle quote da abbattere	Totali economie sui costi correlati alle prestazioni inappropriata da abbattere	RIPARTIZIONE DEI COSTI			INCIDENZA DELLE ECONOMIE SUI COSTI		Totale
						Personale/ Costo Totale	Costo Beni/ Costo Totale	Altri Costi/ Costo Totale	Costi beni 30%	Altri costi 10%	
U.S.L. n.1	Agrigento	2.985.226	54.594	3.039.820	2.751.600	64%	13%	23%	107.402	64.120	171.522
U.S.L. n.2	Caltanissetta	2.381.860	166.820	2.548.680	2.370.570	88%	7%	5%	46.669	12.773	59.442
U.S.L. n.3	Catania	4.392.939	4.013.153	8.406.092	7.470.898	72%	15%	13%	342.670	96.048	438.718
U.S.L. n.4	Enna	1.354.488	205.119	1.559.607	1.408.334	73%	12%	15%	51.974	21.086	73.060
U.S.L. n.5	Messina	4.033.169	3.168.435	7.201.604	6.743.043	66%	18%	16%	365.281	110.154	465.434
U.S.L. n.6	Palermo	4.709.874	321.843	5.031.717	5.660.396	71%	15%	14%	259.028	76.576	335.603
U.S.L. n.7	Ragusa	5.118.071	6.790.118	11.908.189	9.100.009	70%	20%	9%	547.659	86.180	633.839
U.S.L. n.8	Siracusa	2.810.278	842.675	3.652.953	3.410.056	70%	16%	14%	167.707	47.363	215.069
U.S.L. n.9	Trapani	3.598.324	1.800.492	5.398.816	4.568.396	72%	13%	15%	174.047	70.578	244.625
<b>TOTALE ASL</b>		<b>31.384.229</b>	<b>17.363.249</b>	<b>48.747.478</b>	<b>43.483.302</b>	<b>77%</b>	<b>15%</b>	<b>14%</b>	<b>2.052.436</b>	<b>584.878</b>	<b>2.637.313</b>
Civico	Palermo	3.311.003	12.906.168	16.217.171	18.332.291	59%	22%	20%	1.182.482	365.445	1.547.928
Garibaldi	Catania	5.345.100	6.786.618	12.111.718	11.739.498	57%	20%	22%	713.950	261.762	975.712
Vitt Emanuele	Catania	3.085.158	18.533.905	21.619.063	20.287.362	56%	22%	21%	1.361.684	434.372	1.796.055
S. Elia	Caltanissetta	1.519.115	3.793.236	5.312.351	4.805.722	62%	19%	19%	276.049	89.010	365.059
Cannizzaro	Catania	3.192.210	2.249.398	5.441.608	5.505.566	54%	20%	26%	329.352	144.431	473.783
Papardo	Messina	1.526.036	429.367	1.955.403	2.364.024	59%	17%	24%	119.052	57.668	176.720
Villa Sofia	Palermo	2.236.416	11.175.826	13.412.242	13.427.424	65%	17%	18%	684.880	235.686	920.565
S. Giovanni Di Dio	Agrigento	2.138.583	2.549.168	4.687.751	4.811.687	55%	19%	26%	269.666	124.438	394.104
Gravina	Caltagirone	1.682.166	2.217.000	3.899.166	3.710.979	67%	12%	21%	136.154	77.115	213.269
Umberto I	Enna	963.659	1.681.825	2.625.484	2.404.115	68%	12%	20%	87.749	47.367	135.116
Vittorio Emanuele III	Gela	1.781.101	1.099.811	2.880.912	2.231.376	67%	14%	20%	91.414	43.877	135.291
Piemonte	Messina	1.224.452	323.122	1.547.574	1.685.427	74%	7%	18%	37.786	31.133	68.920
Cervello	Palermo	846.183	5.436.878	6.283.061	6.996.094	57%	21%	22%	430.298	156.964	587.262
Civile OMPA	Ragusa	1.783.668	386.410	2.170.078	2.049.982	62%	24%	14%	148.994	28.647	177.641
Umberto I	Siracusa	2.010.864	7.212.311	9.223.175	8.444.587	62%	15%	23%	373.870	195.163	569.034
S. Antonio Abate	Trapani	3.045.256	528.986	3.574.242	2.947.804	66%	17%	17%	150.618	49.397	200.015
Ospedali Civili Riuniti	Siacca	551.451	470.350	1.021.801	997.385	47%	20%	33%	59.658	33.071	92.729
Policlinico universitario	Palermo	2.695.961	1.562.711	4.248.672	4.335.929	50%	22%	28%	286.339	119.704	406.043
Policlinico universitario	Messina	3.689.361	592.832	4.282.193	4.663.350	49%	21%	30%	294.355	140.085	434.440
Policlinico universitario	Catania	2.034.761	979.219	3.013.980	4.236.091	46%	22%	32%	279.230	137.397	416.627
<b>TOTALE AO</b>		<b>44.662.704</b>	<b>80.865.141</b>	<b>125.527.845</b>	<b>125.976.711</b>	<b>59%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>7.313.578</b>	<b>2.772.734</b>	<b>10.086.313</b>
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>76.046.933</b>	<b>98.228.390</b>	<b>174.275.323</b>	<b>169.460.013</b>				<b>9.366.014</b>	<b>3.357.612</b>	<b>12.723.626</b>
<b>SPEDALITA' PRIVATA</b>		<b>26.685.671</b>	<b>45.358.913</b>	<b>72.044.584</b>	<b>61.237.896</b>						<b>24.495.159</b>
ISMETT	Palermo	72.050	0	72.050	61.243						24.497
IRCCS OASI	Trona	2.547.998	0	2.547.998	2.165.798						866.319
Buccheri	Palermo	1.626.851	0	1.626.851	1.362.823						563.129
Villa Maria Eleonora	Palermo	98.548	0	98.548	83.766						33.506
ISCAS	Pedara	283.673	0	283.673	241.122						96.449
Maddalena	Palermo	405.568	1.268.982	1.674.550	1.423.368						569.347
S. Raffaele	Cefalu	418.321	3.248.250	3.666.571	3.116.586						1.246.634
IRCCS Neurolesi	Messina	0	0	0	0						-
<b>TOTALE ALTRI ENTI</b>		<b>5.453.009</b>	<b>4.517.232</b>	<b>9.970.241</b>	<b>8.474.705</b>						<b>3.389.882</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>108.185.613</b>	<b>148.104.535</b>	<b>256.290.148</b>	<b>239.172.614</b>				<b>9.366.014</b>	<b>3.357.612</b>	<b>40.608.666</b>



Tabella C.2/3

## Interventi su appropriatezza dei ricoveri ordinari e day hospital -- ANNO 2009

Regione Siciliana

AZIENDA	CITTA'	valore R.O. da abbattere per inappropriata	valore D.H. da abbattere per inappropriata	Totale delle quote da abbattere	Totale economie sui costi correlati alle prestazioni inappropriata da abbattere	RIPARTIZIONE DEI COSTI			INCIDENZA DELLE ECONOMIE SUI COSTI		Totale
						Personale/ Costo Totale	Costo Beni/ Costo Totale	Altri Costi/ Costo Totale	Costi beni 30%	Altri costi 10%	
U.S.L. n.1	Agrigento	2.985.226	54.594	3.039.820	1.942.306	64%	13%	23%	75.813	45.261	121.074
U.S.L. n.2	Caltanissetta	2.381.880	186.820	2.568.680	1.673.344	88%	7%	5%	32.943	9.017	41.959
U.S.L. n.3	Catania	4.392.939	4.013.153	8.406.092	5.273.575	72%	15%	13%	241.884	67.799	309.683
U.S.L. n.4	Enna	1.354.488	205.119	1.559.607	994.118	73%	12%	15%	36.888	14.884	51.572
U.S.L. n.5	Messina	4.033.169	3.168.436	7.201.604	4.759.795	66%	18%	16%	250.786	77.756	328.542
U.S.L. n.6	Palermo	4.709.874	3.21.843	5.031.717	3.995.573	71%	15%	14%	182.843	54.053	236.896
U.S.L. n.7	Ragusa	5.118.071	6.790.118	11.908.189	6.423.535	70%	20%	9%	386.583	60.833	447.415
U.S.L. n.8	Siracusa	2.810.278	842.675	3.652.953	2.407.098	70%	16%	14%	118.381	33.432	151.814
U.S.L. n.9	Trapani	3.598.324	1.800.492	5.398.816	3.224.750	72%	13%	15%	122.857	49.820	172.677
<b>TOTALE ASL</b>		<b>37.384.229</b>	<b>17.363.249</b>	<b>48.747.478</b>	<b>30.694.095</b>	<b>71%</b>	<b>15%</b>	<b>14%</b>	<b>1.448.778</b>	<b>412.855</b>	<b>1.861.633</b>
Civico	Palermo	3.311.003	12.906.168	16.217.171	12.940.441	59%	22%	20%	834.693	257.961	1.092.655
Garibaldi	Catania	5.345.100	6.786.618	12.111.718	8.286.705	57%	20%	22%	503.985	184.773	688.738
Vitt.Emanuele	Catania	3.085.158	18.533.905	21.619.063	14.320.505	56%	22%	21%	961.188	306.615	1.267.804
S. Elia	Caltanissetta	1.519.115	3.793.236	5.312.351	3.392.274	62%	19%	19%	194.888	62.831	257.689
Cannizzaro	Catania	3.192.210	2.249.398	5.441.608	3.886.296	54%	20%	26%	232.484	101.951	334.435
Papardo	Messina	1.526.036	429.367	1.955.403	1.668.723	59%	17%	24%	84.037	40.707	124.744
Villa Sofia	Palermo	2.236.416	11.175.826	13.412.242	9.478.181	65%	17%	18%	483.444	166.366	649.811
S. Giovanni Di Dio	Agrigento	2.138.583	2.549.188	4.687.751	3.396.471	55%	19%	26%	190.352	87.839	278.191
Gravina	Enna	1.682.166	2.217.000	3.899.166	2.619.515	67%	12%	21%	96.109	54.434	150.543
Umberto I	Enna	963.859	1.661.825	2.625.484	1.697.022	68%	12%	20%	61.940	33.435	95.376
Vittorio Emanuele III	Gela	1.781.101	1.099.811	2.880.912	1.575.089	67%	14%	20%	64.527	30.972	95.500
Piemonte	Messina	1.224.452	323.122	1.547.574	1.189.713	74%	7%	18%	26.673	21.976	48.649
Cervello	Palermo	846.183	5.436.878	6.283.061	4.938.419	57%	21%	22%	303.740	110.798	414.538
Civile OMPA	Ragusa	1.783.868	386.410	2.170.278	1.447.046	62%	24%	14%	105.172	20.221	125.394
Umberto I	Siracusa	2.010.864	7.212.311	9.223.175	5.960.885	52%	15%	23%	283.908	137.762	401.671
S. Antonio Abate	Trapani	3.045.256	528.986	3.574.242	2.080.803	66%	17%	17%	106.319	34.869	141.187
Ospedali Civili Riuniti	Sciacca	551.451	470.360	1.021.801	704.037	47%	20%	33%	42.111	23.345	65.456
Polichinco universitario	Palermo	2.695.961	1.552.711	4.248.672	3.060.656	50%	22%	28%	202.121	84.497	286.618
Polichinco universitario	Messina	3.689.361	592.832	4.282.193	3.291.777	49%	21%	30%	207.780	98.884	306.663
Polichinco universitario	Catania	2.034.761	979.219	3.013.980	2.990.182	46%	22%	32%	197.103	96.986	294.090
<b>TOTALE AO</b>		<b>44.662.704</b>	<b>80.865.141</b>	<b>125.527.845</b>	<b>88.924.737</b>	<b>59%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>5.162.526</b>	<b>1.957.224</b>	<b>7.119.750</b>
<b>TOTALE PUBBLICO</b>		<b>76.046.933</b>	<b>98.228.390</b>	<b>174.275.323</b>	<b>119.618.833</b>				<b>6.611.304</b>	<b>2.370.079</b>	<b>8.981.383</b>
<b>SPEDALITA' PRIVATA</b>		<b>26.685.671</b>	<b>45.358.913</b>	<b>72.044.584</b>	<b>43.226.750</b>						<b>17.290.700</b>
ISMETT	Palermo	72.050	0	72.050	43.230	40%					17.292
IRCCS OASI	Troina	2.547.998	0	2.547.998	1.528.799	62%					611.520
Buccheri	Palermo	1.626.851	0	1.626.851	976.111	60%					390.444
Villa Maria Eleonora	Palermo	98.548	0	98.548	59.129	40%					23.652
ISCAS	Pedara	283.673	0	283.673	170.204	40%					68.082
Maddalena	Palermo	405.568	0	405.568	1.674.730	40%					401.892
S. Raffaele	Cefalu	418.321	3.248.250	3.666.571	2.199.943	40%					879.977
IRCCS Neurolesi	Messina	0	0	0	0	40%					-
<b>TOTALE ALTRI ENTI</b>		<b>5.453.009</b>	<b>4.517.232</b>	<b>9.970.241</b>	<b>5.982.145</b>						<b>2.392.858</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>108.185.613</b>	<b>148.104.535</b>	<b>256.290.148</b>	<b>168.827.728</b>				<b>6.611.304</b>	<b>2.370.079</b>	<b>28.664.941</b>



### C.3 LA RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA

C.3 – Riduzione della mobilità sanitaria	C.3.1 – Riduzione della mobilità passiva extraregionale e definizione di un'intesa regione Calabria/Sicilia per la mobilità frontaliera.
--	--

Negli anni passati si è registrato un forte fenomeno di mobilità passiva soprattutto in talune specialità quali oncologia e ortopedia e nel settore della riabilitazione .

Altri fenomeni di mobilità si registrano da parte delle popolazioni delle province minori verso le tre aree metropolitane dove insistono molte fra le più importanti e qualificate strutture sanitarie della Regione; ciò in particolare come conseguenza della debolezza della rete dei servizi nelle province minori. Né è agevole a causa della insularità della Sicilia definire accordi di confine con le Regioni per regolamentare, preventivamente ed in condizioni di reciprocità, il flusso di pazienti interregionale.

Per quanto concerne i flussi di mobilità con le altre Regioni, si riportano qui di seguito i dati relativi al triennio 2003/2005:

MOBILITA' INTERREGIONALE	2003	2004	2005
Mobilità passiva	251.316.180	250.668.582	252.456.000
Mobilità attiva	- 45.350.396	- 54.492.653	- 52.461.000
Saldo	205.965.784	196.175.929	199.995.000

Al fine di combattere il fenomeno della mobilità passiva si è deliberato di introdurre nella rete ospedaliera, nell'ambito regionale, tre Centri di eccellenza, Materno Infantile, Oncologico e Ortopedico, da allocarsi nelle città metropolitane di Palermo, Catania e Messina, le cui procedure di realizzazione sono ormai in avviato stato.

Al contempo, sono state potenziate quelle realtà ospedaliere già dotate di professionalità e attrezzature finalizzate a fornire risposte di assistenza nelle specialità sopra indicate.

L'analisi delle economie per le misure sopra individuate, sono riportate nell'ambito della tabella riassuntiva degli obiettivi operativi dell'Assistenza Ospedaliera esposta al termine della presente capitolo **14**.

**ECONOMIE DI GESTIONE PREVISTE A SEGUITO DEGLI INTERVENTI SULL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Gli interventi previsti in tema di assistenza ospedaliera, come evidenziato a proposito dell'esposizione degli obiettivi generali del presente piano di risanamento, consentiranno lo spostamento di risorse economiche in sede di finanziamento delle diverse forme di assistenza sanitaria, determinando conseguentemente correlate economie di gestione, seppure in un periodo di medio termine e in misura proporzionale agli interventi stessi.

Si evidenzia che le economie e i maggiori costi per le aziende sanitarie derivanti dalla riduzione dei posti letto e dal contestuale incremento di quelli per riabilitazione, lungodegenza, nonché per gli abbattimenti delle prestazioni sanitarie inappropriate e ad alto rischio di inappropriatezza, sono stati inseriti nelle sezioni relative al contenimento dei costi del personale e dei beni e servizi.

In questa sezione vengono invece quantificate le misure di contenimento della spesa afferenti la voce assistenza ospedaliera, che riguardano prevalentemente le strutture di ricovero pre-accreditate e i centri di sperimentazione gestionali privati.

<b>INTERVENTI</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>SPEDALITA' CONVENZIONATA</b>			
RETE OSPEDALIERA	-2.589.250	-15.536.000	-19.161.000
ATTIVITA' INAPPROPRIATA	-28.817.000	-24.495.000	-17.290.000
RIDETERMINAZIONE AGGREGATO	-9.980.000	-14.970.000	-19.960.000
RIDETERMINAZIONE TARIFFE	0	0	0
<b>TOTALE SPEDALITA' PRIVATA</b>	<b>-41.386.250</b>	<b>-55.001.000</b>	<b>-56.411.000</b>
<b>SPERIMENTAZIONI GESTIONALI E ALTRI ENTI</b>			
RETE OSPEDALIERA	0	0	0
ATTIVITA' INAPPROPRIATA	-3.988.000	-3.390.000	-2.393.000
RIDETERMINAZIONE TARIFFE	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>-3.988.000</b>	<b>-3.390.000</b>	<b>-2.393.000</b>
<b>TOTALE INTERVENTI</b>	<b>-45.374.250</b>	<b>-58.391.000</b>	<b>-58.804.000</b>

Per l'anno 2007 le economie della rete ospedaliera sono state calcolate con incidenza dal 01/10/2007.

L'entità delle economie derivanti dalle misure operative previste per l'assistenza ospedaliera convenzionata è stata complessivamente fissata per l'anno 2007 in €. 44.000.000,00 quale limite massimo di valorizzazione economica delle economie medesime.

**15. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
<b>C.1.1</b>	Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla ospedalità convenzionata con riduzione nel periodo 2007/2009 del 2,3 e 4%	X		<b>-38.797.000</b>	<b>-39.465.000</b>	<b>-37.250.000</b>	a) Legge Regionale n.2 dell' 08/02/2007 art.24, comma 8 - b) Direttiva Regionale di determinazione degli aggregati di spesa provinciali	Direttiva assessoriale di determinazione aggregati di spesa provinciali n.2309 del 21/06/2007
<b>C.1.2</b>	Applicazione delle direttive regionali in materia di accreditamento	X		0	0	0	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di individuazione delle strutture da accreditare e da non accreditare	DA da adottare entro il 31/10/2007
<b>C.1.3</b>	Revisione dei Protocolli d'intesa e definizione degli atti aziendali dei Policlinici universitari	X		0	0	0	Stipula dei nuovi protocolli di intesa con le Università degli Studi di Palermo, Catania e Messina	Protocolli di Intesa da stipulare entro il 31/12/2007
<b>C.1.4</b>	Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 682/700/756	X		0	0	0	1 assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del D.A:di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03,e congelamento dei p l per acuti 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per elaborazione linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4. approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il 15.9.07 del	<b>1)</b> D. A. entro 15 giorni dall'approvazione del Piano <b>2.</b> Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 <b>3.</b> insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per elaborazione le linee-guida per riconversione rete ospedaliera, <b>4.</b> approvazione delle linee guida con atto della



Regione Siciliana

								Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, tenuto conto di quanto previsto nell'adottando PSR,	Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il 15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali,
<b>C.1.5</b>	Riduzione per la speditività convenzionata dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 100/150/185		<b>X</b>	<b>-2.589.000</b>	<b>-15.536.000</b>	<b>-19.161.000</b>		1 assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del D.A:di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03,e congelamento dei p l per acuti 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per elaborazione linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4 approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il 15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, tenuto conto di quanto previsto nell'adottando PSR	1) D. A. entro 15 giorni dall'approvazione del Piano 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per elaborazione le linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4 approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il 15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi



Regione Siciliana

								ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali,
<b>C.1.6</b>	Adozione del Dm 12/09/2006		<b>X</b>	0	0	0	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di recepimento del tariffario nazionale	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007
<b>C.2.1</b>	Riduzione per la speditività convenzionata dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati		<b>X</b>	economia di - 28 mln € Già scontata in C.1.1	economia di - 28 mln € Già scontata in C.1.1	economia di - 28 mln € Già scontata in C.1.1	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità sui nuovi criteri di abbattimento per l'attività di ricovero ordinario e in day hospital inappropriata	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007
<b>C.2.2</b>	Riduzione per le strutture a gestione sperimentale e altri enti dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati		<b>X</b>	<b>-3.988.000</b>	<b>-3.390.000</b>	<b>-2.393.000</b>	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità sui nuovi criteri di abbattimento per l'attività di ricovero ordinario e in day hospital inappropriata	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007



Regione Siciliana

<b>C.2.3</b>	Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati	<b>X</b>		0	0	0	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità sui nuovi criteri di abbattimento per l'attività di ricovero ordinario e in day hospital inappropriata	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007
<b>C.3.1</b>	Riduzione della mobilità passiva extraregionale e definizione di un'intesa regione Calabria/Sicilia per la mobilità frontiera.	<b>X</b>		0	0	0	Ottimizzare l'acquisizione, l'elaborazione e la trasmissione dei flussi specifici tramite verifiche con le Aziende Sanitarie e adozione di specifici protocolli operativi	Sottoscrizione dell'intesa entro il 28/02/2008
<b>C.4</b>	Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime	<b>X</b>		0	0	0	Adozione della Delibera della Giunta regionale Ricognitiva delle varie situazioni Approvazione del provvedimento da parte dell'ARS per la definitiva stabilizzazione	DGR entro il 31.12.2007 Provvedimento entro il 30.04.2008.
<b>C.5</b>	Riduzione del numero delle aziende ospedaliere	<b>X</b>		0	2.500.000	5.000.000	Approvazione del provvedimento	Entro il 30.06.2008
<b>TOTALI</b>				<b>-45.374.000</b>	<b>-60.891.000</b>	<b>-63.804.000</b>		



## 16. – “D” – Altre misure di contenimento dei costi

Le misure di contenimento indicate ai punti precedenti operano sulla struttura del Sistema Sanitario Regionale, modificando i meccanismi di destinazione delle risorse da assegnare alle diverse forme di assistenza e incidendo, nel contempo, sui costi di gestione delle Aziende Sanitarie.

Dalle misure operative derivano economie e costi sulle diverse voci del conto economico, ed in particolare su quelle del personale e degli acquisti di beni e servizi, come per altro evidenziato nelle tabelle B.2.1; C.1/1,2,3; C.2/1,2,3

Oltre gli interventi previsti dal presente Piano ai punti B e C, sono state individuate ulteriori misure, rese necessarie per ottemperare alle disposizioni della Legge 296/06 Finanziaria 2007, nonché a quelle già approvate dall'ARS, con la legge finanziaria regionale n. n. 2 dell'8.2.2007.

### D.1 INTERVENTI SUI COSTI DEL PERSONALE E COSTI ASSIMILATI

D.1 – Interventi sul costo del personale e costi assimilati	D.1.1 -- Riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici, nella misura non inferiore al 5% a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell'assetto ospedaliero
	D.1.2 – Blocco del turn-over del personale nella misura del 90% per il personale delle aree professionale, tecnica e amministrativa e nella misura del 75% per il personale dell'area sanitaria
	D.1.3 Riduzione del 50% dei corrispettivi erogati a titolo di incentivo al personale medico ed infermieristico del servizio 118
	D.1.4 – Riduzione del 5% dei fondi destinati all'erogazione delle attività accessorie (particolari situazioni di disagio, straordinario, incentivazione e risultato)
	D.1.5 – Preventiva autorizzazione alle aziende sanitarie per l'istituzione di nuove unità operative
	D.1.6 – Revisione delle modalità di applicazione degli istituti contrattuali posti in essere da parte delle aziende sanitarie
	D.1.7 – Altre misure di variazione della spesa in materia di personale derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate

Al fine della verifica dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale, previsto nel piano di rientro, in coerenza con Legge finanziaria per il 2007 e la normativa vigente di settore, è predisposta una rilevazione mediante la compilazione di due tabelle da effettuarsi da parte di ciascuna azienda ed ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e da parte della regione per il riepilogativo regionale:

- **Tabella D.1/1** con la quale deve essere rilevata la situazione di organico e di spesa complessiva del personale dell'anno 2004, anno di riferimento dell'obiettivo di contenimento di detta spesa. Ogni tabella, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, da inviarsi da parte della regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il 20 luglio 2007.
- **Tabella D.1/2** con la quale deve essere rilevata, per ogni trimestre e a consuntivo di ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, la situazione di organico e di spesa complessiva del personale. Ogni tabella, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per il consuntivo.

Al fine di rendere coerente tale rilevazione con gli analoghi dati inviati dalle aziende per il conto



## Regione Siciliana

annuale e per il monitoraggio trimestrale, la compilazione delle tabelle deve fare riferimento ai criteri di competenza economica e alle istruzioni relative al conto stesso, salvo quanto specificato di seguito.

I valori di spesa relativi sia all'anno 2004 Tabella D.1/1 sia a ciascuno dei periodi oggetto di rilevazione per gli anni 2007, 2008 e 2009 (Tabella D.1/2) non devono contenere eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per il rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Tali arretrati devono essere considerati comprensivi dei contributi a carico dell'amministrazione e dell'IRAP.

Inoltre nella Tabella D.1/2 è prevista la colonna (9) nella quale deve essere indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Tale colonna si rende necessaria al fine di valutare il totale delle spesa di personale al netto di detti oneri, così come previsto dal piano di rientro.

Nelle suddette tabelle è inoltre prevista la rilevazione dei rimborsi relativi alla cosiddetta "indennità De Maria".

Gli importi di spesa devono essere espressi in migliaia di euro.

### MACROCATEGORIE DI PERSONALE

#### **Personale a tempo indeterminato:**

Per le spese per competenze fisse e accessorie di tali categorie di personale si fa riferimento rispettivamente alle tabelle 12 e 13 del conto annuale.

Per la consistenza del personale si fa riferimento alle unità presenti al termine del periodo considerato.

- **Medici**

Vanno rilevati i dirigenti appartenenti alle categorie dei medici, veterinari ed odontoiatri a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

- **Dirigenti non medici**

Vanno rilevati i dirigenti non medici dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

- **Personale non dirigente**

Va rilevato il personale dipendente a tempo indeterminato destinatario dei CCNL del "comparto sanità".

- **Personale contrattista**

Va rilevato il personale a tempo indeterminato con contratto di lavoro del settore privato (ad esempio con contratto di lavoro dei chimici, metalmeccanici, operai del settore agricolo, ecc.) nonché gli ex medici condotti nei cui confronti trovano applicazione l'art. 48 del CCNL 3 novembre 2005 e l'art. 4 del CCNL 5 luglio 2006 dell'area della dirigenza medico-veterinaria.

#### **Personale a tempo determinato**

*Va indicato il totale delle spese per competenze fisse e accessorie facendo riferimento alla tabella 14 - codice PO 15 del conto annuale.*

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo a personale dipendente (dirigenti e non dirigenti) con contratto di lavoro a tempo determinato colfulato in applicazione delle vigenti norme contrattuali disciplinanti tali tipologie di rapporto di lavoro. In tale categoria non vanno indicati i dirigenti medici e non medici a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.



### **Restante personale**

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo al personale appartenente alle seguenti categorie:

1. Personale con contratto di formazione e lavoro (riferimento tabella 14 - codice PO 16 del conto annuale);
2. Personale addetto ai L.S.U. (riferimento tabella 14 - codice P065 del conto annuale);
3. Personale con contratto di fornitura di lavoro temporaneo - interinale (riferimento tabella 14 - codice P062 + codice LI 05 del conto annuale);
4. Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con convenzioni (riferimento tabella 14 - codice LI 08 del conto annuale).

### **Rimborsi per "Indennità De Maria"**

Vanno indicati i rimborsi effettuati dalle aziende sanitarie alle università per la corresponsione dell'indennità di perequazione tra personale universitario, docente e non docente e personale del comparto sanità (cosiddetta "indennità De Maria"). Riferimento tabella 14 - codice P071 per la quota parte di rimborsi riguardante la suddetta indennità.

## SPESE

### **Spesa per competenze fisse**

Con riferimento a ciascuna categoria va indicato per il periodo di riferimento il totale complessivo degli emolumenti fissi relativi a stipendio, R.I.A., 13<sup>^</sup> mensilità (nel trimestre in cui viene corrisposta) al netto dei recuperi derivanti da assenze, ritardi, scioperi, ecc. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

### **Spesa per competenze accessorie**

Va indicato il totale delle competenze accessorie sostenute nel periodo di rilevazione. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

### **Spese Contributi a carico dell'ente**

Va riportato il complesso dei contributi a carico dell'Ente (compresi eventuali premi per assicurazione INAIL). Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

### **IRAP**

Vanno riportate le spese con riferimento all'IRAP relativamente alle competenze fisse ed accessorie. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

### **Altre voci di spesa**

Vanno riportate le spese con riferimento a:

1. assegni per il nucleo familiare;
2. gestione mense e buoni pasto;
3. equo indennizzo.

### **Oneri derivanti dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004**

Con riferimento alla Tabella D.1/2, va indicata la quota parte delle spese di competenza del



Regione Siciliana

periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali del lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004, comprensivi dei contributi a carico dell'azienda e IRAP.

Si riportano di seguito le **tabelle D.1/1,2** riepilogative per la comunicazione dei dati richiesti da parte delle aziende sanitarie:



Regione Siciliana

Tabella D.1/1

Denominazione Regione								
Denominazione Aziende Sanitarie / Ente								
Periodo rilevazione								
(valore in migliaia di euro)	<b>Totale presenti al 31/12/2004 (1)</b>	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	<b>Totale spese fisse + accessorie (4)=(2)+(3)</b>	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'Azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	<b>Totale (8)=(4)+(5)+(6)+(7)</b>
<b>Personale dipendente a tempo indeterminato</b>								
Medici								
Dirigenti non medici								
Personale non dirigente								
Personale contrattista								
<b>Personale a tempo determinato</b>								
<b>Restante personale</b>								
<b>Totale</b>								
								<b>Totale rimborsi</b>
<b>Indennità De Maria</b>	-	-	-	-	-	-	-	



Tabella D.1/2

Denominazione regione										
Denominazione azienda/ente										
Periodo di rilevazione										
	<b>Totale presenti al ....</b> <b>(1)</b>	Spese per competenze fisse <b>(2)</b>	Spese per competenze accessorie <b>(3)</b>	<b>Totale spese fisse + accessorie</b> <b>(4) = (2) + (3)</b>	IRAP <b>(5)</b>	Spese per contributi a carico dell'azienda <b>(6)</b>	Altre voci di spesa <b>(7)</b>	<b>Totale</b> <b>(8) = (4) + (5) + (6) + (7)</b>	<i>di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004</i> <b>(9)</b>	<b>Totale al netto dei rinnovi</b> <b>(10) = (8) - (9)</b>
<i>(valori in migliaia di euro)</i>										
<b>Personale dipendente a tempo indeterminato</b>										
- Medici										
- Dirigenti non medici										
- Personale non dirigente										
- Personale contrattista										
<b>Personale a tempo determinato</b>										
<b>Restante personale</b>										
<b>Totale</b>										
<i>(valori in migliaia di euro)</i>										
<b>Indennità De Maria</b>								<b>Totale rimborsi</b>	<i>di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004</i>	<b>Totale rimborsi al netto dei rinnovi</b>

**MISURE OPERATIVE PER IL CONTENIMENTO DEI COSTI DEL PERSONALE**

Le disposizioni della Legge 296/06 Finanziaria 2007 prevedono una riduzione dei costi del personale, al netto degli arretrati per le applicazioni contrattuali e delle altre figure assimilate, pari all'1,4% per ciascun anno nel periodo 2007/2009.

Il costo complessivo sostenuto nell'anno 2004 è pari ad €. 2.537.614.000 e, aggiungendo a tale valore complessivo il costo dell'Irap pari a circa €. 200.388.000, si perviene ad una spesa lorda di €.2.738.002.000; l'incidenza del risparmio pari all'1,4% su tale costo lordo risulta pari a **€.38.332.000**.

Si rappresenta che nell'ambito dei valori di costo sopra evidenziati, sono stati inseriti quelli dei tre Policlinici Universitari presenti in Regione (l'inserimento dei costi è stato effettuato sul modello OOO della Regione).

Si evidenzia che i costi tendenziali per il personale dipendente sono stati calcolati per l'anno 2007 con un incremento del 2; lo stesso incremento del 2% è stato previsto per gli anni 2008 e 2009.

Come esposto più in dettaglio nella seguente tabella, al fine del conseguimento dell'obiettivo di riduzione di spesa previsto dall'articolo 1, comma 565, della legge n. 296/2006, tenendo anche conto degli effetti di trascinarsi sull'anno 2007 e successivi delle economie imputabili alla regione Sicilia per effetto delle disposizioni recate dall'articolo 1, comma 98, della legge 311/2004, la regione dovrebbe ottenere una riduzione del costo del personale di circa 79 milioni di euro rispetto ai costi sostenuti nell'anno 2004, al netto dei rinnovi contrattuali avvenuti dopo tale anno (il cui impatto è stimabile in circa 180 milioni di euro).

A seguito dei significativi incrementi della spesa per il personale dipendente registrati negli ultimi anni che hanno visto crescere tale aggregato in media del 4,7% annuo, tale obiettivo comporterebbe una manovra complessiva di 432 milioni di euro all'interno del periodo 2007-2009. Tale obiettivo non è raggiungibile all'interno del periodo di riferimento con gli strumenti di intervento a disposizione. Tuttavia la regione si impegna ad attuare un piano di riduzione del costo del personale che sia il più efficace possibile.

VOCI DI COSTO	COSTI 2004	COSTI 2007	COSTI 2008	COSTI 2009
Ruolo sanitario	2.014.380.000	2.313.362.040	2.359.629.281	2.406.821.866
Ruolo professionale	7.831.000	9.608.400	9.800.568	9.996.579
Ruolo tecnico	319.884.000	333.272.760	339.938.215	346.736.980
Ruolo amministrativo	195.519.000	241.687.980	246.521.740	251.452.174
<b>Totale ruoli</b>	<b>2.537.614.000</b>	<b>2.897.931.180</b>	<b>2.955.889.804</b>	<b>3.015.007.600</b>
IRAP	200.387.765	246.324.150	251.250.633	256.275.646
<b>Totale costi</b>	<b>2.738.001.765</b>	<b>3.144.255.330</b>	<b>3.207.140.437</b>	<b>3.271.283.246</b>
Costi contrattuali, con IRAP		180.287.368	180.287.368	180.287.368
<b>Costi al netto dei contratti</b>	<b>2.738.001.765</b>	<b>2.963.967.962</b>	<b>3.026.853.069</b>	<b>3.090.995.878</b>
Economia 1,4%	38.332.025	264.298.222	327.183.329	391.326.137
Risparmi LF 2005 e LF 2006	40.421.983	40.421.983	40.421.983	40.421.983
<b>Obiettivo Totale di riduzione</b>	<b>78.754.008</b>	<b>304.720.205</b>	<b>367.605.312</b>	<b>431.748.120</b>
<b>Totale costi corretti</b>	<b>2.659.247.757</b>	<b>2.659.247.757</b>	<b>2.659.247.757</b>	<b>2.659.247.757</b>

Le misure di contenimento della spesa individuate riescono a realizzare un risparmio complessivo di 154 milioni di euro. Tali misure verranno di seguito singolarmente esposte e rappresentate complessivamente nella conclusiva tabella degli obiettivi operativi D.1



### D.1.1 -- Riduzione delle posizioni organizzative

A partire dall'anno 2003, anche a seguito della delibera di Giunta Regionale n. 135/2003, che ha individuato nuovi parametri per la rideterminazione delle piante organiche delle strutture ospedaliere, le aziende sanitarie hanno adottato gli Atti aziendali e le nuove dotazioni organiche del personale, attribuendo al personale dipendente funzioni di maggiore autonomia gestionale, che, se da un lato hanno consentito di individuare percorsi di responsabilizzazione degli operatori nell'ambito dei processi delle attività sanitarie, professionali, tecniche e amministrative, dall'altro hanno prodotto un incremento dei costi del personale non sempre coerenti con la disponibilità dei fondi storici dedicati e con il raggiungimento degli obiettivi di efficienza organizzativa e di efficacia dei risultati attesi.

La regione si impegna a semplificare la struttura organizzativa delle aziende sanitarie, soprattutto di quelle di maggiore consistenza organica, disponendo entro il 31 Dicembre 2007 la riduzione delle posizioni organizzative sia complesse che semplici esistenti nell'ambito delle aree contrattuali delle dirigenze con una percentuale non inferiore al 5% del numero delle medesime e comunque tale da garantire il conseguimento di un obiettivo di risparmio non inferiore a quello indicato nella tabella 17 – obiettivo operativo D.1.1

In conseguenza di tali riduzioni, le aziende dovranno rideterminare anche i relativi fondi contrattuali in atto deliberati, e ciò determinerà effettive economie sui costi del personale già a decorrere dall'anno 2008.

### D.1.2 -- Riduzione del turn-over del personale

Un'ulteriore misura di contenimento dei costi del personale individuata consiste nell'incidere sulla dinamica delle assunzioni a diverso titolo, riducendo sensibilmente il turn over del personale cessato dal servizio.

La regione si impegna ad adottare entro il 30 ~~SETTEMBRE~~luglio 2007 un provvedimento di blocco del turn-over per il triennio 2007/2009 differenziato per il personale sanitario e non sanitario.

In particolare la regione si impegna, per l'intero periodo 2007-2009, alla sostituzione del personale cessato nella misura del 25% per il personale del ruolo sanitario e del 10% per il restante personale.

Si evidenzia al riguardo che la Regione ha già adottato tempestivamente (nota dell'Assessore per la Sanità n. 436 del 13/02/2007) una disposizione di blocco immediato delle assunzioni a qualunque titolo, accentrando a livello regionale eventuali autorizzazioni in deroga al divieto in via generale, per soli casi eccezionali e nell'ambito delle risorse disponibili da parte delle aziende.

Sulla base dei dati del Conto Economico 2005 del personale cessato, depurato delle mobilità intra-regionali, e con riferimento al costo medio del personale correlato alle sole voci stipendiali fisse, è stato calcolato il valore medio del turn-over.

Anche per tale misura, per quanto riguarda il valore dei costi determinato, lo stesso è stato incrementato di una percentuale pari al 9% derivante dalla differenza tra i valori relativi agli anni 2005 e 2006, riportati alla voce "Costo del Personale" .

Area contrattuale	Personale cessato	Costo medio	Valore turn over	Valore turn over 2006	Economie 2007	Economie 2008	Economie 2009
<i>Dirigenza medica</i>	293	56.339	16.507.432	17.993.101	-3.373.707	-20.242.239	-33.737.065
<i>Dirigenza sanitaria</i>	16	54.021	864.329	942.119	-176.647	-1.059.883	-1.766.472
<i>Comparto sanitario</i>	673	30.093	20.252.401	22.075.117	-4.139.084	-24.834.506	-41.390.844
<i>Dirigenza professionale</i>	1	51.367	51.367	55.990	-12.598	-75.587	-125.978
<i>Comparto professionale</i>	4	30.445	121.780	132.740	-29.867	-179.199	-298.665
<i>Dirigenza tecnica</i>	0	51.660	0	0	0	0	0
<i>Comparto tecnico</i>	297	24.601	7.306.509	7.964.095	-1.791.921	-10.751.528	-17.919.213



Regione Siciliana

<i>Dirigenza amministrativa</i>	16	54.615	873.838	952.484	-214.309	-1.285.853	-2.143.088
<b>Comparto amministrativo</b>	153	27.242	4.168.050	4.543.175	-1.022.214	-6.133.286	-10.222.144
<b>Totale</b>	<b>1.453</b>	<b>380.382</b>	<b>50.145.706</b>	<b>54.658.820</b>	<b>-10.760.347</b>	<b>-64.562.081</b>	<b>107.603.469</b>

NOTA: Nell'anno 2007 il valore della misura è rapportato agli effetti stimati prudentemente per il solo 2° semestre, sebbene fin dal 13/02/2007 la Regione abbia adottato una Direttiva di blocco del turn-over.

**La regione si impegna inoltre a dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 296/2006 in materia di rideterminazione delle consistenze del personale in coerenza con le misure di blocco del turn-over.**

**D.1.3 – Riduzione del 50% dei corrispettivi erogati a titolo di incentivo al personale medico ed infermieristico del servizio 118**

In atto sul territorio siciliano il personale delle aziende sanitarie utilizzato in turni del servizio che opera sul 118 per i ricoveri in emergenza, viene retribuito con premi incentivanti, al fine di compensare i disagi derivanti al personale di turni stressanti e della necessità di garantire comunque l'ordinaria attività istituzionale.

Fino alla determinazione degli organici delle centrali operative e la definizione delle procedure di assunzione del relativo personale medico e infermieristico, nel rispetto delle limitazioni derivanti dal blocco del turn over, si rende necessario, comunque, ridurre del 50% l'incentivazione in atto erogata al personale turnista sul servizio del 118, e ciò al fine di ridimensionare il costo orario della medesima incentivazione e riportarlo a livelli previsti dagli istituti contrattuali per le indennità similari.

Nella seguente tabella sono individuate le tipologie di ambulanze ed elicotteri attivati nel territorio regionale con i relativi importi finanziati, nell'anno 2006, alle centrali operative per far fronte alle spese relative al personale utilizzato per le funzioni assistenziali del SUES 118, nonché le economie derivanti dalla riduzione del 50% citata.

Ai sensi delle circolari dell'Assessorato Regionale Sanità n.1086 del 18/7/2002 e n. 1094 del 28/8/2002, i compensi orari per gli infermieri e ausiliari, nonché per i medici anestesisti rianimatori, sono stati fissati rispettivamente in €. 25,00 in €. 22,00 ed in €. 44,00.

<b>CENTRALE OPERATIVA</b>	<b>S. Elia</b>	<b>Cannizzaro</b>	<b>Papardo</b>	<b>Civico</b>	<b>Totale</b>
<b>Ambulanze tipo A</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>83</b>
Medico	4	20	21	17	62
Costi medico	114.975	574.875	603.619	488.644	1.782.113
Infermiere					
Costi infermiere	1.847.813	4.722.188	205.313	3.695.625	10.470.938
<b>Totale costi ambulanze tipo A</b>	<b>1.962.788</b>	<b>5.297.063</b>	<b>808.931</b>	<b>4.184.269</b>	<b>12.253.050</b>
<b>Centri Mobili di Rianimazione (CMR)</b>					
Anestesista					
Costo rianimatore	1.445.400	2.168.100	1.445.400	3.252.150	8.311.050
Infermiere					
Costo infermiere	1.026.563	1.437.188	821.250	1.847.813	5.132.813
<b>Totale Centri Mobili di Rianimazione (CMR)</b>	<b>2.471.963</b>	<b>3.605.288</b>	<b>2.266.650</b>	<b>5.099.963</b>	<b>13.443.863</b>
<b>Elicotteri H24</b>					
Costi personale SSN su elicotteri	566.663	566.663	566.663	1.133.325	2.833.313
Auto mediche					



Regione Siciliana

Costi personale SSN su auto mediche	0	0	0	566.663	566.663
Centrali operative					
Costi personale SSN delle centrali operative	566.663	566.663	566.663	566.663	2.266.650
<b>Totale Elicotteri H24</b>	<b>1.133.325</b>	<b>1.133.325</b>	<b>1.133.325</b>	<b>2.266.650</b>	<b>5.666.625</b>
<b>TOTALI COSTI RETRIBUZIONI</b>	<b>5.568.075</b>	<b>10.035.675</b>	<b>4.208.906</b>	<b>11.550.881</b>	<b>31.363.538</b>
<b>TOTALI COSTI ONERI RIFLESSI + IRAP</b>	<b>2.004.507</b>	<b>3.612.843</b>	<b>1.515.206</b>	<b>4.158.317</b>	<b>11.290.874</b>
<b>COSTI COMPLESSIVI</b>	<b>7.572.582</b>	<b>13.648.518</b>	<b>5.724.113</b>	<b>15.709.199</b>	<b>42.654.411</b>
<b>TOTALI COSTI PERSONALE RIDOTTI DEL 50%</b>	<b>3.786.291</b>	<b>6.824.259</b>	<b>2.862.056</b>	<b>7.854.599</b>	<b>21.327.206</b>
<b>ECONOMIE</b>	<b>3.786.291</b>	<b>6.824.259</b>	<b>2.862.056</b>	<b>7.854.599</b>	<b>21.327.206</b>

\* -- le economie sono considerate per l'anno 2007 solo per tre mesi a decorrere dall' 01/10/2007.

#### D.1.4 -- Riduzione dei fondi contrattuali per le indennità accessorie e revisione delle modalità di applicazione degli istituti contrattuali

La presente misura è speculare a quella indicata al punto D.1.1, che prevede anche la riduzione dei fondi relativi alle posizioni organizzative a seguito della rideterminazione delle dotazioni organiche delle aziende sanitarie.

Al fine di non penalizzare le aziende Sanitarie che storicamente beneficiano di fondi contrattuali più limitati rispetto alla media regionale, si opererà contestualmente alla misura, ad azioni perequative tra Aziende nell'ambito del SSR.

Inoltre si terrà conto delle fattispecie applicative di CCNL anomale rispetto alla genericità dei casi e agli scostamenti di valore dei fondi CCNL rispetto alle stime medie regionali. Tutto ciò avverrà tramite la costituzione di una apposita commissione tecnica la cui composizione prevede anche rappresentanti delle OO.SS. di categoria. Gli effetti della misura avrà comunque decorrenza a partire dal secondo semestre 2007.

Con questa misura, a seguito della riduzione del turn over e dell'applicazione dei criteri sopra indicati, nonché alle disposizioni di cui alla Legge finanziaria n.296/2006 art. 1 comma 565 punto 4, verranno parimenti ridotti del 5% i fondi destinati alla liquidazione delle indennità accessorie, quali il lavoro straordinario, le indennità di turno e reperibilità, nonché i premi di incentivazione e di risultato spettanti al personale dipendente delle aree delle dirigenze e del comparto.

Si evidenzia che i dati relativi alla valorizzazione dei fondi del personale finalizzati a retribuire le indennità accessorie, sono stati calcolati sulla base consolidata del Conto Annuale anno 2005.

Per quanto riguarda il valore dei costi determinato, lo stesso è stato incrementato di una percentuale pari al 9% derivante dalla differenza tra i valori relativi agli anni 2005 e 2006, riportati alla voce "Costo del Personale".

Area contrattuale	Disagio/Strordinario	Incentivazione/Risultato	Totale	Oneri + IRAP	Totale	Fondi 2006	Economie
Dirigenza medica	24.336.872	14.908.689	39.245.561	14.128.401	53.373.962	58.177.619	2.908.880
Altra Dirigenza	1.176.387	3.794.059	4.970.446	1.789.360	6.759.806	7.368.189	368.409
Comparto	80.309.454	52.342.958	132.652.412	47.754.868	180.407.280	196.643.935	9.832.196
<b>Totale</b>	<b>105.822.713</b>	<b>71.045.706</b>	<b>176.868.419</b>	<b>63.672.630</b>	<b>240.541.049</b>	<b>262.189.744</b>	<b>13.109.487</b>

Le economie sono considerate per l'anno 2007 solo per tre mesi a decorrere dall'1/10/2007



#### **D.1.5 – Autorizzazione regionale per l’istituzione di nuove Unità Operative**

L’istituzione di nuove Unità Operative è soggetta ad autorizzazione, previa valutazione della contabilità finanziaria in relazione agli obiettivi di risparmio di cui al punto D.1.1 .

La presente misura non è in atto valorizzabile.

#### **D.1.6 – Revisione delle modalità di applicazione degli Istituti Contrattuali**

Contestualmente alla misura D.1.4, si procederà alla revisione delle modalità con le quali le aziende sanitarie hanno applicato i CCNL e i relativi contratti integrativi aziendali, avendo constatato differenti metodologie ed effetti economici diversificati tra le diverse realtà del sistema sanitario regionale.

La presente misura non è in atto valorizzabile.

#### **D.1.7 – Economie derivanti da interventi strutturali, quali la riduzione dei posti letto, e l’abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate.**

La misura non è stata valorizzata in quanto l’economie derivanti dalla stessa sono già state inserite al punto nel calcolo delle economie conteggiate al precedente obiettivo operativo D.1.2

#### **QUADRO RIASSUNTIVO DELLE MISURE PREVISTE PER IL PERSONALE DIPENDENTE**

Nella seguente tabella D.1 sono rappresentate le misure operative trattate:

**17. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI -- SPESA DEL PERSONALE**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
D.1.1	Riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici, nella misura non inferiore al 5% a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell'assetto ospedaliero		X	0	-2.203.000	-2.203.000	Direttiva dell'Assessorato Regionale della Sanità alle aziende sanitarie per la riduzione delle strutture dirigenziali complesse del 5% e di quelle semplici del 10% a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell'assetto ospedaliero	Direttiva assessoriale da adottare entro il 31/12/2007, unitamente alla definizione della rete ospedaliera
D.1.2	Blocco del turn-over del personale nella misura del 90% per il personale delle aree professionale, tecnica e amministrativa e nella misura del 75% per il personale dell'area sanitaria		X	- 10.760.000	- 64.562.000	- 107.603.000	1) Direttiva assessoriale adottata con prot.436/Serv.2° del 13/02/2007, inerente il blocco delle assunzioni 2) Ulteriore direttiva sulle assunzioni e sulla mobilità	Ulteriore Direttiva assessoriale da adottare entro il 30/09/2007, con decorrenza 01/10/2007
D.1.3	Riduzione del 50% dei corrispettivi erogati a titolo di incentivo al personale medico ed infermieristico del servizio 118		X	-5.332.000	-21.328.000	-21.328.000	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di riduzione delle tariffe orarie di incentivazione del personale utilizzato sul Servizio 118	Decreto Assessoriale da adottare entro il 30/09/2007 con decorrenza 31/10/2007



Regione Siciliana

<b>D.1.4</b>	Riduzione del 5% dei fondi destinati all'erogazione delle attività accessorie (particolari situazioni di disagio, straordinario, incentivazione e risultato)		<b>X</b>		<b>-3.366.000</b>	<b>-13.464.000</b>	<b>-13.464.000</b>	Direttiva dell'Assessorato Regionale della Sanità alle aziende sanitarie per la riduzione dei fondi contrattuali di emolumenti accessori del 5% rispetto a quelli dell'anno 2006	Direttiva assessoriale da adottare entro il 30/09//2007
<b>D.1.5</b>	Preventiva autorizzazione alle aziende sanitarie per l'istituzione di nuove unità operative		<b>X</b>		0	0	0	Legge Regionale n.2 8/02/2007, art.24 comma 25 lett.(b)	Direttive regionali entro il 31/12/2007
<b>D.1.6</b>	Revisione delle modalità di applicazione degli istituti contrattuali posti in essere da parte delle aziende sanitarie		<b>X</b>		0	0	0	Direttiva regionale contestuale alle azioni dei punti D1.1 e D.1.4	Direttiva assessoriale da adottare entro il 30/11/2007
<b>D.1.7</b>	Altre misure di variazione della spesa in materia di personale derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate		<b>X</b>		0	0	0	1) Direttiva per l'adeguamento dei posti letto delle strutture della spedalità convenzionata al DA 810/03 2) Decreto assessoriale di soppressione dei posti letto in esubero 3) Adozione del piano attuativo aziendale per i servizi ospedalieri 2007/2009	1) Direttiva regionale entro 15 giorni dall'approvazione del Piano 2) DA entro 30 giorni dall'approvazione del Piano 3) Adozione dei piani entro il 30/11/2007 con recepimento assessoriale entro il 15/12/2007
<b>TOTALI</b>					<b>-19.458.000</b>	<b>-101.557.000</b>	<b>-144.598.000</b>		



## D. 2 INTERVENTI SUI COSTI DI BENI E SERVIZI

D.2 – Interventi sui costi dei beni e servizi	D.2.1 – Osservatorio regionale prezzi
	D.2.2 – Procedure di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi
	D.2.3 – Esame e contenimento dei costi per noleggi e leasing, fatti salvi quelli strettamente necessari per l'erogazione dell'assistenza sanitaria
	D.2.4 – Riduzione, nella misura del 10%, in ragione di anno, per le annualità 2008 e 2009, dei costi per formazione professionale
	D.2.5 – Riduzione dei costi per l'acquisto dei beni non aggiudicati tramite gara consorziata nel triennio 2007/2009 (ad eccezione dei prodotti farmaceutici)
	D.2.6 Contenimento della spesa energetica
	D.2.7 -- Riduzione degli investimenti programmati con risorse proprie delle aziende del 10% per ciascun anno nel triennio 2007/2009
	D.2.8 – Altre misure di variazione della spesa in materia di beni e servizi derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate
	D.2.9 -- Sviluppo di un sistema di benchmarking degli acquisti in sanità

La Regione Sicilia ha già intrapreso, a partire da questo anno, un processo di razionalizzazione della spesa sostenuta dalle Aziende Sanitarie per l'approvvigionamento di beni e servizi, al fine di conseguire il contenimento della spesa programmato, per il triennio 2007-2009 nella misura del 3% rispetto all'anno 2006 (Legge Finanziaria regionale n. 2 dell'8.2.2007).

A tale scopo sono state individuati un insieme di interventi destinati ad interagire tra loro, tutti finalizzati alla razionalizzazione e riorganizzazione del "sistema forniture" regionale.

### D.2.1- Osservatorio regionale prezzi

Primo tra detti strumenti, è l'Osservatorio Regionale prezzi per dispositivi medici, specialità medicinali, servizi, lavori e altre forniture di beni diversi, istituito con D.A. n. 32 del 18.01.2007, quale strumento operativo/gestionale per acquisire efficienza ed economicità nell'approvvigionamento di beni e servizi.

#### Metodologia di lavoro

Obiettivo da conseguire, attraverso l'implementazione di una banca dati regionale, è l'individuazione del prezzo medio ponderato per ogni singolo dispositivo medico, farmaco, bene, servizio, intervento strutturale.

Detto strumento di governo della spesa sanitaria in termini di prezzi e di volumi di acquisto, in ambito regionale, intende, tra l'altro, rimuovere le ipotizzabili discrasie verosimilmente esistenti nel settore acquisti/lavori in ambito regionale, facendo sì che ogni Azienda Sanitaria, prima di definire ogni aggiudicazione, possa conoscere la quotazione economica di riferimento sulla base della quale rinegoziare, a ribasso, l'offerta economica, laddove, per effetto del mantenimento delle condizioni economiche già in precedenza contrattate possa determinarsi un "danno erariale".

Con D.A. n. 32 del 18/01/2007 è stato istituito presso questo Assessorato Regionale Sanità della Regione Siciliana un Osservatorio Prezzi per le specialità medicinali e per i dispositivi medici.

L'Osservatorio prezzi si prefigge di fornire, a livello locale, alle Aziende Sanitarie, utilizzatrici



## Regione Siciliana

finali del “mezzo”, una maggiore conoscenza del mercato che consenta di assumere decisioni più razionali in merito alla scelta del fornitore, conoscendo in via preventiva i prezzi praticati e le altre condizioni contrattuali - nel lungo termine anche in ambito interregionale - consentendo un miglior orientamento verso le soluzioni economicamente più vantaggiose.

L'esigenza di porre sotto osservazione l'andamento e la distribuzione dei prezzi e delle procedure di acquisto nelle diverse strutture sanitarie, è stato uno degli elementi che hanno indotto L'Assessorato a dotarsi di uno strumento di monitoraggio nelle more dello sviluppo di una piattaforma telematica di monitoraggio della spesa sanitaria nella Regione Siciliana .

I compiti dell'Osservatorio sono i seguenti:

- raccolta dei dati di aggiudicazione;
- integrazione della classificazione nazionale relativa ai dispositivi medici così come approvata con Decreto 22/09/2005 ( CND);
- studio, elaborazione e comparazione dei dati acquisiti;
- attività di supporto per il trasferimento dei dati monitorati su una banca dati di rilevanza regionale ;
- elaborazione di linee guida per la semplificazione delle procedure di acquisizione di beni e servizi da parte delle Aziende sanitarie;

La necessità di istituire un osservatorio è nata a seguito una indagine effettuata a campione sui dati di costo sostenuti nell'anno 2005 dalle diverse Aziende sanitarie regionali di cui si riportano di seguito gli esiti:

Aziende Sanitarie	Numero ricoveri	Costi farmaci 2005	Costi dispositivi medici 2005	Spesa totale beni 2005
POLICLINICO – CT	25.811	9.697.000	4.924.000	19.810.000
POLICLINICO – ME	49.851	16.708.000	9.834.000	32.947.000
GARIBALDI – CT	55.749	13.870.000	13.899.000	37.531.000
POLICLINICO – PA	57.809	18.571.000	7.582.000	34.416.000
CIVICO – PA	62.539	17.411.000	28.116.000	65.461.000

Unica azienda regionale in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, così come individuata con la menzionata L.R. 34/95 è l'Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Catania i cui dati di costo per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2005 sono i seguenti:

V.EMANUELE – CT	70.372	15.387.000	23.126.000	50.172.000	224.393.000
-----------------	--------	------------	------------	------------	-------------

Separata comparazione può effettuarsi per le Aziende regionali di riferimento per l'emergenza di terzo livello e precisamente:

Aziende Sanitarie	Numero ricoveri	Costi farmaci 2005	Costi dispositivi medici 2005	Spesa totale beni 2005	Spesa totale costi produzione 2005
S.ELIA – CL	29.574	5.498.000	5.152.000	15.304.000	79.947.000
PAPARDO – ME	31.681	5.566.000	6.757.000	16.508.000	98.401.000
VILLA SOFIA – PA	32.480	6.208.000	9.406.000	21.370.000	125.708.000
CANNIZZARO – CT	35.508	6.670.000	15.230.000	28.131.000	141.119.000

Inoltre, da un confronto effettuato tra i dati di costo per farmaci e dispositivi medici sostenuto nell'anno 2005 dalle Aziende regionali di riferimento per l'emergenza di secondo livello risulta quanto segue:

Aziende Sanitarie	Numero ricoveri	Costi farmaci 2005	Costi dispositivi medici 2005	Spesa totale beni 2005	Spesa totale costi produzione 2005
Umberto I di Enna	18.049	2.087.000	2.203.000	6.566.000	53.971.000
Vittorio Emanuele di	18.642	1.322.000	1.507.000	4.980.000	36.518.000



## Regione Siciliana

Gela					
Piemonte di ME	19.138	1.214.000	1.718.000	4.076.000	54.601.000
S. Giovanni Di Dio- AG	23.925	3.165.000	6.112.000	12.405.000	66.467.000
Gravina di Caltagirone	25.742	2.626.000	2.426.000	9.144.000	74.799.000
V. Cervello di PA	30101	10.203.000	5.138.000	21.751.000	106.189.000
S. Antonio Abate - TP	30.281	3.416.000	4.400.000	11.549.000	67.837.000
OMPA – RG	30.391	6.621.000	9.346.000	20.182.000	83.331.000
Umberto I – SR	34.055	2.607.000	6.374.000	12.268.000	83.159.000

Ultimata l'indagine a campione si è ritenuto necessario procedere ad una verifica più approfondita della intera realtà regionale in tema di spesa per dispositivi medici, specialità medicinali e beni.

Si riportano i relativi dati di costo esposti analiticamente negli Allegati al presente Piano e denominati "E", "F", "G", "H", "I" ed "J".

Per l'individuazione di ogni Azienda Sanitaria vengono convenzionalmente utilizzati, in fase di studio dei dati pervenuti, anche i codici fin qui in uso in sede di stesura dei C.E. e precisamente:

- Azienda USL n. 1 di Agrigento – codice 101
- Azienda USL n. 2 di Caltanissetta – codice 102
- Azienda USL n. 3 di Catania – codice 103
- Azienda USL n. 4 di Enna – codice 104
- Azienda USL n. 5 di Messina – codice 105
- Azienda USL n. 6 di Palermo – codice 106
- Azienda USL n. 7 di Ragusa – codice 107
- Azienda USL n. 8 di Siracusa – codice 108
- Azienda USL n. 9 di Trapani – codice 109
- Azienda Ospedaliera Civico di Palermo – codice 901
- Azienda Ospedaliera Garibaldi di Catania – codice 902
- Azienda Ospedaliera V. Emanuele di Catania – codice 903
- Azienda Ospedaliera S. Elia di Caltanissetta – codice 904
- Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania – codice 905
- Azienda Ospedaliera Papardo di Messina – codice 906
- Azienda Ospedaliera Villa Sofia di Palermo – codice 907
- Azienda Ospedaliera S. Giovanni Di Dio di Agrigento – codice 908
- Azienda Ospedaliera Gravina di Caltagirone – codice 909
- Azienda Ospedaliera Umberto I di Enna – codice 910
- Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele di Gela – codice 911
- Azienda Ospedaliera Piemonte di Messina – codice 912
- Azienda Ospedaliera V. Cervello di Palermo – codice 913
- Azienda Ospedaliera Civile M.P. Arezzo di Ragusa – codice 914
- Azienda Ospedaliera Umberto I di Siracusa – codice 915
- Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate di Trapani – codice 916
- Azienda Ospedaliera Ospedali Civili Riuniti di Sciacca – codice 917
- Azienda Universitaria Policlinico di Palermo – codice 920
- Azienda Universitaria Policlinico di Messina – codice 930
- Azienda Universitaria Policlinico di Catania – codice 940

Per la individuazione dei singoli dispositivi medici, insieme alle specialità medicinali, da sottoporre monitoraggio, verrà ovviamente utilizzata la classificazione nazionale (CND), predisposta dalla Commissione unica dei dispositivi (Cud), ed aggiornata con Decreto del Ministero Salute del 20 Febbraio 2007 pubblicato su GURI del 16 marzo 2007.

Una tra le fonti sia di dati che di esperienze utilizzate dall'istituto Osservatorio sarà



## Regione Siciliana

l'OPT, che, per alcune classi di dispositivi e per le apparecchiature di alta tecnologia, ha già in passato elaborato dati di aggiudicazione.

Verranno, altresì, verificate anche le informazioni acquisibili attraverso le rilevazioni aziendali effettuate per adempiere al disposto dell'art. 57 comma 5 della L. n. 289 del 27.12.2002.

Al fine di validare i dati attualmente in corso di acquisizione, ogni Azienda Sanitaria ha individuato un Referente Aziendale.

Il processo di raccolta dei dati si svolge attraverso diverse fasi, prima tra le quali quella di raccolta e trasmissione all'Osservatorio Regionale dei dati, valicati dal Referente Aziendale.

Fase successiva è quella mirata a ricondurre ed associare ciascun dispositivo segnalato dalle Aziende sanitarie alla classificazione nazionale (CND), opportunamente, ove necessario, integrata .

I dati pervenuti all'Osservatorio regionale prezzi, corredati dalla classificazione nazionale, verranno pubblicati sul sito regionale, in una area riservata alla quale possono accedere soltanto le aziende sanitarie partecipanti alla rilevazione.

L'Osservatorio prezzi provvede, poi, ad aggregare i dati validati allo scopo di elaborare report di sintesi che vengono periodicamente distribuiti alle Aziende Sanitarie che possono utilizzarli per procedere ai nuovi acquisti in maniera più consapevole.

Per garantire una maggiore e tempestiva pubblicazione ed agevolarne la diffusione, tutti i report informativi sono inoltre pubblicati sul portale dell'Assessorato Regionale Sanità, all'interno di una area riservata alla quale le Aziende Sanitarie possono accedere (mediante nome utente e password personalizzati) per consultare/scaricare dal sito regionale tutta la reportistica in formato PDF.

Detta modalità di presentazione e diffusione consente di aggiornare in tempo reale la reportistica standard e di rispondere anche con maggiore tempestività a specifiche richieste elaborative.

Per la sua corretta ed efficace operatività l' Osservatorio si doterà di apposita idonea strumentazione informatica dedicata all'analisi della dinamica dei prezzi, mediante attivazione di almeno due postazioni centrali presso gli Uffici delegati dell'Assessorato ed una postazione dedicata presso ciascuna Azienda Sanitaria..

Dette postazioni, come già detto, "dialogheranno" tra loro nell'apposito sito internet dell'Assessorato Regionale Sanità, nel quale confluiranno tutti i dati di spesa comunicati dalle strutture sanitarie, opportunamente elaborati attraverso software dedicato.

L'Osservatorio regionale prezzi, nella prima fase di attività , ( ottobre 2007) , oltre a rendere disponibili i dati di aggiudicazione abbattendo l'asimmetria informativa ed evidenziando eventuali comportamenti discriminatori dei fornitori, calcolerà anche lo scostamento percentuale sul minor prezzo ed il prezzo medio ponderato regionale, sicchè le Aziende sanitarie avranno la possibilità di procedere ad un confronto diretto ed immediato tra loro e posizionarsi su di una scala di prezzi. L'acquisizione di dati più analitici nel corso del 2007, consentirà il monitoraggio dei dati relativi anche al consumo , permettendo di valutare eventuali disequilibri tra aziende.

Obiettivo finale da perseguire è l'individuazione e la rimozione delle criticità del sistema.

L'Osservatorio, come sopra istituito, ha individuato, con il supporto di una commissione di esperti, un paniere di prodotti selezionati da sottoporre ad indagine ; la selezione è stata



## Regione Siciliana

operata utilizzando il criterio del maggior costo per i dispositivi medici e per le specialità medicinali , atenzionando le quotazioni economiche contrattate dalle Aziende sanitarie per i principi attivi di classe A .

Sono stati individuati quali dispositivi medici i seguenti :

- Area cardiologia : pace maker , defibrillatori impiantabili , stent;
- Area chirurgica : suturatici meccaniche;
- Area ortopedica : protesi di anca e di ginocchio;

L'Osservatorio Prezzi è uno strumento che presuppone la collaborazione e la partecipazione degli operatori addetti delle Aziende stesse al fine di costruire un sistema attendibile per promuovere forme di razionalizzazione della domanda che tengano conto dei fabbisogni complessivi di queste ultime.

Consapevoli di tale esigenza , sono stati individuati in accordo con le strutture sanitarie , i referenti aziendali delegati dai direttori generali incaricati non soltanto della raccolta e trasmissione dei dati , ma anche della validazione degli stessi. Il processo ha avuto bisogno per il suo corretto funzionamento di una serie di incontri tenutisi presso l'Assessorato necessari al coinvolgimento e alla crescita di una cultura per obiettivi condivisi . In tal senso l'Osservatorio è stato presentato non come sistema punitivo ma quale strumento di supporto al management, nell'ambito della programmazione aziendale della spesa .

L'osservatorio si configura come strumento di governo della spesa sanitaria in termini di prezzi e di volumi di acquisto e consente in particolare di ottenere i seguenti vantaggi:

- Aumento del grado di conoscenza per ASL/AO dei beni e servizi acquistati e delle relative condizioni applicate;
- Supporto nell'identificazione di adeguate condizioni di acquisto in riferimento a specifiche categorie merceologiche e quantitativi richiesti;
- Ottimizzazione dei processi di approvvigionamento
- Sviluppo di analisi comparative
- Aumento del grado di innovazione tecnologica

Il lavoro fin qui fatto e in corso di definizione in merito ai principi attivi di classe A ha permesso di evidenziare talune non chiare disomogeneità nelle quotazioni economiche praticate dalle case farmaceutiche soprattutto in presenza di privativa industriale e dunque per farmaci di alto costo ( ad esempio di importo superiore ai 100 euro).

Ritenendo possibile un intervento specifico di omogeneizzazione del sistema , è stato individuato, per ciascuno tra i principi attivi di più alto costo, lo sconto più alto praticato in ambito regionale e tale sconto viene fornito quale riferimento per tutte le aziende sanitarie regionali.

In fase di individuazione dello sconto di riferimento si è, altresì, tenuto conto di alcune regole che l'Assessorato ha posto quali obbligatorie sia per la valutazione di quotazioni economiche già definite che per le future gare da espletarsi in sede consorziata nonché per la gara centralizzata da espletare in tempi il più possibile celeri.

Si esplicita, qui di seguito, la metodica seguita dall'Osservatorio Regionale per il monitoraggio dei termini di aggiudicazione contrattati dalle Aziende Sanitarie regionali per i



## Regione Siciliana

principi attivi di classe A, selezionati dalla Commissione dell'Osservatorio stesso.

Acquisito, in tal senso, un insieme di informazioni relative alle aggiudicazioni disposte dalle Aziende Sanitarie regionali, si è proceduto ad elaborare informaticamente i dati prodotti e validati dalle Aziende Sanitarie ed, in loro luogo, dai Referenti per l'Osservatorio Regionale prezzi.

Le notizie acquisite - che, ovviamente, includono anche lo sconto e le quantità aggiudicate per singolo principio attivo - sono state aggregate ed elaborate, selezionando e privilegiando, in primo luogo, in quanto di considerevole peso economico - i principi attivi di classe A di più alto costo.

I dati pervenuti, opportunamente integrati con i prezzi al pubblico di cui alla determinazione AIFA del 9.2.2007, e con le percentuali di sconto rinegoziate da AIFA alla data del 16 marzo 2007, sono stati ulteriormente completati, alla scadenza del primo semestre 2007, dalla indicazione delle quantità ordinate per singolo principio attivo, nel frattempo prodotte dai Referenti aziendali per l'Osservatorio regionale..

Anche tali informazioni sono state elaborate informaticamente e dall'insieme dei dati registrati si è avuto modo di accertare alcune criticità sulle quali agire con immediatezza.

In particolare, è stata individuata in apposita scheda riassuntiva, allegato P, la scontistica obbligatoria cui le Aziende Sanitarie regionali devono attenersi, per singolo principio attivo, e ciò in ottemperanza o a determinazione AIFA, o a norme nazionali o, ancora, a contrattazioni in sede di gara ad evidenza pubblica.

Nel prospetto riassuntivo si evince, dunque, in apposita colonna N, il risparmio cui si perverrà per effetto del riadeguamento delle quotazioni economiche già praticate alle percentuali obbligatorie di sconto individuate secondo il detto metodo.

Analoga metodica verrà utilizzata entro il 15.8.2007, per la restante parte di principi attivi di classe A.

In linea cautelare, il risparmio previsto, per l'anno 2007, in complessivi € 24.725.431, viene quantificato nella tabella obiettivi operativi in € 16.100.000.

Ovviamente, identica misura produrrà analoghi effetti anche per gli anni 2008-2009.

Analogo risultato si ritiene di potere conseguire attraverso l'applicazione di una simile metodologia al valore complessivo dei principi attivi di classe A non di alto costo, utilizzando, però, tra i riferimenti, lo sconto medio nonché tutte le altre regole già utilizzate per i principi attivi di alto costo.

Fase immediatamente successiva dell'indagine è quella che sta già interessando le sei classi di dispositivi medici selezionati dalla Commissione regionale di supporto all'Osservatorio.

Doverosa attenzione, in sede di studio degli elementi di aggiudicazione inoltrati dalle Aziende sanitarie, si sta dando alle caratteristiche tecniche di ciascun dispositivo, affinché elemento di valutazione e di comparazione tra i singoli prodotti siano anche le relative peculiarità merceologiche, al fine di evitare eventuali sprechi di risorse economiche dovuti agli approvvigionamenti di presidi non affidabili e, di fatto inutilizzabili, in quanto di scarsa qualità, inopportunosamente compensati con il frequente ricorso a procedure di gara non pubbliche o, ancor peggio, mediante acquisti diretti.

Con circolare assessoriale, inoltrata con prot. n. 637 del 7.2.2007 sono state inviate alle Aziende Sanitarie regionali le schede da compilare, relative alle 6 classi di prodotto, oggetto del monitoraggio.

L'indagine sulle quotazioni economiche pervenute, corredate, dunque, da un insieme di altre informazioni indispensabili per la valutazione complessiva dei termini di aggiudicazione



## Regione Siciliana

(procedura di gara espletata, data di definizione della stessa, caratteristiche tecniche del prodotto, quantità aggiudicata, ditta aggiudicataria, eventuali servizi accessori alla fornitura...), permetterà, anche, di evidenziare eventuali disomogeneità tra i dati pervenuti.

Al termine dell'esame e dello studio dei dati pervenuti dovranno essere individuate, per le criticità, le cause ed i correttivi, che verranno indicati alle Aziende Sanitarie e verrà individuato, per ciascun dispositivo medico oggetto di monitoraggio il prezzo di riferimento da attivare in ambito regionale, nei termini e con le modalità già espresse.

Detto prezzo prenderà, ovviamente, a riferimento anche le quotazioni che verranno fornite in ambito nazionale in armonia con quanto disposto dalla finanziaria nazionale per il corrente anno.

Come già detto, fase assolutamente integrata con il processo sopra descritto, è quella di studio della classificazione nazionale ed integrazione della stessa in ambito regionale, cui segue l'abbinamento tra i codici individuati in classifica e ciascun dispositivo segnalato dalle Aziende sanitarie.

Attualmente, detto studio sta interessando le 6 classi di dispositivi in corso di monitoraggio.

Anche tali dati, una volta elaborati, verranno resi noti alle Aziende Sanitarie per omogeneizzare, in ambito regionale, i termini che consentono l'individuazione dei prodotti già monitorati.

Ovviamente, definita la prima fase di indagine, come sopra descritta, la stessa verrà implementata selezionando altre classi di prodotto tra quelli di maggior costo.

Fase sostanziale del progetto sarà, dunque, quella di aggregazione dei dati validati allo scopo di elaborare report di sintesi che verranno periodicamente distribuiti alle Aziende Sanitarie regionali.

Per garantire una maggiore e tempestiva pubblicazione ed agevolarne la diffusione, tutti i report informativi, a partire già da quelli relativi ai principi attivi di classe A, per i quali il processo, come già detto, è ormai prossimo alla definizione, saranno inoltre pubblicati sul portale dell'Assessorato Regionale Sanità, all'interno di una area riservata alla quale le Aziende Sanitarie possono accedere (mediante nome utente e password personalizzati) per consultare/scaricare dal sito regionale tutta la reportistica in formato PDF.

### Indicatori da utilizzare:

- 1) Incidenza della spesa dello specifico dispositivo rispetto alla spesa per beni e servizi. Attraverso detto indicatore verrà individuata la percentuale di incidenza della spesa totale per la tipologia di dispositivo medico/principio attivo analizzato rispetto alla spesa sostenuta per beni e servizi. Detto indicatore fornirà una stima sul peso della singola tipologia di dispositivo medico/principio attivo per la singola Azienda in proporzione al volume di spesa di tutte le Aziende Sanitarie.
- 2) Quote di mercato Fornitori/Produttori rispetto alle Aziende Sanitarie regionali. Detto indicatore fornirà una immagine della ripartizione di quote di mercato dei diversi Fornitori/Produttori coinvolti, all'interno delle singole Aziende Sanitarie e globalmente sul campione di mercato costituito dalla somma delle Aziende stesse.
- 3) Prezzo massimo/minimo/medio. Indicatore che fornirà, per ogni tipologia di dispositivo medico/ principio una indicazione sull'intervallo di variabilità (prezzo unitario min/max/medio) dei prezzi ottenuti, evidenziando le Aziende Sanitarie, i Fornitori/Produttori coinvolti.



Regione Siciliana

- 4) Andamento temporale dei prezzi Indicatore che fornirà, in modalità grafica, l'andamento nel tempo dei prezzi minimo/massimo/medio per ogni dispositivo medico/principio attivo, sia globalmente che per singola Azienda Sanitaria, Fornitore/Produttore. Detto indicatore potrà, ovviamente, essere utilizzato solo in fase di attivazione a regime dell'Osservatorio regionale.
- 5) Andamento del mercato per Fornitore/Produttore. Detto indicatore fornirà una comparazione globale della variabilità di condizioni di acquisto praticate per ciascun dispositivo medico/principio attivo.

### **D.2.2 Procedure di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi**

Secondo strumento - peraltro già individuato dalla Legge regionale 28/12/2004 n. 17, Finanziaria regionale emanata per l'anno 2005 - finalizzato al contenimento della spesa ed alla razionalizzazione delle operazioni di approvvigionamento di beni e servizi, è l'attuazione di forme consorziate di acquisto di beni e servizi in ambito provinciale.

La menzionata norma regionale ha affidato, in tal senso, all'Assessorato Regionale Sanità il ruolo di promotore dell'attivazione di dette forme di acquisto, che consentono alle aziende sanitarie di avere un maggiore potere contrattuale nei confronti dei venditori, snelliscono le procedure di acquisto, consentono significativi risparmi attraverso l'ottimizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi.

L'efficacia dello strumento nel perseguire gli obiettivi prefissati di contenimento della spesa e di razionalizzazione delle operazioni di approvvigionamento di beni e servizi si realizza anche attraverso la concentrazione di attività tecnico professionali, dando vita a sinergie ed a economie di scala nei servizi tecnico amministrativi delle Aziende sanitarie.

Dopo una prima fase sperimentale attraverso la quale lo strumento è stato testato, l'Assessorato Regionale Sanità ha emanato, già nel gennaio del corrente anno, una prima direttiva regionale, rimessa con circolare n. 1204 dell'11.1.2007, che indica modalità ed adempimenti cui ciascuna azienda sanitaria regionale deve ottemperare per una più corretta indicazione e gestione delle procedure di gara in forma consorziata.

Detta circolare impone la predisposizione di un programma annuale degli acquisti e delle gare da indirsi e obbliga ogni Azienda sanitaria a rendere noto detto programma alle altre Aziende provinciali per l'attivazione di forme consorziate, ove debbano essere indette nell'arco dell'annualità identiche procedure di gara.

La direttiva individua, quale obiettivo strategico per i Direttori Generali, l'allineamento delle scadenze delle gare.

La Regione Siciliana, consapevole e convinta dell'utilità dello strumento "gare consorziate", ha inserito, nel testo della L.R. 8 febbraio 2007, n. 2 (legge finanziaria regionale per l'anno 2007), un'articolo di legge, - art. 24 comma 29 -, che, tra l'altro, rende obbligatorio, in ambito regionale, il ricorso alle procedure di acquisto in forma consorziata.

Dunque, in linea con quanto disposto dalla legge finanziaria regionale, è stata emanata, con prot. n. 1212 del 23 maggio 2007, una seconda direttiva regionale in tema di unioni di acquisto, che, tra l'altro, dispone l'obbligatorietà dell'espletamento di procedure consorziate sia in ambito provinciale che extraprovinciale ed impone, in assenza di gara consorziata, l'adesione a convenzioni e/o al mercato elettronico Consip, nei termini di quanto disposto dalla vigente normativa nazionale.

Inoltre, sempre in armonia con la norma regionale, con circolare assessoriale n. 1837 del 9 maggio 2007, è stato attivato il monitoraggio semestrale, per acquisire i dati relativi alle



## Regione Siciliana

procedure di gara espletate in forma consorziata ed al connesso contenimento della spesa, nonché alla adesione alle convenzioni ed al mercato elettronico Consip.

I dati riepilogativi, acquisiti mediante detto monitoraggio, sono sinteticamente riportati nella tabella allegata, da cui si evince che, in ambito regionale, alla data del 16.5.2007, e, dunque, per effetto della prima direttiva regionale del gennaio scorso, sono state attivate 30 procedure di acquisto in forma consorziata, di cui 7 per l'affidamento di servizi diversi, tra i quali 2 per il servizio di raccolta e smaltimento rifiuti, 1 per il servizio di pulizia ed 1 per il servizio di lavanderia, di cui sono intuibili le problematiche connesse, e ben noto il considerevole peso economico.

Dai dati monitorati si evidenzia altresì che:

- N. 8 tra le procedure sono ormai prossime alla definizione
- N. 7 procedure si stanno attivando in forma consorziata tra Aziende sanitarie site in province diverse
- N. 3 procedure hanno come oggetto dei Service di considerevole costo (per apparecchiature dedicate ai Laboratori di Patologia Clinica, per emogasanalizzatori, per sistemi infusionali)
- N. 7 procedure consorziate vedono coinvolte più di due aziende
- N. 3 procedure hanno come oggetto l'approvvigionamento di specialità medicinali, n. 1 i gas medicali, n. 1 i radiofarmaci, n. 1 i vaccini
- Attraverso l'espletamento delle due procedure, ormai, peraltro, in corso di espletamento e definizione, attivate nella provincia di Messina si perverrà ad omogeneizzare, nella provincia di Messina, ove operano ben 4 Aziende, tra AUSL ed Ospedaliere, tutta la fornitura di specialità medicinali. E', peraltro, da menzionare, a tal proposito, che per avviare tali due procedure hanno preventivamente istituito un prontuario terapeutico provinciale.
- N. 11 tra le procedure attivate interessano materiale sanitario specialistico e, tra queste, di evidente complessità ed impegno economico quelle dedicate al materiale sanitario specialistico per Anestesia e Rianimazione, Suture, Materiale per Emodinamica, Protesi Ortopediche

In considerazione della obbligatorietà dell'espletamento di procedure consorziate, sancita dalla nuova direttiva regionale, emanata, come già detto, nei giorni scorsi, è attesa una implementazione del numero di procedure espletate attraverso unioni di acquisto.

Il valore complessivo delle sopra elencate procedure di gara, indette in forma consorziata, nell'arco di un quadrimestre – trascorso tra la data di emissione della direttiva assessoriale (11.01.2007) e la data di definizione del primo monitoraggio del processo (16.5.2007), è stato determinato in € 90.000.000, iva inclusa e su tale valore è stato programmato un risparmio quantificato, in misura cautelativa, nella percentuale dell'1,5% sul detto valore.

Per l'anno 2008 è programmato un risparmio computato in complessivi € 5.400.000, pari al 3% su un valore complessivo delle procedure di gara che si espletano, nella stessa annualità, in forma consorziata, di € 180.000.000, iva inclusa (pari al valore dell'anno 2007 moltiplicato per due).

Per l'anno 2009 l'impatto economico dell'obiettivo "gare consorziate" è previsto, in quanto sistema a pieno regime, in € 8.100.000, pari al 3% su € 270.000.000, iva inclusa (pari al valore espresso per un quadrimestre dell'anno 2007 rapportato ad una intera annualità).

La suindicata misura del 3% nasce dall'applicazione della disposizione contenuta nel comma 5 dell'art. 24 della Legge regionale 8 febbraio 2007 n. 2 attribuita in sede di negoziazione con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie quale misura di contenimento della spesa per beni e servizi.

Attraverso l'attivazione di procedure di gara in forma consorziata, si perverrà al raggiungimento dell'obiettivo programmato di contenimento della spesa attraverso tre diverse



azioni:

- 1) una maggiore competitività tra le ditte partecipanti alle procedure di gara
- 2) risparmio nelle spese connesse all'indizione ed all'espletamento di ogni procedura che vengono intestate solo all'Azienda capofila (spese di pubblicità, eventuali spese notarili, contributi di partecipazione alla gara disposti dall'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture - delibera Autorità di vigilanza del 10.1.2007 -, altre ed eventuali)
- 3) verosimile ribasso sulle quotazioni economiche offerte in gara dalle ditte concorrenti in considerazione dell'incremento delle quantità da acquisire, affidate alla gestione dell'azienda capofila.

Al risultato di contenimento della spesa si perverrà a breve scadenza per gli aspetti di cui al precedente punto 2) e, certamente, già dal secondo semestre del corrente anno ed, ancor più, dall'anno 2008 per quanto indicato ai punti 1) e 3).

Inoltre sono state individuate alcune tipologie di beni e servizi che, per la loro trasversalità e generalità, possono essere oggetto di approvvigionamento in forma centralizzata.

In tal senso, è stato costituito, con D.A. n. 1290 del 19 giugno 2007, un tavolo tecnico con il compito di elaborare ed attivare procedure di gara in forma centralizzata a beneficio delle Aziende Sanitarie regionali ed, in specie, le coperture assicurative (per l'affidamento delle quali sono già stati avviati i lavori del Tavolo tecnico regionale per le gare centralizzate), nonché le specialità medicinali, il materiale sanitario generico ed il servizio di tesoreria.

Ovviamente si ritiene inopportuno, per evitare una sovrapposizione di competenze, espletare gare centralizzate per categorie merceologiche già "trattate" da Consip S.p.A.

E' obiettivo altamente sentito in ambito regionale quello di dare avvio a tale processo centralizzando, in primo luogo, l'affidamento di coperture assicurative e mediante espletamento di procedura di gara on line per affidamento di specialità medicinali, utilizzando, per detta finalità, il progetto "SAE", attraverso il quale la Regione Sicilia sta acquisendo una piattaforma telematica integrata a sostegno di un sistema di approvvigionamento elettronico dedicato.

Ad oggi detto progetto è in via di ultimazione in quanto è in corso di definizione, a cura di una apposita commissione di cui fanno parte anche funzionari dell'Assessorato Regionale al Bilancio, il collaudo del sistema informativo di e-procurement realizzato da Atos Origin in collaborazione con Accenture, che, non appena operativo, verrà messo a disposizione anche dell'Assessorato Regionale Sanità e, dunque, delle Aziende Sanitarie Regionali.

Verranno individuate alcune Aziende sanitarie regionali cui sarà assegnato il ruolo di capofila, nell'espletamento della procedura di gara centralizzata che dovrà svolgersi, nel rispetto di specifiche linee guida, preventivamente emanate dall'Assessorato Regionale Sanità, e ciò sulla scorta di analoghe recenti esperienze di altre Regioni italiane, tra le quali la Regione Piemonte.

#### **D.2.3 Esame e contenimento dei costi per noleggi e leasing, fatti salvi quelli strettamente necessari per l'erogazione dell'assistenza sanitaria.**

La Regione si impegna ad emanare, entro il 30 agosto 2007, una direttiva indirizzata alle Direzioni Generali con la quale si richiede una dettagliata indicazione delle fonti di spesa ascritte alle due voci "noleggi e leasing" e ciò al fine di individuare quelle sulle quali sollecitare forme di risparmio che potranno produrre i propri effetti già dall'1.1.2008.

Al contempo, la direttiva conterrà la disposizione che le auto aziendali di rappresentanza, debbano limitarsi ad una per ciascuna Azienda e debbano essere di cilindrata non superiore a 2000 c.c. ed imporrà l'assegnazione dei telefoni aziendali cellulari solo ed esclusivamente al personale, che per contratto deve accedere all'istituto della reperibilità.

Le Aziende Sanitarie verranno, altresì, indotte , anche con la previsione di sanzioni ad



accedere alla convenzione Consip sia per la telefonia fissa che per la mobile, in assenza di gara pubblica.

In considerazione della attuale difficoltà di valorizzare il risparmio perseguibile in assenza di una più articolata individuazione delle voci di costo iscritte dalle Aziende Sanitarie nelle categorie "Noleggi" e "Leasing", non si indica alcuna percentuale di risparmio nel corso del corrente anno.

#### **D.2.4. Riduzione dei costi per formazione professionale**

La Regione si impegna ad emanare, entro il mese di agosto 2007, una direttiva regionale indirizzata alle Direzioni Generali che impone una rimodulazione delle forme di aggiornamento professionale del personale privilegiando sensibilmente quelle "in house".

Da un esame dei dati fin qui monitorati e desunti dai CE prodotti dalle Aziende Sanitarie regionali per gli anni 2005 e 2006 risulta un andamento della spesa relativa alla voce "Formazione professionale", in considerevole contrazione.

Infatti il relativo costo che, per l'anno 2005, ammontava ad € 4.275.000 ha subito, nel corso dell'anno 2006, una consistente riduzione, attestandosi ad € 3.687.000, per una complessiva differenza di spesa pari ad € 588.000.

Appare legittimo programmare, dunque, per l'anno 2008, un'ulteriore contrazione, in una misura, peraltro, sensibilmente più contenuta, - € 250.000 -, per effetto della direttiva attualmente in corso di stesura.

#### **D.2.5. Riduzione dei costi per l'acquisto dei beni non aggiudicati attraverso qualsiasi procedura di gara, ad eccezione dei prodotti farmaceutici**

Nel testo della seconda direttiva regionale già emanata con prot. n. 1212 del 23.5.2007 in tema di procedure di gare consorziate è stata inserita la disposizione che impone alle Aziende sanitarie regionali il ricorso alle convenzioni Consip, nonché al mercato elettronico Consip per tutti gli acquisti non effettuati a seguito di procedura consorziata.

Per verificare lo strumento e gli esiti ad esso connessi è stato già attivato, con circolare n. 1837 del 9.5.2007, un monitoraggio semestrale.

Il relativo valore contenuto in tabella corrisponde alla somma della spesa sostenuta nell'anno 2006 per approvvigionamento di beni e servizi, depurata dalle seguenti voci di spesa per beni e servizi, già oggetto delle altre forme di contenimento qui esplicitate:

- principi attivi di classe A;
- energia elettrica;
- acquisti di beni attraverso forme consorziate;
- dispositivi medici esclusivi;

Sull'importo residuale € 728.178.992, così computato, viene conteggiata una percentuale dell'1,5% pari ad € 3.640.895, per l'anno 2007, ed € 9.572.685 ed € 8.222.685 rispettivamente per gli anni 2008 e 2009.

VOCI DI COSTO ANNO 2006		2007	2008	2009
A	Spesa per acquisti di beni	760.385.000	760.385.000	760.385.000
B	Spesa per acquisti di servizi	531.463.000	531.463.000	531.463.000
C	Spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati	-345.477.130	-345.477.130	-345.477.130
D	Spesa per energia elettrica	-47.000.000	-47.000.000	-47.000.000
E	Importi a base di asta per gare consorziate programmate di beni e servizi	-90.000.000	-180.000.000	-270.000.000



## Regione Siciliana

F	Spesa per dispositivi medico-chirurgici in esclusiva	-81.191.878	-81.191.878	-81.191.878
G=(A+B-C-D-E-F)	Quota residuale dei costi di beni e servizi	<b>728.178.992</b>	<b>638.178.992</b>	<b>548.178.992</b>
H	Effetto economico nell'esercizio	4 mesi	12 mesi	12 mesi
I=*1,5%G*H	Economia prevista	<b>-3.640.895</b>	<b>-9.572.685</b>	<b>-8.222.685</b>

Si riportano negli Allegati al presente Piano e denominati "K" ed "L" l'elenco delle convenzioni Consip attive nel mese di Giugno 2007 e l'elenco delle convenzioni alle quali hanno aderito nel corso dell'anno 2007 le Aziende Sanitarie della Regione, nonché gli acquisti effettuati dalle stesse aziende tramite mercato elettronico Consip SpA

Ulteriore azione mirata al contenimento della spesa sostenuta per l'approvvigionamento di prodotti diversi è la riduzione dei costi per acquisti di dispositivi medici esclusivi.

Anche l'andamento della spesa relativa a detta categoria di beni è stato verificato con un monitoraggio annuale avviato dall'Assessorato Regionale Sanità con circolare n. 1060 del 26.2.2007, per effetto del quale sono stati acquisiti tutti i dati di costo, per gli anni 2005 e 2006, relativi alle voci Energia Elettrica, Utenza Telefonica fissa, Utenza telefonica mobile, Dispositivi medici esclusivi.

Per effetto di detto sondaggio si è avuto modo di accertare che la spesa connessa all'approvvigionamento di dispositivi medici esclusivi è in netta crescita in quanto il relativo costo complessivo ammonta, per l'anno 2005, ad € 59.915.571,42 e, per l'anno 2006, ad € 67.659.898,37, e, dunque, per una percentuale in aumento superiore al 12%.

Ritenendo di dover incidere su un andamento della spesa in così consistente aumento, in attesa di centralizzare anche la definizione di una procedura di gara regionale al fine di uniformare le quotazioni economiche contrattate dalle Aziende Sanitarie per dispositivi medici esclusivi, con direttiva assessoriale sono state ulteriormente responsabilizzate tutte le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, nonché i Collegi Sindacali ed i Responsabili dei Settori Provveditorato Economato all'obbligo di pervenire al programmato contenimento della spesa, così come disposto dalla Legge finanziaria regionale per l'anno 2007. Con l'occasione, la direttiva ribadisce, a tutti i soggetti destinatari della stessa, i presupposti indispensabili cui attenersi per l'accertamento della esclusività dei dispositivi ed, in particolare, l'accertamento di una privativa industriale e, dunque, del carattere esclusivo della produzione e non della commercializzazione e/o distribuzione del dispositivo medico.

E' in tal senso programmata una sensibile contrazione del numero e del costo complessivo dei dispositivi medico chirurgici, per effetto della quale ci si attende un considerevole contenimento della spesa già dall'anno in corso.

Il valore esposto in tabella è quantificato in ragione del 3% sulla spesa sostenuta nell'anno 2006 per approvvigionamento di dispositivi medici esclusivi di € 81.191.878,- I.V.A. inclusa.

Anche per la verifica dell'andamento dei costi sostenuti per approvvigionamento di dispositivi medici esclusivi è stato, come sopra esplicitato, attivato un monitoraggio annuale.

### **D.2.6. Contenimento della spesa energetica.**

Nell'ottica dell'obiettivo programmato è già stata inoltrata all'Assessorato Regionale Industria richiesta di ammissione a finanziamento nell'ambito del programma di interventi



## Regione Siciliana

destinati alla diagnosi energetica, da effettuarsi sulle strutture ospedaliere che sostengono maggiori costi energetici.

E', altresì, preciso intendimento dell'Assessorato Regionale Sanità accedere agli incentivi programmati con i decreti attuativi che verranno emanati per regolamentare l'accesso ai benefici previsti dalla legge finanziaria nazionale 2007 in tema di cogenerazione ad alto rendimento.

A tal fine sono già stati avviati i contatti con Consip per procedere alla predisposizione di un progetto finalizzato al contenimento della spesa energetica mediante ricorso a fonti alternative di energia (pannelli solari ed energia eolica).

Destinatari del progetto saranno alcune tra le strutture sanitarie regionali opportunamente selezionate, come già detto, tra quelle che sostengono i maggiori costi energetici

E' attesa una consistente contrazione, nel medio/lungo periodo, della spesa sostenuta dalle Aziende Sanitarie per consumo di energia elettrica.

In ultimo, al fine di pervenire, comunque, ad un immediato risparmio anche per detta voce di spesa è stata già emanata, con circolare regionale n. 1882 dell'11.5.2007, una direttiva alle Aziende Sanitarie per l'immediato accesso alla convenzione Consip per l'approvvigionamento dell'energia elettrica.

Per verificare l'andamento anche di tale voce di spesa è stato attivato un monitoraggio annuale.

E', in tal senso, atteso un risparmio nella misura del 5% sull'ammontare della relativa spesa sostenuta nel 2006.

La misura della percentuale di risparmio è stata indicata dalla stessa Consip a mezzo dei referenti delegati per la Regione Siciliana. Per la parte restante della misura, il risultato di contenimento della spesa, per certo considerevole, potrà realizzarsi nel medio/lungo termine e, comunque, con gradualità, in quanto intervento complesso e di considerevole costo, ammortizzabile nel corso di alcuni anni.

### **D.2.7. Riduzione degli investimenti programmati con risorse proprie delle Aziende del 10% per ciascun anno nel triennio**

L'acquisizione di beni strumentali con risorse proprie da parte delle Aziende Sanitarie in regime di contabilità finanziaria era rigidamente controllata all'interno dei capitoli di bilancio del conto capitale.

Tale sistema aveva consentito, tranne per alcune eccezioni di acquisto di beni strumentali e di lavori manutentivi straordinari inseriti nei capitoli di bilancio tra gli acquisti di beni di consumo, di contenere le acquisizioni di immobilizzazioni e i conseguenti costi di gestione.

Con l'entrata in vigore della contabilità economica-patrimoniale, non sussistendo il vincolo dei capitoli del bilancio finanziario, ed essendo le acquisizioni di immobilizzazioni inserite direttamente sullo stato patrimoniale dei bilanci, con una conseguente ripartizione dei costi suddivisa per la durata convenzionale del bene stesso, le Aziende Sanitarie hanno implementato notevolmente le voci di costo degli ammortamenti.

Da un esame della seguente tabella si evince che l'incremento medio regionale sulla voce ammortamenti, nel periodo anni 2002/2006, è stata pari a circa il 155%.

AMMORTAMENTI	2002	2003	2004	2005	2006	Incr. 2006/2002
--------------	------	------	------	------	------	-----------------



Regione Siciliana

Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	908.000	953.000	2.467.000	4.459.000	4.700.000	517,62%
Ammortamenti dei fabbricati	39.484.000	44.301.000	49.699.000	53.342.000	55.844.000	141,43%
Ammortamenti immobilizzazioni materiali	56.550.000	58.751.000	77.274.000	86.725.000	89.631.000	158,50%
<b>Totale</b>	<b>96.942.000</b>	<b>104.005.000</b>	<b>129.440.000</b>	<b>144.526.000</b>	<b>150.175.000</b>	<b>154,91%</b>

Si evidenzia inoltre che, le acquisizioni di immobilizzazioni sono avvenute non tenendo conto, spesso, di una logica programmatica, per cui in una stessa Azienda si possono riscontrare doppioni di attrezzature o interventi manutentivi sommati a veri e propri appalti sullo stesso immobile.

Si rende necessario pertanto, contenere le acquisizioni di immobilizzazioni con risorse proprie effettuate dalle Aziende Sanitarie di una percentuale pari al 10% per ciascun anno del triennio 2007/2009. Al fine di potere misurare l'effettiva consistenza delle economie, il calcolo andrà effettuato tra la differenza delle voci ammortamenti e costi capitalizzati.

**D.2.8. Altre misure di variazione della spesa in materia di beni e servizi derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate**

Come già evidenziato nel corso dell'esame delle misure previste nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera (punti B e C), le stesse determineranno, da un lato economie di gestione (riduzione dei posti letto di ricovero per acuti in strutture pubbliche e abbattimento delle inappropriatezze), dall'altro maggiori costi (incremento dei posti letto delle strutture territoriali pubbliche) che avranno influenze, seppur indirettamente, sui costi dei beni e servizi.

Anche gli abbattimenti dovuti alle inappropriatezza delle strutture pubbliche, sono stati calcolati, così come per le strutture private convenzionate e per le sperimentazioni gestionali, prevedendone la progressiva diminuzione dell'incidenza ( 2007-100% / 2008-85% / 2009-60%) dovuta al prevedibile graduale adattamento del sistema sanitario alla corretta applicazione dei criteri di appropriatezza nelle prestazioni di ricovero.

La situazione riepilogativa delle predette misure, è indicata nelle illustrate tabelle B.2.1 e C.1/1,2,3 e C.2/1,2,3.

Si riportano di seguito il quadro riassuntivo dei valori delle economie complessive:

MISURE STRUTTURALI	2007	2008	2009	TOTALE
<i>Costi per incremento attività territoriale residenziale pubblica</i>	2.937.800	5.875.600	5.875.600	<b>14.689.000</b>
<i>Economie per rideterminazione della rete ospedaliera pubblica</i>	-2.608.250	-11.482.000	-12.401.000	<b>-26.491.250</b>
<i>Economie per abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate delle aziende pubbliche</i>	-7.484.500	-12.724.000	-8.981.000	<b>-29.189.500</b>
<b>TOTALE MISURE STRUTTURALI</b>	<b>-7.154.950</b>	<b>-18.330.400</b>	<b>-15.506.400</b>	<b>-40.991.750</b>



Regione Siciliana

- Nella precedente Tabella i valori delle misure per l'anno 2007 sono stati solo per il 2° semestre, ad eccezione delle economie da ristrutturazione della rete ospedaliera dove le economie sono state conteggiate dal 01/10/2007.
- Si precisa infine che le misure di cui alle citate tabelle, riguardanti le strutture private, non incidono sui costi dei beni e servizi, ma su quelli della voce assistenza ospedaliera.

#### **D.2.9. Sviluppo di un sistema di bench-marking degli acquisti in sanità**

Processo che fonda la sua fase di avvio nelle attività connesse con l'Osservatorio regionale prezzi dispositivi medici e specialità medicinali, che, nel lungo periodo, verrà integrato con il monitoraggio relativo ai beni, ai servizi, ai lavori.

Acquisite le informazioni prodotte dalle Aziende Sanitarie, relative, nella attuale fase di attività, ai principi attivi di classe A ed alle 6 classi di dispositivi medici selezionate per il monitoraggio regionale, verrà avviato, al termine dell'indagine, un processo di comparazione tra quanto dichiarato dalle diverse strutture sanitarie regionali in ordine ai termini di aggiudicazione descritti per i prodotti selezionati.

Dagli esiti del confronto è obiettivo pervenire alla individuazione delle criticità, scegliere le relative azioni correttive per rimuovere le anomalie e sviluppare, di contro, eventuali punti di forza emersi attraverso il processo e ricercare metodiche per sviluppare e per utilizzare, al massimo, le capacità insite nel sistema.

Nelle fasi successive il confronto viene instaurato con altre realtà regionali similari a quella siciliana, per verificare i risultati nonché gli aspetti organizzativi attraverso l'attivazione di un sistema di interscambio di informazioni e mediante la costruzione di flussi di dati da esportare ed importare con cadenza di norma semestrale.

In ultimo si procederà alla messa a regime ed alla periodica manutenzione del "sistema".

#### **QUADRO RIASSUNTIVO DELLE MISURE PREVISTE PER BENI E SERVIZI**

Gli interventi precedentemente indicati nei punti da D.2.1 a D.2.12, sono quantificati ed esposti nella seguente tabella complessiva degli obiettivi operativi:

**18. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI - SPESA PER BENI E SERVIZI**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	effetti attesi		Impatto economico			Azioni	Scadenze
		sulla spesa	di sistema	2007	2008	2009		
D.2.1 -	Osservatorio regionale prezzi		X	0	0	0	Istituzione dell'Osservatorio Regionale	Decreto Assessoriale n. 32 del 18.1.2007
			X	0	0	0	Individuazione dei referenti aziendali in ambito regionale	Nel mese di gennaio 2007 sono stati individuati tutti i referenti aziendali
			X	0	0	0	Attività di formazione ed informazione referenti	Riunioni plenarie presso l'Assessorato Regionale Sanità già da febbraio 2007
			X	0	0	0	Individuazione delle classi di dispositivi e della fascia di principi attivi da rendere oggetto della prima fase di monitoraggio	Nella seduta del 30.1.2007 la Commissione regionale ha selezionato n. 6 classi di dispositivi medici tra quelli di più alto costo ed i principi di classe A per la prima fase di monitoraggio
			X	0	0	0	Studio ed integrazione della classificazione nazionale dispositivi medici con riferimento alla nuova stesura della stessa, approvata con Decreto Ministeriale del 20.2.2007,	Nella seduta del 6.4.2007 la Commissione regionale ha determinato di procedere allo studio ed all'integrazione della classifica nazionale per le prime 6 classi di dispositivi medici in corso di monitoraggio da ultimare entro il 30.11.2007
			X	0	0	0	Acquisizione dati dai referenti aziendali di aggiudicazione relativi alle 6 classi di dispositivi medici in esame (stent, sutur.mecc., defibril impiant., pace maker, protesi di anca e ginocchio)	Nota prot. n. 637, 7.2.2007, con scadenza 30.9.07
			X	0	0	0	Acquisizione dati di aggiudicazione relativi ai principi attivi di classe A prescelti per l'indagine	Nota prot. n. 637, 7.2.2007, con scadenza 15.4.07



Regione Siciliana

		<b>x</b>	0	0	0	Esame ed elaborazione informatica dei dati pervenuti ed individuazione dello sconto di riferimento per i principi attivi di più alto costo (oltre 100 euro per ciascun principio)	entro il 15/9/2007
		<b>x</b>	0	0	0	Esame ed elaborazione informatica dei dati pervenuti per i principi attivi di classe A ed individuazione dello sconto di riferimento in ambito regionale	entro il 30.7.2007
		<b>x</b>	<b>-16.100.000</b>	<b>-48.300.000</b>	<b>-48.300.000</b>	Emanazione di decreto assessoriale che determina indirizzi e obblighi per le Aziende Sanitarie regionali sulle nuove negoziazioni	entro il 15.8.2007
		<b>x</b>	0	0	0	Pubblicazione dei risultati , sul sito della Regione Siciliana – Assessorato sanità a disposizione dei referenti aziendali	entro il 30.7.2007
		<b>x</b>	0	0	0	Esame comparazione ed elaborazione informatica (ove non oggetto di ulteriori accertamenti) dei dati pervenuti per le 6 classi di dispositivi medici in corso di monitoraggio, riassegnazione di ciascun dispositivo alla classificazione nazionale, opportunamente integrata in ambito regionale ed individuazione del prezzo di riferimento	Entro il 30.11.2007
		<b>x</b>	0	0	0	Emanazione di decreto assessoriale che determina indirizzi e obblighi per le Aziende Sanitarie sulle nuove negoziazioni.	Entro il 20.12.2007
		<b>x</b>	0	0	0	Pubblicazione dei risultati , sul sito della Regione Siciliana – Assessorato sanità a disposizione dei referenti aziendali.	Entro il 20.12.2007
		<b>x</b>	0	0	0	Realizzazione di un software per l'elaborazione l'aggiornamento e l'implementazione della banca dati regionale	Entro il 30.1.2008



Regione Siciliana

			<b>x</b>	0	0	0	Implementazione dell'indagine già avviata per ulteriori classi di dispositivi medici	Scadenza 30.07.08 per la predisposizione delle schede e 30.09.09 per la registrazione informatica
<b>D.2.2 -</b>	Procedure di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi		<b>x</b>	0	0	0	Direttiva Regionale n. 1204 dell'11.1.20	Direttiva Regionale n. 1204 dell'11.1.20
			<b>x</b>	0	0	0	Individuazione dei referenti aziendali in ambito regionale	mese di gennaio stati individuati i referenti aziendali per le gare consorziate
			<b>x</b>	0	0	0	Formazione ed informazione referenti	Sedute informative presso l'Assessorato Regionale Sanità.
			<b>x</b>	0	0	0	Emanazione norma regionale in tema di unioni di acquisto	L.R. 8 febbraio 2007, n. 2 (legge finanziaria regionale per l'anno 2007) art. 24 comma 29.
		<b>x</b>		<b>-1.350.000</b>	<b>-5.400.000</b>	<b>-8.100.000</b>	Direttiva regionale n.1212 del 16.5.2007	
			<b>x</b>	0	0	0	Attivazione di questionario semestrale per la verifica sullo stato di avanzamento dei lavori	scadenze al 30 giugno ed al 31 dicembre di ciascun anno.
			<b>x</b>	0	0	0	Istituzione di una Commissione per la definizione delle procedure di gara da espletarsi in forma centralizzata - D.A. n.1290 del 19.6.2007	D.A. 1290 del 19/6/2007
			<b>x</b>	0	0	0	Implementazione del processo di centralizzazione delle forniture di beni e servizi (anche tecnici), con individuazione di altre procedure di gara da espletare in ambito regionale	Entro il 31.12.2008
			<b>x</b>	0	0	0	Ulteriore implementazione e messa a regime del processo avviato, anche con ricorso ad un sistema di benchmarking	Entro il 31.12.2009
<b>D.2.3 -</b>	Esame e contenimento dei		<b>x</b>	0	0	0	Direttiva regionale	Entro il 30.08.2007



Regione Siciliana

	costi per noleggi e leasing, fatti salve quelle strettamente necessarie per l'erogazione dell'assistenza sanitaria							
			<b>x</b>	0	0	0	Obiettivo economico programmato ai Direttori Generali da tenere conto in sede di valutazione	Entro 12 mesi dall'incarico di ciascun Direttore Generale
			<b>x</b>	0	0	0	Attivazione di monitoraggio annuale per verificare l'andamento della spesa per noleggi e leasing	Acquisizione dei dati di riferimento dagli elaborati dei C.E.
<b>D.2.4 –</b>	Riduzione, nella misura del 10%, in ragione di anno, per le annualità 2008 e 2009, dei costi per formazione professionale	<b>x</b>		0	<b>-250.000</b>	<b>-250.000</b>	Direttiva regionale	Entro il 30.08.2007
			<b>x</b>	0	0	0	obiettivo economico programmato ai Direttori Generali da tenere conto in sede di valutazione	Entro 12 mesi dall'incarico di ciascun Direttore Generale
<b>D.2.5 –</b>	Riduzione dei costi per l'acquisto dei beni non aggiudicati attraverso qualsiasi forma di gara nel triennio 2007/2009 (ad eccezione dei prodotti farmaceutici)	<b>x</b>		<b>-3.641.000</b>	<b>-9.573.000</b>	<b>-8.223.000</b>	Direttiva regionale che impone acquisti in Consip per tutti gli acquisti non effettuati a seguito di procedura consorziata (1,5%) - -	Direttiva Assessoriale n.1212 del 16.5.2007
			<b>x</b>	0	0	0	Monitoraggio semestrale per verifica adesione a convenzioni Consip ed a mercato elettronico Consip	Luglio e gennaio per ciascun anno di riferimento
			<b>x</b>	0	0	0	Adozione di misure correttive per rimuovere eventuali anomalie	All'occorrenza e con carattere di estrema urgenza (entro 10 giorni dalla conoscenza del dato anomalo)
		<b>x</b>		<b>-1.217.000</b>	<b>-2.436.000</b>	<b>-2.436.000</b>	Direttiva regionale per i dispositivi medici esclusivi	Entro il 31/8/2007
			<b>x</b>	0	0	0	Attivazione monitoraggio semestrale	Luglio e gennaio
			<b>x</b>	0	0	0	Adozione di misure correttive per rimuovere eventuali anomalie	All'occorrenza e con carattere di estrema urgenza (entro 10 giorni dalla conoscenza del dato anomalo)



Regione Siciliana

D.2.6 –	Contenimento della spesa energetica	X		-1.175.000	-2.350.000	-2.350.000	Direttiva regionale che impone alle Aziende Sanitarie all'immediato accesso alla convenzione Consip per l'approvvigionamento dell'energia elettrica.	Emanata circolare n. 1882 dell'11.5.2007
			X	0	0	0	Adesione al programma di interventi per indagini destinate alla diagnosi energetica di cui al Decreto Ministeriale 22.12.2006	Richiesta di adesione prot. n. 264 dell'8.2.2007, all'Assessorato Regionale all'Industria
			X	0	0	0	Istituzione tavolo tecnico interassessoriale di lavoro	D. Interassessoriale n. 668 del 26.4.2007
			X	0	0	0	Esecuzione interventi connessi con la diagnosi	Anni 2008/2009
			X	0	0	0	Attivazione di monitoraggio annuale per verificare l'andamento della spesa per approvvigionamento energia elettrica	Gennaio
D.2.7 –	Riduzione degli investimenti programmati con risorse proprie delle aziende del 10% per ciascun anno nel triennio 2007/2009	X		-2.200.000	-4.700.000	-5.000.000	Negoziante budget con le Aziende	1) negoziazione anno 2007 conclusa entro 10/4/2007 2) negoziazione 2008/2009 da chiudersi entro il 31/03 di ciascun anno di riferimento
D.2.8 –	Altre misure di variazione della spesa in materia di beni e servizi derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate		X	- 2.608.000	- 11.482.000	- 12.401.000	1) Direttiva per l'adeguamento dei posti letto delle strutture della ospedalità convenzionata al DA 810/03 2) Decreto assessoriale di soppressione dei posti letto in esubero 3) Adozione del piano attuativo aziendale per i servizi ospedalieri 2007/2009	1) Direttiva regionale entro 15 giorni dall'approvazione del Piano 2) DA entro 30 giorni dall'approvazione del Piano 3) Adozione dei piani entro il 30/11/2007 con recepimento assessoriale entro il 15/12/2007
D.2.9 –	Sviluppo di un sistema di benchmarking degli acquisti in sanità		X	0	0	0	Un primo processo interessa le diverse Aziende Sanitarie ed i dati dalle stesse forniti per i principi attivi e per i dispositivi medici oggetto di monitoraggio	Dicembre 2007



Regione Siciliana

			<b>x</b>	0	0	0	Adozione di misure correttive per rimuovere eventuali anomalie	All'occorrenza e con carattere di estrema urgenza (entro 10 giorni dalla conoscenza del dato anomalo)
			<b>x</b>	0	0	0	Individuazione di eventuali punti di forza e ricerca di metodiche per sviluppare e pienamente utilizzare dette capacità	Mese di gennaio 2008
			<b>x</b>	0	0	0	Individuazione di altre realtà regionali simili con le quali attivare un processo di confronto dei risultati e degli aspetti organizzativi	Mese di gennaio 2008
			<b>x</b>	0	0	0	Attivazione di un sistema di interscambio di informazioni e costruzione di un flusso di dati da esportare ed importare con cadenza di norma semestrale	Mese di febbraio 2008
			<b>x</b>				Messa a regime e manutenzione del sistema	Secondo semestre 2008
		<b>TOTALI</b>		<b>-28.291.000</b>	<b>-84.491.000</b>	<b>-87.060.000</b>		



## 19. – “E” – Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale

<b>E.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%	<b>E.1.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%
<b>E.2</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%	<b>E.2.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%
<b>E.3</b> – Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – settore pubblico	<b>E.3.1</b> - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico
<b>E.4</b> - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private	<b>E.4.1</b> - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private
<b>E.5</b> - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004	<b>E.5.1</b> - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004

### E.1.1 - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%

Le vigenti determinazioni AIFA hanno già determinato nei primi quattro mesi dell'anno 2007 economie complessive pari ad €. 3.460.576,32 così come riportato nella seguente tabella.

La stima proposta sull'intero anno 2007 tiene conto, da un lato delle programmate riduzioni di consumi e dall'altro degli effetti derivanti dalla determina AIFA del 09/02/2007, che ha inciso solo parzialmente nel primo quadrimestre.

	Economie determinate AIFA - periodo gennaio/aprile 2007	Stima per l'anno 2007 (primi 4 mesi x 3)
<b>ASL N.1 - AG</b>	337.446,00	1.012.338,00
<b>ASL N.2 - CL</b>	164.532,80	493.598,00
<b>ASL N.3 - CT</b>	724.824,60	2.174.474,00
<b>ASL N.4 - EN</b>	122.902,17	368.707,00
<b>ASL N.5 - ME</b>	489.187,77	1.467.563,00
<b>ASL N.6 - PA</b>	858.795,29	2.576.386,00
<b>ASL N.7 - RG</b>	198.724,29	596.173,00
<b>ASL N.8 - SR</b>	267.474,99	802.425,00
<b>ASL N.9 - TP</b>	296.688,41	890.065,00
<b>TOTALE</b>	<b>3.460.576,32</b>	<b>10.381.729,00</b>

Le economie sopra esposte sono già comprese nel calcolo delle misure previste negli



Regione Siciliana

obiettivi operativi da **A.1.1** a **A.1.8**

#### **E.2.1 - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%**

La misura non in atto quantificabile; l'economia complessiva sulla farmaceutica non convenzionata è stata valorizzata nell'ambito delle economie di cui all'obiettivo operativo **D.2**

#### **E.3.1 - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico**

La misura prevista dalla Legge Finanziaria Nazionale per l'anno 2007 a seguito della Legge 17 maggio 2007 n.64, ha vigenza per il periodo 01/01—17/05 anno 2007. La misura attesa per l'intero periodo anno 2007 era di €. 23.500.00 per cui gli effetti attesi risultano determinati in €.8.828.000.

La misura è stata già valorizzata all'obiettivo operativo **B.1.4**

#### **E.4.1 - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private**

Gli effetti delle economie per il presente punto sono ricomprese nell'ambito delle economie di cui agli obiettivi operativi **B.1.8** e **B.3.1**

Per quanto riguarda le quote relative al ticket si rimanda a quanto esposto nell'ambito dell'obiettivo operativo **B.1.4**

#### **E.5.1 - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004**

Le misure operative relative al presente punto sono state già oggetto di esame nell'ambito dell'obiettivo operativo D.1 (da D.1.1 a D.1.7);

#### **ADEMPIMENTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE ARTICOLO 1, COMMA 796 , DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2006, N. 296 (FINANZIARIA 2007)**

1. Accreditamento (punto 4.9 del Patto per la salute e articolo 1 comma 796 lettere s),t), u) della finanziaria per l'anno 2007)

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui:

- viene individuata nel 1 gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai **sensi dell'articolo 6**, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-



## Regione Siciliana

- quater, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1 del medesimo decreto;
- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-quater, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
  - per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del Patto i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
2. Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (punto 4.18 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera l, punto 2) della legge finanziaria per l'anno 2007);  
Scadenza 28 febbraio 2007
  3. Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (articolo 1, comma 796, lettera o) della legge finanziaria per l'anno 2007)  
Scadenza 28 febbraio 2007.  
Scadenza Piano regionale di cui alla delibera del presente Piano : 60 giorni dalla DGR pubblicata sul BU regione;
  4. Adozione dei provvedimenti regionali , in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento , nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796 , lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296);
  5. Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini , anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007 (articolo 1 comma 796, lettera r) della legge finanziaria per l'anno 2007);
  6. Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 i più bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero dei dati relativo al biennio 2005-2006 (articolo 1, comma 796, lettera v) della legge finanziaria per l'anno 2007);
  7. Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label (articolo 1, comma 796, lettera z) della legge finanziaria per l'anno 2007).

**20. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI -- RISPARMI PREVISTI DALLA NORMATIVA NAZIONALE**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
E.1.1	Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%	X		0	0	0	le economie sono state calcolate nell'ambito degli obiettivi operativi da A.1.1 a A.1.8	
E.2.1	Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%	X		0	0	0	economie già valorizzate nell'ambito degli obiettivi operativi D.2	
E.3.1	Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico	X		0	0	0	economie già valorizzate nell'obiettivo operativo B.1.4	
E.4.1	Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private	X		0	0	0	economie già valorizzate ai punti B.1.8 e B.3.1 e B.1.4	
E.5.1	Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004	X		0	0	0	economie già valorizzate nell'obiettivo operativo D.1	
		<b>TOTALI</b>		0	0	0		



## 21. – “F” – Implementazione del progetto tessera sanitaria

F.1- Monitoraggio della spesa sanitaria tramite flussi informativi da Portale Sistema TS	<p><b>F.1.1</b> - rispetto degli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché dall'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della stessa norma</p> <p><b>F.1.2</b> - definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate</p> <p><b>F.1.3</b> – avvio e sviluppo della “fase a regime” del Sistema Tessera sanitaria</p>
--	---

L'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modifiche (Progetto Tessera Sanitaria), si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria, nonché la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione dei dati delle ricette mediche relative alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il Progetto consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, “certificato” dall'Agenzia delle entrate), sia del medico prescrittore (tramite il codice identificativo della ricetta, assegnato univocamente al medesimo medico dalla ASL competente in fase di consegna del ricettario).

L'individuazione certa ed univoca dell'assistito e del medico prescrittore avviene attraverso la necessaria fase preliminare di allineamento delle relative anagrafi in possesso delle ASL con quelle dei codici fiscali dell'Anagrafe Tributaria e dei Comuni, nonché attraverso il relativo costante aggiornamento.

La rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) i quali, attraverso la lettura ottica del codice fiscale dell'assistito dalla Tessera Sanitaria e del codice identificativo della ricetta, consentono l'associazione certa ed univoca fra i dati della ricetta, il relativo medico prescrittore e l'assistito fruitore della prestazione.

I dati completi delle ricette (comprensivi dei dati dell'assistito e del medico prescrittore) rilevati dalle strutture di erogazione, devono essere trasmessi giornalmente e, in ogni caso, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta, al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede a renderli disponibili alle ASL di competenza, nonché alla regione, secondo le indicazioni del Garante della privacy. In particolare per le ASL è consentito l'accesso ai dati delle ricette comprensivi dei dati identificativi dell'assistito e della prescrizione (codice ricetta).

In tal modo il Sistema consente alle ASL e alle regioni di disporre in modo tempestivo di un patrimonio informativo inerente le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, tale da poter potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva, costituendo uno strumento potente di programmazione e di contenimento del settore sanitario (mentre eventuali sistemi informativi regionali di rilevazione delle ricette non garantiscono un processo di acquisizione dei dati tale da assicurare in modo “certificato” la fondamentale associazione ricetta-assistito-medico).

L'attuazione in ambito regionale del Progetto, avviene sulla base del programma stabilito dai decreti attuativi del comma 6 del citato articolo 50 e sulla base del piano di dettaglio delle attività realizzative convenute fra la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il Ministero della salute, l'Agenzia delle entrate e Sogei.

Con riferimento all'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Sicilia:



## Regione Siciliana

- a) per quanto riguarda la distribuzione della tessera sanitaria, la Regione Sicilia ha richiesto (nota prot.n.1649 del 22.11.05) al Ministero Economia e Finanze (MEF) l'adesione parziale al comma 11 del succitato art.50, proponendo il progetto di emissione della TS su supporto della Carta Nazionale dei Servizi (CNS), riconosciuta conforme alla Tessera Sanitaria (TS) e sostitutiva del tesserino di codice fiscale (cfr. decreto 11 marzo 2004 e successive modificazioni, del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e il Dipartimento dell'innovazione e tecnologie). Il riconoscimento della conformità di tale tessera sanitaria regionale è stato subordinato al rispetto da parte della regione degli impegni di cui alla nota n. 166655 del 12 dicembre 2005 della Ragioneria Generale dello Stato;
- b) per l'attività di produzione e distribuzione della TS su supporto CNS, la Regione Sicilia ha sottoscritto una apposita Convenzione con l'Agenzia delle Entrate (AE), in data 18.01.06 e successiva integrazione, avente validità al 31.12.08;
- c) l'attivazione sperimentale del Progetto è stata avviata e sviluppata a partire dal 2006, in coerenza con il Piano temporale delle attività (Allegato 1), condiviso tra la medesima Regione, la Ragioneria Generale dello Stato, il Ministero della salute, Agenzia delle Entrate e Sogei, nella specifica riunione del 3 aprile 2006, e che ha previsto gli impegni regionali e i rispettivi termini temporali. Ai fini del rispetto del Piano temporale, non recepito con delibera di Giunta tenuto conto delle potestà istituzionali proprie degli Assessori e dei Dirigenti generali nella Regione Siciliana, sono state emanate dall'Assessorato Regionale della Sanità apposite direttive e linee di indirizzo.

### **A. Attivazione sperimentale del Progetto TS-CNS, anno 2006**

Ai fini dell'attivazione sperimentale del Progetto, durante l'anno 2006 la Regione si è impegnata a rispettare gli adempimenti ed il piano temporale relativo all'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria, attuando quanto di sua competenza con riferimento agli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi. In particolare sono state realizzate le azioni preliminari necessarie per la costruzione delle basi dati definite all'interno del Portale nazionale Sistema TS, con l'assistenza tecnica di SOGEI S.p.A.

A tal fine è stata emanata apposita direttiva regionale prot.n.1964 del 31.03.06, con l'allegata *Mappa delle responsabilità*, con cui si è provveduto attraverso l'azione di coordinamento e la collaborazione delle Aziende sanitarie, al rispetto degli obblighi informativi di cui al Piano temporale delle attività riportato nell'Allegato 1, ed in particolare a:

- fornire gli archivi definiti dal progetto: assistiti, medici prescrittori, farmacie pubbliche e private, strutture di erogazione di prestazione specialistica pubbliche e private, assegnazione ricettari/medici, soggetti esenti, STP, prontuario terapeutico, tariffario specialistico;
- sviluppare le azioni di comunicazione e formazione dei referenti delle Aziende sanitarie, che costituiscono la "Rete dei Referenti del progetto SIS/Amministratori del sistema di sicurezza" e degli utenti del Portale Sistema TS presso le diverse strutture delle Aziende e presso le Associazioni di categoria (in particolare sono stati organizzati: n.10 incontri con il personale delle Aziende sanitarie, n.3 incontri con le Associazioni dei farmacisti, n.16 incontri con i titolari dei laboratori di prestazione specialistica);
- sviluppare le attività necessarie ad accreditare al Portale Sistema TS, tramite l'acquisizione ed utilizzo del PIN Code 1 e 2, i titolari delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, di circa 1500 farmacie e 1500 laboratori di prestazione specialistica operanti sul territorio;
- assicurare l'avvio, nella sua fase sperimentale, dell'attività di invio dei dati delle ricette sul Sistema TS da parte delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto della scadenza di cui al Piano temporale delle attività e stabilita al 10 dicembre 2006.

L'avvio del progetto TS-CNS è stato accompagnato da una campagna di comunicazione sulla tessera sanitaria "Compagna di vita", sviluppata attraverso la capillare affissione in tutto il territorio siciliano di manifesti informativi, e l'organizzazione di una conferenza stampa del Presidente della Regione presso l'Assessorato Regionale Bilancio e Finanze. La campagna di comunicazione è stata ed è riproposta sui siti internet degli Assessorati Regionali "Bilancio e Finanze" e "Sanità".

Per l'avvio del progetto TS-CNS l'Assessorato Sanità ha emanato ulteriori e specifiche direttive



## Regione Siciliana

regionali, inviate costantemente al Ministero dell'economia e finanze, al Ministero della salute, all'Agenzia delle entrate e Sogei, finalizzate al rispetto del Piano temporale delle attività.

Si richiamano e si allegano quelle più rilevanti:

- direttiva prot..n.1964 del 31.03.06 *Progetto Tessera sanitaria – Carta Regionale dei Servizi: obblighi informativi della Regione siciliana ai sensi dell'articolo 50 della Legge n.326 del 24.11.2003;*
- direttiva prot.. n.2202 del 13.04.06 *Progetto Tessera sanitaria – Carta Regionale dei Servizi, direttiva assessoriale prot. n.1964 del 31.03.06: comunicazione calendario incontri formativi con l'assistenza tecnica di SOGEI sui flussi ex art. 50 della L.n.326/03;*
- direttiva prot.. n.2684 del 12.05.06 *Progetto TS – CRS, direttiva assessoriale prot. n.1964 del 31.03.06 e obblighi informativi sui flussi ex art. 50 della L.n.326/03. Flussi: medici prescrittori, consegna ricettari, strutture di erogazione dei servizi sanitari;*
- direttiva prot. n.3042 del 6.06.06 *Progetto Tessera sanitaria – Carta Regionale dei Servizi: direttiva assessoriale prot.n.1964 del 31.03.06 e obblighi informativi sui flussi ex art. 50 della L.n.326/03. Flusso: anagrafe assistiti;*
- direttiva prot.n.3960 del 11.09.06 *Progetto TS – CRS, direttiva assessoriale prot.n.1964 del 31.03.06 e obblighi informativi sui flussi ex art. 50 della L.n.326/03: protocolli operativi per l'attività di popolamento dei flussi;*
- direttiva prot.n.4045 del 10.10.06 *Progetto Tessera sanitaria (TS) – Carta Regionale dei Servizi (CRS), obblighi informativi ex art. 50 della L.n.326/03. Ricettario standardizzato e fabbisogno 2007;*
- direttiva prot.. n.4103 del 24.10.06 *Progetto Tessera Sanitaria – Carta Regionale dei Servizi: obblighi informativi della Regione siciliana ai sensi dell'art. 50 della legge n. 326 del 24/11/2003, trasmissione dei dati dalle strutture di erogazione dei servizi sanitari: organizzazione incontri per i titolari di laboratori specialistici;*
- direttiva prot..n.4291 del 17.11.06 *Progetto Tessera sanitaria – Carta Regionale dei Servizi ex art. 50 della L. n.326/03: flussi informativi soggetti esenti e trasmissione dati ricette da strutture pubbliche di erogazione dei servizi sanitari.*

### **B. Implementazione del Progetto TS-CNS, anni 2007-2009**

Ai fini dell'ulteriore implementazione del progetto TS-CNS, con l'obiettivo di traguardare l'avvio della fase a regime del Sistema, la Regione Sicilia, dispiegando pienamente la propria azione di indirizzo e coordinamento delle Aziende sanitarie, si impegna:

**1. al rispetto degli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché dall'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della predetta disposizione. Il rispetto di tali obblighi comporta:**

**1.1** il prosieguo dell'azione di verifica degli elenchi degli assistiti a cui distribuire ancora la tessera regionale, con riferimento agli elenchi di assistiti che risulterebbero anche di competenza di AUSL di altre Regioni;

**1.2** la trasmissione telematica da parte delle AUSL competenti al Ministero dell'economia e delle finanze (secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003 e la tempistica convenuta nella riunione del 22 gennaio 2007), dell'elenco degli assistiti per i quali l'Agenzia delle entrate e Sogei hanno riscontrato il mancato allineamento con l'anagrafe dei codici fiscali;

**1.3** l'utilizzo delle segnalazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria ai fini del conseguente aggiornamento delle anagrafi;

**1.4** il prosieguo dell'attività di trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze dell'assegnazione medico-ricettario di cui al comma 4 dell'articolo 50 della legge 326/2003;

**1.5** l'obbligo dell'utilizzo del ricettario "standard" di cui al DM 18 maggio 2004 per le prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali a carico del SSN;

**1.6** l'aggiornamento tempestivo e costante, secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003, da parte della Regione dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art. 50;

**1.7** l'adozione di provvedimenti volti all'utilizzo, da parte di tutti i soggetti coinvolti, della Tessera Sanitaria (TS) in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50; al riguardo è in corso di definizione una apposita direttiva regionale, congiunta tra l'Assessorato Sanità e Bilancio e Finanze, mirato a promuovere l'utilizzo della TS presso gli sportelli per il pagamento ticket delle Aziende sanitarie.

**2. alla definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate. Il rispetto di tale impegno comporta:**



Regione Siciliana

**2.1** la definizione degli accordi in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 275 della legge 266/2005;

**2.2** l'utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria per il controllo del rispetto della soglia del 70%.

**3. avvio e sviluppo della "fase a regime" del Sistema Tessera sanitaria, che comporta le seguenti azioni:**

**3.1** utilizzo delle segnalazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria ai fini del conseguente aggiornamento delle anagrafi;

**3.2** aggiornamento tempestivo e costante dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art. 50;

**3.3** utilizzo dei dati acquisiti tramite il Sistema Tessera Sanitaria, anche ai fini dei controlli e della verifica dell'appropriatezza prescrittiva nel proprio territorio, individuando le criticità sulla base di specifici indicatori regionali di riferimento ed adottando le relative misure correttive per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

Con riferimento agli impegni di cui al punto 3, la Regione Sicilia definisce, per step successivi, il procedimento di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della relativa attuazione a livello di singola AUSL/AO, tramite l'utilizzo dei report del Sistema TS, anche attraverso la:

- ✓ definizione di indicatori e criteri di riferimento per la valutazione, da parte di ogni AUSL/AO, dell'appropriatezza prescrittiva di ogni singolo medico, attraverso l'analisi mensile delle ricette acquisite anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria;
- ✓ definizione di azioni correttive da intraprendere, da parte di ogni AUSL/AO, a fronte delle criticità riscontrate;
- ✓ revisione periodica degli indicatori e dei criteri di riferimento individuati;
- ✓ acquisizione delle relazioni mensili prodotte da ogni singola AUSL.

Inoltre, a livello di ogni singola AUSL/AO, verrà fissato l'obbligo (incluso fra gli obiettivi dei Direttori Generali) di:

- ✓ individuazione dell'Ufficio responsabile del procedimento;
- ✓ elaborazione mensile degli indicatori regionali individuati, con riferimento ai dati delle ricette di propria competenza, del mese precedente a quello di riferimento, relative alle prestazioni di farmaceutica e specialistica erogate e acquisite mediante il medesimo Sistema Tessera Sanitaria, a livello di ASL, distretto e singolo medico;
- ✓ individuazione delle criticità, con riferimento ai criteri regionali individuati;
- ✓ adozione delle relative azioni correttive, in conformità alle indicazioni regionali;
- ✓ predisposizione della relativa relazione mensile e trasmissione (entro il mese successivo a quello di ricevimento dei dati) al competente Ufficio regionale.

La struttura responsabile dell'attuazione del progetto e dell'individuazione delle metodologie di monitoraggio è stata individuata nell'Assessorato alla Sanità.

Gli impegni regionali verranno verificati, anche sulla base delle risultanze prodotte dall'Agenzia delle Entrate e Sogei.

A fronte degli impegni sopra indicati (punti 1, 2 e 3), la Regione Sicilia, con la legge regionale del 2 maggio 2007, n.12, ha già provveduto a definire apposite *"Misure per il risanamento del sistema sanitario regionale. Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata"*, che contengono specifiche disposizioni sull'attività prescrittiva dei farmaci e sul relativo monitoraggio da parte delle AUSL.

E' stato inoltre completato l'iter di definizione e sottoscrizione della nuova Convenzione tra la Regione siciliana e l'IPZS per la fornitura del ricettario medico standardizzato distintamente alle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere ed alle Aziende Ospedaliere Policlinici Universitari, per assicurare il pieno rispetto della procedura telematica di assegnazione medico prescrittore/ricettario standardizzato; sono stati emanati il DDG.n.01190 del 6.06.07 di approvazione della Convenzione triennale con l'IPZS ed il DDG.n.01191 del 6.06.07 di approvazione del Contratto Annuale (2007) con l'IPZS.

Con D.A.n.01350 del 25.06.07 la Regione Sicilia ha provveduto a ricondurre l'attività prescrittiva delle prestazioni emodialitiche sul ricettario standardizzato del SSN.

Nell'Accordo integrativo regionale del Contratto con i medici di assistenza primaria, in corso di definizione, sono stati inseriti specifici adempimenti connessi agli obblighi ex art.50 L. n.326/03 e succ. modifiche, ed in particolare si riportano alcuni contenuti previsti all'art.15 dell'attuale



## Regione Siciliana

bozza di A.C.R.:

“ (.....)

a) di inserire il codice fiscale dell'assistito sulle ricette per prescrizioni farmaceutiche e di prestazioni specialistiche, nonché la relativa stampa completa in una percentuale non inferiore al **75%**;

b) di diffondere tra i propri assistiti l'informazione sull'uso della Tessera sanitaria (TS)-Carta Regionale dei Servizi (CRS) e sulle applicazioni telematiche che verranno attivate nell'ambito del SSR siciliano;

c) di procedere all'invio telematico dei dati delle ricette, di cui ai commi 5 bis e 5 ter dell'art.50 della L.n.326/03, introdotti dalla L.n.296 del 27.12.2006, comma n.810, secondo le disposizioni definite dai relativi DD.MM. di attuazione;”

E' stata già avviata interlocuzione con l'Associazione Nazionale Comuni d'Italia (A.N.C.I.) per la realizzazione di un collegamento diretto tra le Anagrafi Comunali della popolazione e le Aziende Unità Sanitarie Locali, competenti alla gestione dell'anagrafe assistiti.

La Regione Sicilia sta procedendo inoltre a rafforzare le competenze del personale addetto presso le Aziende sanitarie, nella diffusione della conoscenza e dell'utilizzo dei report forniti dal Portale sistema TS, promuovendo appositi incontri formativi con l'assistenza tecnica del personale di SOGEI S.p.A.

In coerenza con gli impegni sopra indicati, sono state emanate nel corso del 1° semestre dell'anno 2007, le seguenti direttive regionali:

- prot.n.1175 del 5.04.07 *Progetto TS-CRS e Piano di rientro 2007-2009: monitoraggio sulla spesa sanitaria e sull'appropriatezza prescrittiva mediante l'utilizzo dei dati delle ricette, restituiti dal Portale nazionale Sistema TS;*
- prot.n.2352 del 28.05.07 *Progetto Tessera Sanitaria – Carta Regionale dei Servizi: aggiornamento degli archivi dei flussi informativi e attività di monitoraggio della spesa sanitaria tramite i report del Portale Sistema TS;*
- prot.n.3178 del 26.06.07 *Progetto Tessera Sanitaria – Carta Regionale dei Servizi: direttiva assessoriale per il rispetto degli obblighi informativi stabiliti dall'art.50 L.n.326/03 e successive modifiche.*

Si evidenzia inoltre che, l'Accordo di Programma Quadro (APQ) in materia di "Società dell'Informazione nella Regione Siciliana", firmato nel marzo 2005, prevede, tra gli altri, il progetto Sistema Informativo Socio-Sanitario (SIS). Questo si compone di tre sottoprogetti: Nuova Anagrafe Regionale (NAR), Rete dei Medici di assistenza primaria (RMMG) e Servizi di Telemedicina e Teleformazione (SETT) che, nel loro insieme, contribuiranno alla realizzazione del Sistema Informativo Sanitario della Regione Siciliana.

Tali progetti consentiranno un miglioramento sostanziale dei servizi offerti al cittadino, e al contempo creeranno uno strumento essenziale, che contribuirà a migliorare il controllo della spesa sanitaria nella Regione Siciliana.

### **Nuova Anagrafe Regionale (NAR)**

Il progetto NAR prevede lo sviluppo di un sistema Anagrafico Regionale si rende necessario per:

- consentire l'identificazione certa ed univoca dell'assistito, in modo da ricondurre a questo una serie di informazioni di carattere amministrativo, sanitario e clinico;
- consentire la gestione della Tessera Sanitaria Regionale ed assolvere alle obbligazioni previste dall'articolo 50 del decreto legge n. 326 del 30 settembre 2003 in merito all'aggiornamento della base dati anagrafica del MEF;
- fornire un insieme di servizi WEB per l'identificazione e la consultazione dei dati anagrafici degli assistiti alle componenti applicative previste dall'APQ della Regione Siciliana, prima tra tutte RMMG e SETT;
- migliorare la qualità del dato in previsione della realizzazione della componente di monitoraggio e controllo della spesa prevista dall'APQ SIS;
- consentire l'implementazione di servizi per il cittadino per svolgere la scelta e la revoca del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta.

### **Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG)**

Il progetto RMMG prevede l'erogazione di servizi applicativi alla Rete e la creazione di un Portale che colleghi in rete i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta con le strutture sanitarie in modo da evitare l'isolamento dei primi e favorire la comunicazione tra tutti questi soggetti. Grazie alla rete sarà possibile supportare un modello clinico basato sulla



continuità assistenziale nel quale sarà facilitata la cooperazione tra gli operatori e la condivisione delle informazioni, con l'obiettivo di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, evitando al contempo la duplicazione di esami inutili.

Lo sviluppo del progetto avverrà mediante un approccio strategico di tipo scalare, applicato sia ai servizi offerti che alle aree geografiche, dove saranno progressivamente resi disponibili i servizi. La fase pilota si svilupperà in una Area Delimitata, coincidente con:

- l'A.U.S.L. di Palermo;
- una Azienda Ospedaliera che opera nello stesso territorio;
- un campione di circa 100 medici di medicina base, selezionati in coincidenza del medesimo territorio.

L'obiettivo di questa fase attuativa di tipo prototipale consiste nell'erogazione dei servizi in un ambiente circoscritto territorialmente che favorisca la verifica "sul campo" delle procedure tecnico/organizzative. In questa fase sarà possibile prevedere la condivisione e la definizione dei modelli da approcciare e delle soluzioni standard da ampliare successivamente all'Area di estensione. Una volta collaudato il progetto pilota, i servizi RMMG saranno estesi negli ambiti territoriali di Palermo e Catania

L'elemento centrale della rete è il Fascicolo Sanitario Elettronico che, attraverso i suoi servizi, fornisce l'accesso alle informazioni cliniche dei pazienti, rese disponibili a tutti gli operatori sanitari autorizzati al loro trattamento.

La rete integrata permetterà agli operatori sanitari (e ovviamente ad ogni singolo cittadino per i dati di proprio interesse) di disporre delle informazioni sanitarie relative ad un assistito, attraverso il tracciamento degli eventi che hanno interessato la storia clinica di un cittadino con accessi alle diverse strutture sanitarie del territorio regionale e in futuro nazionale.

#### **Servizi di Telemedicina e Teleformazione (SETT)**

Tale progetto prevede la realizzazione di una piattaforma e-learning per la formazione a distanza, l'erogazione di servizi di teleconsulto e di telediagnosi con un Sistema sperimentale di Teleradiologia per la trasmissione a distanza di immagini radiologiche tra strutture sanitarie remote, interessando dei centri di eccellenza della Provincia di Palermo e Catania ed altri 12 strutture sanitarie da individuare nel territorio regionale

Tali progetti sono in fase di definizione esecutiva e la realizzazione degli stessi è subordinata ai limiti temporali connessi con l'utilizzo dei fondi APQ. S.I.

Allegato 1: Piano temporale delle attività (in corso di approvazione da parte della Giunta regionale di governo)



**22. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI -- IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO TESSERA SANITARIA**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
F.1.1	Rispetto degli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché dall'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della stessa norma	X		0	0	0	a) Organizzazione/partecipazione incontri di verifica e di formazione con Agenzia dell'Entrate e SOGEI S.p.A. b) Organizzazione incontri con le Aziende sanitarie e le associazioni di categoria titolari strutture di erogazione dei servizi sanitari (farmacie e laboratori di specialistica) b) Emanazione direttive per il rispetto obblighi informativi da parte delle A.S. e strutture di erogazione dei servizi sanitari c) Monitoraggio sul completamento e aggiornamento degli archivi forniti dalle A.S. sul Portale sistema TS	il rispetto degli obblighi informativi ex art.50 l.n.326/03 dovrà essere tragguardato durante tutto il triennio 2007-2009
F.1.2	Definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate	X		0	0	0	a) Inserimento specifici obblighi per i medici di base nell'Accordo regionale di assistenza primaria integrativo b) Emanazione direttive per il rispetto obblighi informativi c) Direttive per promuovere il monitoraggio da parte delle AUSL del rispetto degli obblighi contrattuali	Definizione A.C.R. integrativo entro 31/07/2007 Il rispetto degli obblighi contrattuali ex art.50 L.n.326/03 dovrà essere tragguardato durante tutto il triennio 2007-2009
F.1.3	Avvio della "fase a regime" del Sistema Tessera sanitaria	X		0	0	0	a) Monitoraggio percentuali invio dati dalle ricette dalle strutture di erogazione dei servizi sanitari -- b) Organizzazione incontri con le associazioni di categoria titolari strutture di erogazione dei servizi sanitari (farmacie e laboratori di specialistica) c) Emanazione direttive per determinare un invio completo e puntuale d) Organizzazione incontri formativi, con l'assistenza tecnica di SOGEI S.p.A., per i Referenti delle Aziende territoriali sulle funzionalità e applicazione dei report restituiti dal Portale Sistema TS; e) Emanazione direttive per lo sviluppo del monitoraggio da parte delle Aziende territoriali sull'attività prescrittiva tramite l'uso dei report restituiti dal Portale Sistema TS	L'avvio della fase a regime del Sistema TS sarà tragguardato entro il 31/12/2008 e gli ulteriori sviluppi del progetto TS entro il 31/12/2009
		<b>TOTALI</b>		0	0	0		



## **23. – “G” – Potenziamento della Struttura Amministrativa Regionale**

<p><b>G.1</b> Adempimenti correlati all'attuazione del Piano di Contenimento e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale nel periodo anni 2007/2009 e all'implementazione di corrette procedure contabili</p>	<p><b>G.1.1</b> Ampliamento ed armonizzazione dei flussi informatici di attività e dei costi delle Aziende Sanitarie</p> <p><b>G.1.2</b> Potenziamento delle risorse tecniche ed informatiche finalizzate a ridurre i tempi tecnici di acquisizione dei dati e alla loro successiva elaborazione</p> <p><b>G.1.3</b> Istituzione di una struttura organizzativa per il monitoraggio e la valutazione degli adempimenti previsti dal Piano e del conseguimento dei correlati obiettivi in base all'andamento gestionale delle Aziende Sanitarie</p> <p><b>G.1.4</b> Procedura di controllo dei budget degli erogatori privati e miglioramento flussi informativi</p>
---	---

### **G.1.1 -- Ampliamento armonizzazione dei flussi informatici di attività e dei costi delle Aziende Sanitarie**

La Regione Siciliana, con Circolare inter-Assessoriale Bilancio/Sanità n.7 del 4/4/2005 ha regolamentato l'individuazione dei flussi informativi e la periodicità per la loro trasmissione, fornendo inoltre criteri per l'immissione dei dati in essi contenuti, ciò alla luce delle disposizioni impartite dall'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005.

Con la stesura del Piano di Contenimento e Riqualificazione del SSR, è necessario acquisire i flussi informativi con cadenza periodica mensile e definire particolari report di informazione integrativa, in particolare in merito ai costi del personale, di beni e servizi, nonché sulla valorizzazione dell'attività assistenziale territoriale

Pertanto, sulla base di quanto già sperimentato, la Regione Siciliana nel triennio 2007-2009, d'intesa con i Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e con il supporto dell'advisor contabile, intende procedere a:

- rendere obbligatorio la trasmissione dei flussi economici con cadenza mensile con verifiche trimestrali da effettuarsi congiuntamente con le Aziende Sanitarie;
- rendere obbligatorio la trasmissione di flussi informativi sull'attività sanitaria sia ospedaliera che territoriale con cadenza trimestrale e verifiche periodiche sulla congruenza e l'appropriatezza dei dati medesimi;
- predisporre un piano dei conti di contabilità economico-patrimoniale a valenza regionale;
- predisporre un piano dei centri di costo e dei fattori produttivi per la contabilità analitica a valenza regionale e ad impartire idonee direttive sulle modalità di contabilizzazione dei costi diretti, indiretti e generali;
- acquisire extracontabilmente i dati di attività e di costo delle Sperimentazioni Gestionali e degli IRCCS;
- acquisire dalle Aziende Sanitarie extra-contabilmente, mediante appositi record predefiniti, dati sulla gestione del personale, nonché sulla acquisizione dei beni e servizi e sull'attività valorizzata delle strutture sanitarie territoriali pubbliche e accreditate;
- analizzare i dati dei flussi regionali inerenti la mobilità sanitaria interregionale ed extra-regionale in contraddittorio con le aziende sanitarie, raffrontando gli stessi con i dati di costo promananti dai modelli CE;
- predisporre processi di formazione attraverso specifici corsi, incontri o seminari da organizzarsi anche presso il CEFPAS, al fine di uniformare la metodologia di raccolta dei dati e di compilazione dei diversi modelli funzionali all'applicazione delle misure del presente Piano di Contenimento e Riqualificazione del SSR, coinvolgendo il personale



Regione Siciliana

delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato Sanità direttamente impegnato nelle attività in argomento.

### **G.1.2 -- Potenziamento delle risorse tecniche ed informatiche finalizzate a ridurre i tempi tecnici di acquisizione dei dati e alla loro successiva elaborazione**

Al fine di supportare l'attività di monitoraggio e verifica dell'andamento delle azioni previste dal presente piano è necessario adeguare la dotazione logistica ed informatica dell'Ufficio.

In particolare dovranno prevedersi le postazioni per il personale di nuova individuazione, le attrezzature informatiche per le attività individuate, il potenziamento delle attrezzature già esistenti, nonché l'acquisizione di un server, la predisposizione di una linea telematica dedicata e la strutturazione di un portale internet.

Il server in questione dovrà supportare l'elaborazione dei dati provenienti dal DOE, da acquisirsi mediante linea telematica dedicata, e di elaborarli incrociandoli con altri flussi (NSIS - TS).

Inoltre dovranno prodursi percorsi informatici uniformi che consentano l'acquisizione di specifiche informazioni direttamente dalle Aziende.

A tal fine sarà necessario acquisire o fare realizzare apposito software che consenta alle Aziende Sanitarie di trasferire su un portale dedicato le informazioni richieste e che consenta la produzione di query specifiche sui dati così acquisiti con quelli derivanti da altri flussi.

### **G.1.3 -- Istituzione di una struttura organizzativa per il monitoraggio e la valutazione degli adempimenti previsti dal Piano e del conseguimento dei correlati obiettivi in base all'andamento gestionale delle Aziende Sanitarie**

Il Patto della Salute ha previsto un percorso di rientro strutturale dai disavanzi per le regioni in difficoltà; in particolare per quelle regioni che hanno presentato un disavanzo pari o superiore al 7% nell'anno precedente è stato previsto l'obbligo di redigere un Piano di Rientro dei medesimi disavanzi entro un triennio.

La verifica degli adempimenti previsti da ciascun piano di rientro delle regioni in difficoltà è stata affidata al tavolo tecnico di cui all'art.12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

La Regione Siciliana, avendo registrato già a partire dall'anno 2005 un disavanzo superiore al 7% ha dovuto attivarsi per la predisposizione del piano di rientro per il periodo 2007-2009, anche al fine di poter accedere alle risorse aggiuntive previste nello stesso Patto per la Salute.

Fin dal mese di ottobre 2006 la Regione Siciliana si è avvalsa di un gruppo di lavoro pluridisciplinare per la predisposizione del piano di rientro costituito sia da personale dell'Assessorato Regionale alla Sanità, sia da altre risorse professionali altamente qualificate, appositamente scelte all'interno delle Aziende Sanitarie in posizione di comando ai sensi della LR. 15/2004 art.1 comma 10, per come successivamente modificata ed integrata dalla L.R. 19/2005 art.19 comma 17.

Questo gruppo di lavoro, partendo dall'utilizzazione delle informazioni presenti presso le banche dati dell'Assessorato Regionale alla Sanità ed utilizzando i diversi flussi ministeriali sia finanziari che sanitari, nonché acquisendo ulteriori specifiche informazioni con richieste mirate alle Aziende SANitarie, sta sviluppando una più ampia e dettagliata base dati tramite la quale ha



## Regione Siciliana

proposto, anche alla luce dei confronti intervenuti con il tavolo tecnico istituito presso i Ministeri della Salute e dell'Economia, il presente Piano di Contenimento e Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale 2007-2009.

Successivamente alla stipula del "Piano di contenimento e di riqualficazione del sistema sanitario regionale" si renderà necessario monitorare l'impatto delle misure economiche previste dal documento, l'andamento complessivo della spesa sanitaria al fine di valutare gli eventuali interventi correttivi necessari a mantenere le linee programmatiche previste dal piano stesso.

Tale attività comporterà nuovi e complessi adempimenti nell'attività di verifica e di programmazione della Regione che non ha riscontro nell'ordinario esercizio delle funzioni finora esercitate.

In particolare si renderà necessario assicurare la continua disponibilità di dati economici e finanziari sia per il tavolo tecnico di verifica sia per i funzionari delegati dai Ministeri per l'affiancamento previsto dallo stesso Patto per la Salute.

Inoltre dovranno essere ampliate le verifiche sui dati delle Aziende Sanitarie al di là degli ordinari flussi previsti dalla normativa vigente.

Per far fronte ai suddetti innumerevoli impegni e razionalizzare l'attività di elaborazione e valutazione degli adempimenti previsti dal presente Piano, è necessario costituire una struttura organizzativa in seno all'Assessorato Regionale alla Sanità a tal fine preposta .

Tale struttura, fermo restando le competenze dei Dipartimenti esistenti, sarà costituita da un "Ufficio per l'attuazione del Piano di contenimento e riqualficazione del servizio sanitario regionale", inserito nel contesto operativo del Dipartimento A.S.O. . Tale Ufficio è articolato in gruppi di lavoro secondo le seguenti tematiche:

- a. monitoraggio e verifica della spesa farmaceutica;
- b. monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria ospedaliera e territoriale;
- c. monitoraggio e verifica dei flussi informativi economici CE, LA;
- d. controllo dei bilanci delle Aziende Sanitarie;
- e. verifica e ri-determinazione dei diversi tariffari regionali;
- f. riparto e assegnazione del Fondo Sanitario Regionale;

Vengono altresì individuate le seguenti ulteriori attività inerenti all'attuazione del piano di contenimento e riqualficazione del SSR, svolte nell'ambito dello medesimo Dipartimento ASO e presso altri Dipartimenti Regionali, che dovranno essere svolte in sinergia con il suddetto Ufficio:

1. ottimizzazione delle procedure di acquisizione, archiviazione, elaborazione e circolazione dei dati di struttura e di attività (Dipartimento OER);
2. interventi sulla spesa per beni e servizi (Dipartimento ISI);
3. interventi inerenti all'attuazione del progetto "Tessera Sanitaria" (Dipartimento ISI);
4. interventi sulla riorganizzazione della rete ospedaliera (Dipartimento IRS);
5. interventi sulla spesa per il personale (Dipartimento ASO).

Inoltre per assicurare, senza soluzione di continuità, il necessario ed imprescindibile apporto professionale ed operativo del personale finora impegnato nella attività di elaborazione e predisposizione del presente Piano, si rende necessario che lo stesso venga confermato nelle funzioni successive (fasi di controllo e monitoraggio dei dati economici-finanziari e di attività inerenti al sistema SSR). Tale personale sarà integrato da ulteriori figure professionali che si rendono necessarie per gli specifici adempimenti previsti dal piano, che potranno essere acquisite sia con gli stessi comandi della legge LR. 15/2004 art.1 comma 10, per come successivamente modificata ed integrata dalla L.R. 19/2005 art.19 comma 17, che con contratti a tempo



Regione Siciliana

determinato per tutto il periodo di vigenza del piano.

A tal fine, con delibera della Giunta di Governo sarà determinato il contingente complessivo di personale da assegnare all'Ufficio per l'attuazione del Piano di contenimento e riqualificazione del servizio sanitario regionale, con individuazione del funzionigramma e delle remunerazione del personale utilizzato, tenuto conto in modo equitativo del considerevole impegno professionale sia in termini qualitativi che quantitativi svolto e da svolgersi, nonché delle responsabilità e del rilievo delle funzioni da esercitare

Con la medesima delibera di Giunta di Governo, su proposta dell'Assessore alla Sanità sentito il Dirigente Generale del Dipartimento ASO, sarà individuato il Responsabile della Struttura e il correlato trattamento normativo ed economico.

#### **G.1.4 -- Procedura di controllo dei budget degli erogatori privati e miglioramento flussi informativi**

Il controllo tempestivo delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio sanitario regionale costituisce momento essenziale del controllo di gestione. A tal fine la Regione si impegna alla proceduralizzazione del processo di determinazione, comunicazione e monitoraggio dei budget delle singole strutture erogatrici private.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di predisposizione, comunicazione e monitoraggio dei budget è individuata presso l'Assessorato Regionale alla Sanità.

Con riferimento alla predisposizione dei budget si fa rinvio ai precedenti paragrafi in materia di spesa ospedaliera e spesa specialistica.

Alle strutture erogatrici la Regione, per il tramite delle Aziende Sanitarie Territoriali, richiede una rendicontazione mensile delle prestazioni effettuate e del corrispondente costo, da inoltrare alle medesime Aziende entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento.

Nei successivi ulteriori dieci giorni le Aziende Territoriali trasmetteranno i dati ricevuti e previa verifica degli stessi, alla Struttura amministrativa alla Regione

La rendicontazione è prodotta sia in forma cartacea, sia su supporto informatico, secondo un formato standardizzato, predisposto dalla struttura amministrativa. La Regione si impegna ad implementare un procedimento che consenta a regime il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate. In una prima fase di avviamento e comunque fino al primo trimestre 2008 i dati dovranno essere forniti trimestralmente.

I dati relativi ai budget e alle rendicontazioni mensili, per singola struttura erogativa, sono messi a disposizione dalla struttura amministrativa in un data base consultabile dalle aziende e dagli Assessorati alla Sanità e al Bilancio.

Le Aziende Sanitarie Territoriali comunicheranno periodicamente alle strutture erogatrici il livello di budget raggiunto e il livello ancora disponibile, dandone contestuale comunicazione alla Struttura Amministrativa Regionale.

\* \* \*

I flussi informativi esistenti a livello nazionale, e in particolare i dati trimestrali dei CE e i dati dei modelli LA, come trasmessi, secondo le scadenze previste, al Sistema informativo sanitario, costituiranno la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'andamento della spesa.



## Regione Siciliana

A questo scopo la Regione si impegna ad attuare, con il supporto dell'advisor contabile indicato dal Ministero dell'economia e delle finanze (con relativi oneri a carico della Regione), entro il 31 ottobre 2007 una revisione delle procedure contabili e amministrative che si dovessero rendere necessarie, con particolare riferimento alle aziende per le quali si siano manifestate criticità, ad adottare il nuovo piano dei conti, a definire le regole e le modalità per il consolidamento dei conti e dei bilanci aziendali, ad individuare indicatori da monitorare.

La Struttura amministrativa Regionale responsabile del procedimento di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla Sanità, così come regolato al precedente punto G.1.3.

I dati elementari e le loro elaborazioni conseguenti all'attività di verifica periodica degli andamenti, sono messi a disposizione di specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla Sanità.

La Regione si impegna infine, con il supporto del predetto advisor contabile (con relativi oneri a carico della Regione), a migliorare i flussi informativi esistenti e ad implementarne di nuovi, al fine di disporre di tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del Servizio sanitario regionale.

Tutti i flussi informativi sono a disposizione delle strutture amministrative regionali ed aziendali per il monitoraggio e le verifiche di propria competenza.

**24. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI -- POTENZIAMENTO STRUTTURA AMMINISTRATIVA REGIONALE**

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
G.1.1	Ampliamento ed armonizzazione dei flussi informatici di attività e dei costi delle Aziende Sanitarie	X		0	0	0	Predisposizione di una Circolare Assessoriale integrativa alle disposizioni già emanate con precedente Circolare n.7/2005	Provvedimento da adottarsi entro il 30/09/2007
G.1.2	Potenziamento delle risorse tecniche ed informatiche finalizzate a ridurre i tempi tecnici di acquisizione dei dati e alla loro successiva elaborazione	X		0	0	0	Acquisizione di postazioni hardware e soluzioni software	Procedure di acquisto da definirsi entro il 30/09/2007
G.1.3	Istituzione di una struttura organizzativa per il monitoraggio e la valutazione degli adempimenti previsti dal Piano e del conseguimento dei correlati obiettivi in base all'andamento gestionale delle Aziende Sanitarie	X		0	0	0	Decreto Assessoriale di individuazione e acquisizione delle figure professionali necessarie e di determinazione dei relativi trattamenti economici	Provvedimento da adottarsi entro il 30/09/2007
G.1.4	Procedura di controllo dei budget degli erogatori privati e miglioramento flussi informativi	X		0	0	0	Direttiva Assessoriale alle Aziende Sanitarie Territoriali per le metodologie di acquisizione dei dati e di trasmissione informatica all'Assessorato Regionale alla Sanità alle scadenze previste dalla direttiva stessa	Provvedimento da adottarsi entro il 30/09/2007
		<b>TOTALI</b>		0	0	0		



## 25. – “H” – PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL SSR

<p><b>H</b> – Programmi di sviluppo SSR</p>	<p><b>H.1-</b> Interventi a sostegno del SSR</p>	<p><b>H.1.1</b> Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie  <b>H.1.2</b> Sviluppo e qualificazione dell’assistenza primaria  <b>H.1.3</b> Rete della continuità assistenziale  <b>H.1.4</b> Miglioramento e riqualificazione del sistema emergenza-urgenza (S.U.E.S. 118)  <b>H.1.5</b> Modelli innovativi per un’assistenza integrata - UTAP  <b>H.1.6</b> Attivazione del dipartimento socio sanitario  <b>H.1.7</b> Salute della donna  <b>H.1.8</b> Screening neonatale allargato  <b>H.1.9</b> Salute del neonato  <b>H.1.10</b> Formazione permanente  <b>H.1.11</b> Formazione ed educazione alla salute  <b>H.1.12</b> Costituzione di network per la diagnosi precoce ed il trattamento di malattie ad alto impatto socio-sanitario.  <b>H.1.13</b> Risk management  <b>H.1.14</b> Implementazione di un sistema per il monitoraggio delle compatibilità di sistema  <b>H.1.15</b> C.U.P.  <b>H.1.16</b> Ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali  <b>H.1.17</b> Potenziamento aree critiche  <b>H.1.18</b> Piano regionale della prevenzione  <b>H.1.19</b> Rete civica dell’assistenza</p>
---	--	--

Nella consapevolezza che all’introduzione di note di rigore gestionale e di contenimento della spesa, anche di portata significativa, debbano corrispondere interventi atti a riequilibrare il sistema e a garantirne il miglioramento continuo e la riqualificazione progressiva, in affiancamento al PdR, è stato stilato un programma di investimenti per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, che prevede il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- interventi a sostegno della spesa farmaceutica ospedaliera per favorire il rilascio del piano ciclo terapeutico e disincentivare il ricorso alla farmaceutica convenzionata post-ricovero;
- riduzione delle liste di attesa attraverso strumenti di promozione dell’attività ambulatoriale pubblica e realizzazione di un numero verde regionale di prenotazione delle prestazioni specialistiche;
- incremento dell’associazionismo professionale tra i MMG per favorire la continuità assistenziale;
- iniziative di integrazione socio-sanitaria a favore degli anziani, dei malati cronici e con gravi inabilità, incentivando l’assistenza e le cure domiciliari;
- attuazione dei piani regionali di prevenzione e di contenimento del rischio clinico;
- valorizzazione dei centri di riferimento regionali;
- potenziamento e riqualificazione della rete ospedaliera, con particolare riferimento alle aree di emergenza, alle terapie intensive, alle aree assistenziali critiche e ai reparti di osservazione breve;
- rafforzamento della presenza sanitaria a bordo delle ambulanze;
- realizzazione di un programma di formazione permanente;
- potenziamento della ricerca finalizzata allo sviluppo del SSR;
- promozione della salute della donna e del neonato.

Le iniziative descritte costituiscono uno straordinario sforzo di miglioramento e riqualificazione del sistema attraverso l’individuazione di ambiti operativi in grado di fornire



## Regione Siciliana

tempestive e qualificate risposte all'utenza, con attenzione rivolta sia alle esigenze dell'emergenza/urgenza che a quelle, sempre crescenti, della cronicità e della medicina territoriale.

Le azioni di seguito indicate, coerenti con le linee progettuali dell'Accordo relativo all'anno 2007, in corso di definizione, saranno riviste ed aggiornate con riferimento agli accordi siglati in Conferenza Stato-Regioni relativi all'utilizzo delle somme vincolate ex art. 34 e 34 bis della legge 662/1996.



Regione Siciliana

## 26. TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI -- PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL SSR

Obiettivi operativi	Descrizione obiettivi	Effetti di Sistema	Effetti di Spesa	Impatto economico			Azioni	Scadenze
				2007	2008	2009		
H.1.1	Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie		X		854.000	854.000	Implementazione di un programma regionale	Entro il 30 ottobre 2007 adozione del programma regionale
H.1.2	Sviluppo e qualificazione dell'assistenza primaria		X		2.600.000	2.600.000	Implementazione di soluzioni innovative per l'erogazione dell'assistenza primaria	Definizione dell'accordo regionale con i PLS: entro il 31 luglio 2007 Definizione dell'accordo regionale con i MMG: entro il 31 luglio 2007
H.1.3	Rete della continuità assistenziale		X		5.625.000	5.625.000	Definizione del piano di riorganizzazione dei presidi di continuità assistenziale	Entro il 31 dicembre 2007 adozione del piano di riorganizzazione
H.1.4	Miglioramento e riqualificazione del sistema emergenza-urgenza (S.U.E.S. 118)		X		4.012.000	4.012.000	Definizione del piano di riorganizzazione delle rete SUES 118	Entro il 31 dicembre 2007 adozione del piano di riorganizzazione
H.1.5	Modelli innovativi per un'assistenza integrata - UTAP		X		1.530.000	1.530.000	Implementazione di soluzioni innovative per l'erogazione dell'assistenza primaria	Definizione dell'accordo regionale con i PLS: entro il 31 luglio 2007 Definizione dell'accordo regionale con i MMG: entro il 31 luglio 2007
H.1.6	Attivazione del dipartimento socio sanitario		X		2.300.000	2.300.000	Definizione dei piani di implementazione nelle AUSL di Palermo, Catania e Messina	Entro il 30 settembre 2007
H.1.7	Salute della donna		X		1.400.000	1.400.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: adottate l'11 luglio 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007



Regione Siciliana

H.1.8	Screening neonatale allargato		X		1.390.000	1.390.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 20 giugno 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
H.1.9	Salute del neonato		X		777.000	777.000	Implementazione di un programma regionale	Entro il 30 novembre 2007 adozione del programma regionale
H.1.10	Formazione permanente		X		3.005.000	3.005.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 15 giugno 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
H.1.11	Formazione ed educazione alla salute		X		1.300.000	1.300.000	Implementazione di un programma regionale	Entro il 30 ottobre 2007 adozione del programma regionale
H.1.12	Costituzione di network per la diagnosi precoce ed il trattamento di malattie ad alto impatto socio-sanitario.		X		3.500.000	3.500.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione del programma regionale:entro il 30 ottobre 2007
H.1.13	Risk management		X		1.250.000	1.250.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 5 luglio 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
H.1.14	Implementazione di un sistema per il monitoraggio delle compatibilità di sistema		X		550.000	550.000	Analisi delle procedure di acquisizione, archiviazione, elaborazione e circolazione dei dati di struttura e di attività del SSR Riprogettazione delle procedure Implementazione sistema di monitoraggio	Definizione del progetto esecutivo:entro il 30 ottobre 2007
H.1.15	C.U.P.		X		4.305.000	4.305.000	Definizione della progettazione regionale per la realizzazione del CUP interprovinciale e regionale on line Avvio della realizzazione del CUP on line interprovinciale e regionale	Definizione del programma regionale:entro il 30 ottobre 2007



Regione Siciliana

<b>H.1.16</b>	Ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali		X		4.050.000	4.050.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: entro il 31 luglio 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
<b>H.1.17</b>	Potenziamento aree critiche		X		6.020.000	6.020.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: entro il 30 settembre 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 novembre 2007
<b>H.1.18</b>	Piano regionale della prevenzione		X		20.662.000	20.662.000	Come da programmi approvati dal Ministero della Salute	Come da cronogrammi approvati dal Ministero della Salute
<b>H.1.19</b>	Rete civica dell'assistenza		X		2.370.000	2.370.000	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 15 giugno 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
		<b>TOTALI</b>			67.500.000	67.500.000		



## **27. INTERVENTI PER L'EQUILIBRIO DI BILANCIO PER LA GESTIONE 2007-2009**

---

### **Finanziamento maggiore spesa sanitaria 2007/2009**

Il Sistema Sanitario Regionale può contare sulla quota per l'anno 2007 pari ad € 7.751.000.000, pari all'8,23% dell'intero FSN (incremento stabile percentuale per il triennio 2007/2009), che sarà ripartito alle aziende sanitarie secondo i criteri del riparto e alle percentuali previste a livello nazionale, per le diverse funzioni assistenziali.

Il finanziamento della maggiore spesa sanitaria per l'anno 2007, oltre che con il gettito derivante dall'incremento delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF disposto con l'articolo 1 della citata legge, stimato in **€ 287.000.000**, e reso esecutivo dalla determina n. 1 del 28/05/2007 del Presidente della regione, è garantito, anche a fini equitativi, dalle risorse derivanti dalla valorizzazione del patrimonio delle Aziende Sanitarie di cui all'articolo 9 della legge regionale 28 dicembre 2004, n. 17.

La norma, in particolare, prevede che per tale finalità sia destinato l'importo massimo di **€ 250.000.000** e che, con la legge di bilancio per l'anno 2007, tale somma è stata iscritta in un fondo della rubrica bilancio (cap. 213306), e venga trasferita in un capitolo di spesa operativo a seguito della verifica, nel corso dell'anno 2007, dell'effettiva necessità di finanziamento che emergerà in relazione all'attuazione delle misure previste nel presente piano di rientro.

Si precisa che le risorse derivanti dalla valorizzazione del patrimonio delle Aziende sanitarie ed ospedaliere sono ormai pressoché certe in quanto il procedimento è in stato avanzato di attuazione, sono stati individuati i beni, costituita una società mista ed affidato alla stessa con apposito contratto di servizio, "l'attività di valorizzazione, trasformazione e commercializzazione di beni immobili non destinati ad uso assistenziale...".

Anche per gli anni 2008/2009 viene garantito dall'art. 1 del citato disegno di legge il maggiore gettito derivante dall'incremento delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF, stimato nella misura di **€ 287.000.000** per ciascun anno.



## 28. COPERTURA DEL DISAVANZO 2006

---

### Finanziamento maggiore spesa sanitaria anno 2006

#### Sintesi degli effetti finanziari.

	Valori in mln/€
<b>Disavanzo consuntivo 2006</b>	<b>1.084,137</b>

#### Coperture

Obiettivi di Piano anno 2006	67,500
Risorse regionali - LR 12/2007, articolo 4, lettera b)	80,868
Risorse regionali - LR 12/2007, articolo 4, lettera c)	187,474
Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 2/2007	113,420
Incremento delle aliquote da attivazione procedura comma 174 L. 311/2007 s.m.i.	287,000
Accesso al Fondo ex art. 1, comma 278 della L. 23 dicembre 2005 n. 266	153,000
Ristrutturazione prestiti obbligazionari	110,000
Provvedimento legislativo entro il 14 settembre 2007	84,875
<b>Totale coperture</b>	<b>1.084,137</b>



## **29. SITUAZIONE DEBITORIA AL 31 DICEMBRE 2005 – PROCEDURA DI DETERMINAZIONE DELLA POSIZIONE DEBITORIA NETTA E PROCEDURA DI PAGAMENTO DEI DEBITI PREGRESSI**

---

### **1 - La situazione del debito al 31 dicembre 2005. Reintegro somme relative alla competenza 2006.**

Con riferimento al livello del debito cumulato al 31 dicembre 2005, la Regione registra:

1. consolidando i bilanci delle aziende sanitarie, uno stock pari a **4.003 mln** di euro, comprensivo di un'operazione sui mercati finanziari (operazione Trinacria helthcare – Banche arranger Akros, Calyon, Credit suisse<sup>2</sup>) che, in linea capitale, ha un controvalore pari a 461,4 mln di euro. A tale importo deve aggiungersi il valore degli indennizzi forfetari previsti fino alla scadenza dell'operazione (anno 2016) per circa **131 mln** di euro (deve tuttavia rilevarsi che quest'ultimo importo è destinato a ridursi a seguito dell'ammortamento anticipato al 2008)
2. un'operazione in essere sui mercati finanziari (operazione CSRS – Banca arranger Nomura<sup>3</sup>) per 654 mln di euro in linea capitale che, al netto di 201,5 mln rimborsati nel 2005, costituisce debito residuo al 31/12/2005 per **411 mln** di euro a cui si aggiungono circa **113 mln** di indennizzo forfetario (somma degli importi dovuti fino alla scadenza prevista nel 2011). Analogamente al predetto importo di 130 mln di euro, quest'ultimo di 110 mln è destinato a ridursi a seguito dell'ammortamento anticipato al 2008.

Complessivamente, dunque, il livello del debito cumulato al 31 dicembre 2005, comprensivo dei predetti indennizzi, è pari a **4.657 mln** di euro a fronte dei quali:

- 1) secondo specifica ricognizione condotta dalla regione, circa **259 mln** risulterebbero insussistenti;
- 2) nel corso del 2006, a valere su risorse già messe a disposizione nel corso del 2005, sono stati effettuati pagamenti per **494 mln** di euro;
- 3) nel corso del 2006, a valere su risorse relative al medesimo anno 2006, sono stati effettuati pagamenti per **1.326 mln** (il predetto importo comporta la riduzione del debito cumulato al 2005, ma contestualmente determina la formazione di debito nel 2006 e pertanto impone il ripristino della cassa 2006);
- 4) la regione ha titolo alle seguenti spettanze per complessivi **876 mln** di euro:
  - a) 125 mln di euro a titolo di concorso statale al ripiano dei disavanzi periodo 1999 e precedenti;

---

<sup>2</sup> L'operazione Trinacria (Calyon), relativa al periodo 2007-2016, prevede un piano di rimborso regionale con rate semestrali per 29,6 mln di euro (importo annuale 59,2 mln, con la sola eccezione delle rate 2007, più alte, complessivamente pari a 63,7 mln), per complessivi 596,8 mln di euro (461,4 mln di quota capitale e 135,4 mln di indennizzo forfetario).

<sup>3</sup> L'operazione CSRS (Nomura), relativa al periodo 2003-2011, prevede un piano di rimborso regionale con rata fissa annuale di importo pari a 87,26 mln di euro, per complessivi 785,4 mln (559,2 mln di quota capitale e 226 mln di indennizzo forfetario).



Regione Siciliana

- b) 212 mln di euro a titolo di ripiano selettivo dei disavanzi periodo 2001-2005 (DM 4 maggio 2007);
- c) 778 mln di euro relativi alle quote di fondo sanitario nazionale per il periodo 2003-2005;
- d) -239,9 mln di euro a titolo di recupero dei maggiori gettiti effettivi di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF, rispetto agli stimati, per il periodo 2001-2003 (Delibera CIPE 2 dicembre 2005) (non sono compresi eventuali recuperi relativi ad eccedenze di gettito relative agli esercizi 2005 e successivi che, ove sussistenti, non potranno che essere effettuati a valere su spettanze di esercizi successivi)

Il predetto livello di debito è pertanto rideterminato in 1.702 mln di euro. Dovendo tuttavia ricostituire le risorse dell'anno 2006, per 1.326 mln, il valore complessivo del fabbisogno regionale, utile per l'ammortamento dei debiti pregressi, ammonta a 3.028 mln di euro. Il predetto livello è in ogni caso da rideterminare in riduzione, in seguito all'ammortamento anticipato del debito da cui deriverà un discount factor in termini di minore indennizzo forfetario dovuto. Si stima che possa pertanto collocarsi ad un valore pari a circa 2.800 mln di euro.

\* \* \*

A fronte dei disavanzi cumulativamente registrati fino al 2005 la Regione ha disposto le seguenti coperture pluriennali, per complessivi **2.926 mln** di euro:

1. l'articolo 30, LR 6/2001 (come modificato dall'articolo 33 della LR 21/2001 ed integrato dall'articolo 75 della LR 2/2002) ha disposto due limiti di impegno decennali, a decorrere dal 2002 per complessivi 88,8 mln di euro annui (capitolo 413323);
2. l'articolo 25, commi 4 e 5, LR 2/2007, ha previsto 84 mln di euro annui per venti anni, a decorrere dal 2007 per complessivi 1.680 mln di euro a valere su una quota del gettito derivante dalle tasse automobilistiche di spettanza regionale (capitolo 413342);
3. l'articolo 26, commi 4 e 5, LR 2/2007, ha previsto 35,8 mln di euro annui per dieci anni, a decorrere dal 2007, per complessivi 358 mln di euro, a valere su una quota del gettito derivante dalle tasse automobilistiche di spettanza regionale (capitolo 413343).

Considerata la necessità di ricondurre all'equilibrio la gestione finanziaria:

- 1) la regione si impegna a procedere all'accertamento definitivo e completo, entro il termine del 20 settembre 2007, della situazione debitoria, ivi comprese le somme eventualmente dovute a titolo di interessi per i ritardati pagamenti, con la consulenza tecnico-finanziaria di un advisor contabile indicato dal Ministero dell'economia e delle finanze. Gli oneri relativi sono a carico della Regione;
- 2) la regione si impegna ad attivare, a decorrere dalla data di sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004, con la consulenza tecnico-finanziaria di un advisor finanziario indicato dal Ministero dell'economia e delle finanze, le procedure atte all'estinzione anticipata dei debiti finanziari. Gli oneri relativi sono a carico della Regione;
- 3) lo Stato si impegna ad attivare gli strumenti legislativi ed amministrativi per consentire nel 2008 il rimborso del debito pregresso, per l'importo residuo pari a 2.800 mln di euro



## Regione Siciliana

(comprensivo delle operazioni finanziarie in essere relative al settore sanitario), mediante l'erogazione di una somma a titolo di prestito di ammontare pari al predetto stock;

- 4) in relazione all'operazione di prestito di cui al punto 3) la regione **garantisce per via legislativa la copertura e conseguentemente si impegna a rimborsare mediante versamento annuale all'entrata del bilancio dello Stato, a decorrere dal 2008, una somma pari a 185 mln di euro annui, per trenta anni, a valere su risorse specificamente individuate e destinate.** L'importo di detta rata è stimato applicando un tasso di interesse, a carico della Regione, pari al 5,10% annuo (tasso corrente di mercato relativo al BTP con scadenza 2037), secondo le attuali condizioni di mercato.

## **2 - La procedura di determinazione della posizione debitoria**

La Regione, al fine di accertare in modo completo e definitivo la propria posizione debitoria, ivi compresa quella generata dalla gestione dell'esercizio 2006, entro il termine del 20 settembre 2007, si impegna ad attivare il seguente procedimento accertativo.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso l'Assessorato Regionale alla Sanità

### **(1) procedura di determinazione della posizione debitoria**

- a. La struttura amministrativa di cui sopra acquisisce dalle aziende l'elenco completo dei loro fornitori, nonché di ogni altro soggetto creditore delle aziende stesse, ai quali invia un prospetto standard in formato elettronico, con il quale si richiedono:
  - i. Dettaglio fatture emesse fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
  - ii. Dettaglio fatture emesse dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
- b. La struttura amministrativa richiede alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per il quale risulti aperta una posizione debitoria:
  - i. Dettaglio fatture ricevute fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
  - ii. Dettaglio fatture ricevute dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;



Regione Siciliana

- iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;
  - iv. Verifica dei documenti sottostanti alle scritture contabili e della sussistenza del debito aziendale.
- c. Sulla base delle informazioni ricevute, la struttura amministrativa verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende. Le aziende e la struttura amministrativa procedendo alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende.

In particolare ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'indagine è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti nelle operazioni di cartolarizzazione/ristrutturazione finanziaria, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione a specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e alla Cabina di regia. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

Ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono precisamente fissate dalla struttura amministrativa regionale. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa e sono comunicate alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e alla Cabina di regia.

- d. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e alla Cabina di regia .
- e. La struttura amministrativa predispone un elenco delle posizioni di debito/credito interne al sistema sanitario regionale.

**(2) procedura di determinazione della posizione creditoria**

- a. La struttura amministrativa procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori, del titolo da cui discende il credito aziendale,



Regione Siciliana

di eventuali contenziosi in essere. Sulla base di questa ricostruzione procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione del dato.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare ove sia accertata, l'insussistenza o l'inesigibilità del credito è certificata dall'azienda e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data informazione alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze e alla Cabina di regia.

- b. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità e alla Cabina di regia .

### **3 - La procedura di pagamento del debito cumulato al 31 dicembre 2005.**

Sulla base della ricognizione del debito effettuata, la struttura amministrativa informa mensilmente, oltre che la struttura amministrativa presso l'Assessorato della Sanità, i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute al fine di procedere al pagamento dei debiti certificati.

La struttura amministrativa gestisce in modo accentrato il pagamento dei debiti certificati, avvalendosi delle somme che si renderanno via via disponibili (progressive erogazioni statali e altre somme riscosse) e che si riferiscono a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti. E' tassativamente escluso l'utilizzo delle risorse correnti, ivi comprese quelle relative a poste di bilancio afferenti all'anno 2006, per il pagamento dei predetti debiti.

All'atto del pagamento la struttura amministrativa verifica l'immediata cancellazione dalle contabilità aziendali del debito estinto, dispone e verifica che sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento.

Del pagamento e della cancellazione del relativo debito la struttura amministrativa dà comunicazione (oltre che alla struttura amministrativa presso l'Assessorato della Sanità) ai predetti Ministeri, allegando copia dei titoli di pagamento e copia dei conti di bilancio da cui si evinca la cancellazione delle poste debitorie.



### 30. Tabella Riepilogativa (Obiettivi Generali / Obiettivi specifici / Obiettivi Operativi / Azioni / Indicatori / Scadenze);

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI	Azioni	Indicatori	Scadenze
A - Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	A.1 – Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata	A1.1 - Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto di categorie terapeutiche che contemplano almeno un generico	Adozione del Decreto Assessoriale n.449/2007 relativo all'applicazione di tale misura per la categoria A02BC -- inibitori di pompa protonica	Orientamento delle prescrizioni, di prodotti coperti ancora da brevetto verso generici della stessa categoria terapeutica, stimato sui consumi 2006, in misura del 10% per l'anno 2007	Misura operativa nel periodo Aprile 2007/ Marzo "008
		A1.2 - Incremento della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT	Accordo Regionale in vigore per il 2007 per la distribuzione diretta dei farmaci per la cura dell'infertilità (sottoscritto a dicembre 2006) -- Decreto Assessoriale n.259 del 28/02/2007, così come modificato dal Decreto Assessoriale n.443/2007 del 21/3/2007 per la distribuzione diretta delle preparazioni a base di "fattore VIII" e "fattori di crescita leucocitari".	Economia per ciascun anno 2007/2009 pari al 10/50/70% della max economie realizzabile su base annua (euro 52 milioni), stimata sui dati di consumo 2005	Individuazione entro il 30/09/2007 di ulteriori categorie a distribuzione diretta.
		A1.3 - Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo ed impatto sulla spesa e monitoraggio dei flussi prescrittivi con verifica dei consumi medi regionali sulla base del sistema di monitoraggio previsto per la verifica dei LEA	a) Legge Regionale 2 maggio 2007 n.12, art. 9 b) Attivazione del sistema "Tessera Sanitaria"	Rilevazione dei dati quali-quantitativi delle prescrizioni farmaceutiche per consentire analisi omogenee nel contesto nazionale	a) Adozione del D.A. n.01466 del 12/07/2007 b) Avvio del monitoraggio delle attività di erogazione delle prescrizioni tramite report del sistema TS entro il 31/12/2007-- attivazione a regime del Sistema TS entro il 31/12/2008
		A1.4-- Introduzione 1° ciclo di terapia di farmaci post-ricovero a cura delle strutture ospedaliere	Adozione del provvedimento di attuazione della misura	Erogazione del primo ciclo di terapia (costo medio per confezione pari a €15) per il 5/50/70% nel triennio rispetto ai ricoveri dell'anno 2005 (circa 1.300.000)	Entro il mese di ottobre 2007



Regione Siciliana

		<b>A1.5 -</b> Individuazione di prezzo di riferimento per i farmaci appartenenti alla categoria A02BC – inibitori di pompa protonica	Legge Regionale 2 maggio 2007 n.12, art. 9 -- Decreto Assessoriale n.859 del 17 maggio 2007	Valorizzazione al prezzo più basso del consumo realizzato nel 2006 nell'ambito della categoria -- calcolo effettuato al netto degli effetti della misura di cui al punto B1	Provvedimento in vigore dal 19 maggio 2007 con impatto operativo stimato nell'anno per mesi n.7
		<b>A1.6 -</b> Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali	Le procedure previste sono quelle del recepimento automatico (entro 24h) delle liste di trasparenza ministeriali, istituito con Circolare Assessoriale n.1206 del 19/01/2007	Economie pari ad almeno il 20% per ciascun anno nel triennio del valore SSN delle specialità, stimato sui consumi anno 2006 (dato SFERA)	le decorrenze sono quelle già previste a livello nazionale
		<b>A1.7 -</b> Applicazione dell'ulteriore quota fissa per ricetta e/o confezione ai sensi del punto 4.18 del Patto per la salute del 28 settembre 2006	<b>1)</b> Decreto Assessoriale n.259 del 28/02/2007, così come modificato dal Decreto Assessoriale n.443/2007 del 21/3/2007, provvedimento di efficacia Aprile 2007/Marzo 2008; <b>2)</b> Decreti Assessoriali per la manovra a valere per i periodi Aprile/Dicembre 2008 e anno 2009	Importo aggiuntivo, diversificato per fasce di prezzo e tipologia d'utente, per la quota di consumo stimata correlata ai soggetti fruitori (vedi rif. a tabelle contenute nella parte descrittiva)	Decreti Assessoriali da adottare entro il 28/02/2008 ed il 28/02/2009
<b>B –</b> Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	<b>B.1 –</b> Assistenza specialistica	<b>B.1.1 –</b> Governo delle prescrizioni diagnostiche mediante la definizione di piani assistenziali per malati cronici	Sottoscrizione dei protocolli di intesa tra Assessorato Regionale per la Sanità e sindacati dei MMG e PLS	Sottoscrizione dei Piani Assistenziali per malati cronici	Decorrenza dall'01/01/2008
		<b>B.1.2 –</b> Incremento dell'assistenza specialistica pubblica per l'abbattimento delle liste d'attesa e potenziamento dell'attività ambulatoriale derivante dalla riduzione dei ricoveri, nella misura pari al 10% del valore di cui al seguente punto B.1.4	Direttiva Regionale sulle modalità di diminuzione dei tempi di accesso alle prestazioni ambulatoriali e sulla diminuzione delle prestazioni di ricovero ad alto rischio di inappropriatezza	Valorizzazione della misura in correlazione a quella del punto B1.4	Emanazione delle direttive regionali entro il 30/09/2007



Regione Siciliana

		<p><b>B1.3 -</b> Rideterminazione degli aggregati regionale e provinciali sulla specialistica convenzionata e dei relativi budget su base provinciale e per branca specialistica, con riduzione media del 10%, 11% e 12% nel triennio 2007/2009 rispetto a quelli dell'anno 2006, in base alle disposizioni della finanziaria nazionale e alle misure aggiuntive individuate dalla Regione</p>	<p>a) Legge Regionale n.2 dell'08/02/2007 art.24, comma 8 b) Direttiva Regionale di determinazione degli aggregati di spesa provinciali n. 2366 del 26/06/2007</p>	<p>Monitoraggio dei flussi economici modelli CE e dei flussi di attività modelli M</p>	<p>b) Direttiva Assessoriale di determinazione degli aggregati di spesa provinciali n. 2399 del 28/06/2007</p>
		<p><b>B.1.4 -</b> Quota di compartecipazione, prevista dalla Legge 296/2006 art.1 comma 796 lett.p) per come modificata dalla L. 17/5/2007 n.64 art.1 bis</p>	<p>Legge n. 296/2006 art. 1 comma 796 lettera p (legge nazionale finanziaria 2007) e Legge 17 maggio 2007, n.64 art. 1-bis</p>	<p>Prestazioni totali abbattute del 75% per ciascun anno nel triennio, in rapporto al numero medio delle prestazioni per ricetta, crescente di 6/7/8 per 10 euro</p>	<p>Dall'01/01/2007 al 17/05/2007 compartecipazione prevista dalla l.296/2006 dal 18/5/2007 contributi ai sensi L.64/2007.</p>
		<p><b>B.1.5 -</b> Centralizzazione attività dei laboratori delle aziende sanitarie e attivazione centri prelievo satelliti</p>	<p>Misura ricondotta nell'ambito della operatività della misura B.1.6</p>		
		<p><b>B.1.6 -</b> Applicazione direttive regionali in materia di accreditamento e attivazione rete laboratoristica</p>	<p>a) definizione del fabbisogno della specialistica b) di riorganizzazione della rete laboratoristica c) accreditamento definitivo delle strutture specialistiche</p>	<p>Decreto Assessoriali di approvazione dei provvedimenti.</p>	<p>a) Decreto Assessoriale da predisporre entro 90 gg dalla adozione del Piano b) entro il 31/10/2007 c) Decreto Assessoriale da predisporre entro 180 gg dalla adozione del Piano</p>
		<p><b>B.1.7 -</b> Pagamenti per intero, a decorrere dall'1/1/2007, delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a</p>	<p>Legge finanziaria nazionale 296/2006 art. 1 comma 796 lettera r)</p>	<p>Verifica dei casi previsti dalla normativa nazionale</p>	<p>Legge finanziaria nazionale 696/2006 - Decorrenza 01/01/2007</p>



Regione Siciliana

		laboratorio			
		<b>B.1.8 –</b> Recepimento DM 12/09/2006	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di recepimento del tariffario nazionale	Adozione del Decreto Assessoriale	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007 con efficacia dal 01/10/2007
<b>B.2 – Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa</b>		<b>B.2.1 –</b> Incremento dell'attività delle strutture di assistenza territoriale pubblica residenziali, in particolari zone del territorio, del 10% nel triennio, , con effetto dal secondo semestre 2007	1) Atto di programmazione regionale sul potenziamento delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali pubbliche 2) Provvedimenti di attuazione delle aziende sanitarie	Rilevazione dei costi su altra assistenza dei flussi trimestrali modelli CE a seguito dell'attivazione delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali pubbliche	1) Atto di programmazione da adottarsi entro il 30/09/2007 2) Provvedimenti di attuazione entro 30 giorni dall'atto di programma
		<b>B.2.2 –</b> Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale residenziale erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, dal 01/10/2007	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di riduzione delle tariffe	Rilevazione dei costi su altra assistenza dei flussi trimestrali modelli CE e dai flussi di attività trimestrali	Adozione del DA entro il 30/09/2007 con decorrenza 01/10/2007
		<b>B.2.3 –</b> Riduzione dell'5% dei costi per l'assistenza territoriale di riabilitazione ex art.26 l. 833/78, erogata dai privati, a seguito della riduzione delle tariffe giornaliere, con effetto dal 01/10/2007	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di riduzione delle tariffe	Rilevazione dei costi su assistenza riabilitativa dei flussi trimestrali modelli CE e dai flussi di attività trimestrali	Adozione del DA entro il 30/09/2007 con decorrenza 01/10/2007
		<b>B.2.4 Sistema Multidimensionale per l'ammissione a prestazione assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti</b>	Decreto Assessoriale disciplinante un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti	1) Accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle finanze 2) Attivazione di un sistema multidimensionale .	Decreto Assessoriale da adottarsi entro il 30/09/2007



Regione Siciliana

<p><b>B – Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base</b></p>	<p><b>B.3 – Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale</b></p>	<p><b>B.3.1 –</b> Riduzione del 5% dell'incremento regionale delle tariffe su elenco 1- D.M. 332/99 per l'assistenza protesica.</p>	<p>Annullamento del D.A.7866 del 12/05/06 di aumento del 5% delle tariffe relative all'elenco 1 del D.M. 332/99.</p>	<p>Dati di spesa per l'assistenza protesica, comunicati dalle AA.SS.LL., relativi all'esercizio 2006 e trimestrali 2007</p>	<p>Adozione del DA entro il 15/09/2009 con decorrenza 01/10/2007</p>
		<p><b>B.3.2 –</b> Revisione della distribuzione gratuita e dei costi attuali dei presidi ed ausili sanitari</p>	<p>Adeguamento ai livelli minimi di assistenza delle prestazione valorizzate con DA 36773/2001, relativo medicazioni per piaghe da decubito etc. etc. e il DA 36774/2001 relativo ad integratori per patologie di "stato di malnutrizione , nefropatie ed insufficienza respiratoria".</p>	<p>Rilevazione dai flussi trimestrali dai modelli CE</p>	<p>DA da adottarsi entro il 30/9/2007</p>
		<p><b>B.3.3 –</b> Recepimento del DM 4/5/2006 -- Revisione dei tetti di spesa mensili per soggetti Celiaci</p>	<p>DA 8410 del 25/7/2006 in vigore dal 01/10/2006</p>	<p>Dati di spesa comunicati dalle Aziende Sanitarie anno 2006 e trimestrali 2007</p>	<p>Misura operativa dal 01/10/2007</p>
		<p><b>B.3.4 –</b> Incremento dell'assistenza domiciliare integrata del 5% per il periodo 2007-2009, con effetto dal secondo semestre 2007</p>	<p>1) Atto di programmazione regionale sul potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare 2) Provvedimenti di attuazione delle aziende sanitarie</p>	<p>Rilevazione dei costi su altra assistenza dei flussi trimestrali modelli CE a seguito del potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare</p>	<p>1) Atto di programmazione da adottarsi entro il 30/09/2007 2) Provvedimenti di attuazione entro 30 giorni dall'atto di programma</p>
	<p><b>B.4 - Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base</b></p>	<p><b>B.4.1 –</b> Quota fissa di compartecipazione , pari a euro 25 per accessi al Pronto Soccorso codice bianco</p>	<p>legge finanziaria nazionale 296/2006 art 1 comma 796 lettera p</p>	<p>Verifica dei casi previsti dalla normativa nazionale</p>	<p>Decreto Assessoriale da predisporre entro il 30/09/2007</p>
		<p><b>B.4.2 –</b> Revisione convenzione per i servizi di emergenza con la CRI e riduzione minima del 3% del relativo importo</p>	<p>Revisione della convenzione con la CRI - Istituzione di una commissione per rinnovo della convenzione con CRI</p>	<p>3% di riduzione sull'importo 2006</p>	<p>D.A. 57/2007 - Commissione terminerà lavori per il 31/10/2007 e DGR entro il 30/11/2007</p>
		<p><b>B.4.3 -</b> Compartecipazione per l'utenza extra-regionale per gli accessi alle Guardie Mediche turistiche</p>	<p>Decreto Assessoriale n. 993/2007</p>	<p>Comunicazione delle prestazioni valorizzate da parte delle Asl</p>	<p>misura operativa dal 23/05/2007</p>



Regione Siciliana

		<b>B.4.4 –</b> Rimodulazione in base ai dati di produttività ed alla allocazione geografica dei presidi di continuità assistenziale, con effetto dal dal 01/10/2007	Decreto dell'Assessorato Regionale per la Sanità di riduzione di 43/22/22 presidi di C.A. per ciascun anno del triennio 2007/2009	Delibere delle rispettive ASL di chiusura dei servizi di C.A. nell'anno di riferimento	a) entro il 15/09 per l'anno 2007; b) entro il 30/11/2007 per l'anno 2008; c) entro il 30/11/2008 per il 2009
		<b>B.4.5 –</b> Riduzione a partire dall'anno 2008 di numero 30 ambulanze, con utilizzazione del personale autista-soccorritore, previa riqualificazione, a supporto delle esigenze delle aree di emergenza e Pronto Soccorso Ospedaliera	1) Decreto Assessoriale per la riqualificazione del personale autista-soccorritore 2) Assegnazione del personale alle aree di emergenza e pronto soccorso	Riduzione effettiva delle ambulanze utilizzate per centrale operative e PTE	1) adozione del DA entro il 30/09/2007 con decorrenza iniziale dal 01/03/2008 2) assegnazione del personale entro il 01/03/2008
<b>C –</b> Riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell'attività ad alto rischio di inappropriatelyzza e il minor ricorso alla mobilità interregionale	<b>C.1 –</b> Revisione della rete ospedaliera	<b>C.1.1 –</b> Rideterminazione degli aggregati regionali e provinciali sulla spedità convenzionata con riduzione nel periodo 2007/2009 del 2, 3 e 4%	a) Legge Regionale n.2 dell'08/02/2007 art. 24, comma 8 b) Direttiva Regionale di determinazione degli aggregati di spesa provinciali	Adozione del provvedimento Assessoriale	Direttiva Assessoriale di determinazione aggregati di spesa provinciali n. 2309 del 21/06/2007
		<b>C.1.2 –</b> Applicazione delle direttive regionali in materia di accreditamento	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di individuazione delle strutture da accreditare e da non accreditare	Riscontro sul rispetto sulle norme di accreditamento da parte delle strutture pre-accreditate	DA da adottare entro il 31/10/2007
		<b>C.1.3 –</b> Revisione dei Protocolli d'intesa e definizione degli atti aziendali dei Policlinici universitari	Stipula dei nuovi protocolli di intesa con le Università degli Studi di Palermo, Catania e Messina	Pubblicazione sulla GURS dei protocolli di intesa	Protocolli di Intesa da stipulare entro il 31/12/2007
		<b>C.1.4 –</b> Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 682/700/756	1 assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del D.A:di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03,e congelamento dei p I per acuti 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per	La misura è valorizzata al punto D, tra quelle relative ai costi di beni e servizi	1 assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del D.A:di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03,e congelamento dei p I per acuti 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07,



Regione Siciliana

			<p>elaborazione linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4. approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il 15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, tenuto conto di quanto previsto nell'adottando PSR,</p>		<p>del tavolo tecnico per elaborazione linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4. approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il 15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, tenuto conto di quanto previsto nell'adottando PSR,</p>
		<p><b>C.1.5 –</b> Riduzione per la ospedalità convenzionata dei posti letto per acuti attivati, rispettivamente nel triennio 2007/2009 di 100/150/185</p>	<p>1 assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del D.A:di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03,e congelamento dei p l per acuti 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per elaborazione linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4. approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare 5. istituzione entro il</p>	<p>Rilevazione dei costi su assistenza ospedaliera dei flussi trimestrali modelli CE e dei flussi di attività trimestrali</p>	<p>1 assunzione, entro 15 gg. dall'approvazione del P.d.R., del D.A:di allineamento alle previsioni del D.A. 810/03,e congelamento dei p l per acuti 2. Adozione entro 30 gg da parte dei DG delle azioni di disattivazione previste per l'anno 2007 3. insediamento, entro il 31.08.07, del tavolo tecnico per elaborazione linee-guida per riconversione rete ospedaliera, 4. approvazione delle linee guida con atto della Giunta Regionale entro il 30.9..07, sentita la Commissione consiliare</p>



Regione Siciliana

			15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, tenuto conto di quanto previsto nell'adottando PSR,		5. istituzione entro il 15.9.07 del Coordinamento Tecnico Provinciale (CTP) 6 entro il 15.11.07 le Aziende adottano il Piano Attuativo Aziendale per i servizi ospedalieri 2007-2009, 7. entro il 30.11.07, l'Assessorato alla sanità esprime parere vincolante, 8. entro il 15.01.08 recepimento dei Piani Attuativi Aziendali, tenuto conto di quanto previsto nell'adottando PSR,
		<b>C.1.6</b> – Adozione del Dm 12/09/2006	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di recepimento del tariffario nazionale	Adozione del Decreto Assessoriale	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007
C.2 – Riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriata	<b>C.2.1</b> – Riduzione per la speditività convenzionata dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità sui nuovi criteri di abbattimento per l'attività di ricovero ordinario e in day hospital inappropriata	Rilevazione dei costi su assistenza ospedaliera dei flussi trimestrali modelli CE e dei flussi di attività trimestrali	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007	
	<b>C.2.2</b> – Riduzione per le strutture a gestione sperimentale dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità sui nuovi criteri di abbattimento per l'attività di ricovero ordinario e in day hospital inappropriata	Rilevazione dei costi su assistenza ospedaliera dei flussi trimestrali modelli CE e dei flussi di attività trimestrali	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007	



Regione Siciliana

		<b>C.2.3</b> – Riduzione per le aziende sanitarie pubbliche dei DRG ad alto rischio di inappropriata (DPCM LEA) in regime di ricovero ordinario e dei DRG in Day hospital derivanti da accessi superiori rispetto ai posti letto attivati	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità sui nuovi criteri di abbattimento per l'attività di ricovero ordinario e in day hospital inappropriata	Rilevazione dei costi su assistenza ospedaliera dei flussi di attività trimestrali	Decreto assessoriale da adottarsi entro il 15/09/2007
	<b>C.3</b> – Riduzione della mobilità sanitaria	<b>C.3.1</b> – Riduzione della mobilità passiva extraregionale e definizione di un'intesa regione Calabria/Sicilia per la mobilità frontaliera	Ottimizzare l'acquisizione, l'elaborazione e la trasmissione dei flussi specifici tramite verifiche con le Aziende Sanitarie e adozione di specifici protocolli operativi	1) Direttiva sull'acquisizione e trasmissione delle prestazioni sulla mobilità attiva e passiva 2) Protocollo di intesa tra con la Regione Calabria	
	<b>C.4</b> Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime	<b>C.4.1</b> Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime	Adozione della Delibera della Giunta regionale Ricognitiva delle varie situazioni  Approvazione del provvedimento da parte dell'ARS per la definitiva stabilizzazione	DGR ricognitiva Provvedimento di stabilizzazione	DGR entro il 31.12.2007  Adozione del provvedimento entro il 30.04.2008.
	<b>C.5</b> Riduzione del numero delle aziende ospedaliere	<b>C.5.1</b> Riduzione del numero delle aziende ospedaliere	Emanazione del provvedimento	Provvedimento	Adozione entro il 30.6.2008



Regione Siciliana

D – Altre misure di contenimento dei costi	D.1 – Interventi sul costo del personale e costi assimilati	<b>D.1.1 --</b> Riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici, nella misura non inferiore al 5% a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell'assetto ospedaliero	Direttiva dell'Assessorato Regionale della Sanità alle aziende sanitarie per la riduzione delle strutture dirigenziali complesse del 5% e di quelle semplici del 10% a seguito della rimodulazione delle piante organiche e dell'assetto ospedaliero	Monitoraggio flussi trimestrali CE e conto annuale del personale	Direttiva assessoriale da adottare entro il 31/12/2007 unitamente alla definizione della rete ospedaliera
		<b>D.1.2 –</b> Blocco del turn-over del personale nella misura del 90% per il personale delle aree professionale, tecnica e amministrativa e nella misura del 75% per il personale dell'area sanitaria	1) Direttiva assessoriale adottata con prot.436/Serv.2° del 13/02/2007, inerente il blocco delle assunzioni 2) Ulteriore direttiva sulle assunzioni e sulla mobilità	Monitoraggio flussi trimestrali CE e conto annuale del personale	Ulteriore Direttiva assessoriale da adottare entro il 30/09/2007 con decorrenza 01/10/2007
		<b>D.1.3 –</b> Riduzione del 50% dei corrispettivi erogati a titolo di incentivo al personale medico ed infermieristico del servizio 118	Decreto dell'Assessorato Regionale della Sanità di riduzione delle tariffe orarie di incentivazione del personale utilizzato sul Servizio 118	Riduzione dei costi rendicontati trimestralmente da parte delle centrali operative	Decreto Assessoriale da adottare entro il 30/09/2007 con decorrenza 01/10/2007
		<b>D.1.4 –</b> Riduzione del 5% dei fondi destinati all'erogazione delle attività accessorie (particolari situazioni di disagio, straordinario, incentivazione e risultato)	Direttiva dell'Assessorato Regionale della Sanità alle aziende sanitarie per la riduzione dei fondi contrattuali di emolumenti accessori del 5% rispetto a quelli dell'anno 2006	Monitoraggio flussi trimestrali CE e conto annuale del personale	Direttiva assessoriale da adottare entro il 30/09/2007
		<b>D.1.5 –</b> Preventiva autorizzazione alle aziende sanitarie per l'istituzione di nuove unità operative	Legge Regionale n. 2 dell'08/02/2007 art. 24 comma 25 lettera b	Individuazione delle Unità Operative da istituire a livello Regionale	Direttive regionali entro il 31/12/2007
		<b>D.1.6 –</b> Revisione delle modalità di applicazione degli istituti contrattuali posti in essere da parte delle aziende sanitarie	Direttiva regionale contestuale alle azioni dei punti D1.1 e D.1.4	Delibere di adeguamento ai criteri Regionali da parte delle Aziende Sanitarie	Direttiva assessoriale da adottare entro il 30/11/2007



Regione Siciliana

		<b>D.1.7 – Altre</b> misure di variazione della spesa in materia di personale derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate	1)Direttiva sulla determinazione dei posti letto per il 2007 in base al DA 810/03 2) Atto di programmazione regionale sulla rimodulazione della rete ospedaliera 3) Provvedimenti di rideterminazione dei posti letto delle aziende sanitarie	Monitoraggio dei flussi economici CE trimestrali	1) Atto di programmazione entro il 31/10/2007 2) Provvedimenti Aziendali entro 30 giorni dall'adozione degli atti regionali
<b>D.2 – Interventi sui costi dei beni e servizi</b>	<b>D.2.1 – Osservatorio regionale prezzi</b>	Istituzione dell'Osservatorio Regionale		Emanazione di D.A. entro scadenza prefissata	Decreto Assessoriale n. 32 del 18.1.2007
		Individuazione dei referenti aziendali in ambito regionale		Individuazione di referenti aziendali	Nel mese di gennaio 2007 sono stati individuati tutti i referenti aziendali
		Attività di formazione ed informazione referenti		Numero riunioni espletate nell'anno e numero informative inoltrate	Riunioni plenarie presso l'Assessorato Regionale Sanità già da febbraio 2007
		Individuazione delle classi di dispositivi e della fascia di principi attivi da rendere oggetto della prima fase di monitoraggio		Selezione dei dispositivi medici e delle specialità medicinali da monitorare	Nella seduta del 30.1.2007 la Commissione regionale ha selezionato n. 6 classi di dispositivi medici tra quelli di più alto costo ed i principi di classe A per la prima fase di monitoraggio
		Studio ed integrazione della classificazione nazionale dispositivi medici con riferimento alla nuova stesura della stessa, approvata con Decreto Ministeriale del 20.2.2007,		Integrazione della CND per le 6 classi di dispositivi medici oggetto del monitoraggio	Nella seduta del 6.4.2007 la Commissione regionale ha determinato di procedere allo studio ed all'integrazione della classifica nazionale per le prime 6 classi di dispositivi medici in corso di monitoraggio da ultimare entro il 30.11.2007
		Acquisizione dati dai referenti aziendali di aggiudicazione relativi alle 6 classi di dispositivi medici in esame (stent, sutur.mecc., defibril impiant., pace maker, protesi di anca e ginocchio)		Produzione dei dati relativi alle 6 classi di dispositivi medici prescelte	Nota prot. n. 637, 7.2.2007, con scadenza 30.09.07



Regione Siciliana

			Acquisizione dati di aggiudicazione relativi ai principi attivi di classe A prescelti per l'indagine	Produzione dei dati relativi ai principi attivi di classe A	Nota prot. n. 637, 7.2.2007, con scadenza 15.4.07
			Esame ed elaborazione informatica dei dati pervenuti ed individuazione dello sconto di riferimento per i principi attivi di più alto costo (oltre 100 euro per ciascun principio)	Esame ed elaborazione informatica dei dati relativi ai principi attivi di classe A di alto costo	entro il 15/09/2007
			Esame ed elaborazione informatica dei dati pervenuti per i principi attivi di classe A ed individuazione dello sconto di riferimento in ambito regionale	Esame ed elaborazione informatica dei dati relativi ai restanti principi attivi di classe A	entro il 30.7.2007
			Emanazione di decreto assessoriale che determina indirizzi e obblighi per le Aziende Sanitarie regionali sulle nuove negoziazioni	Adeguamento in ambito aziendale degli sconti contrattati a quelli di riferimento individuati in ambito regionale	entro il 15.08.2007
			Pubblicazione dei risultati , sul sito della Regione Siciliana – Assessorato sanità a disposizione dei referenti aziendali	Pubblicazione dei risultati entro la scadenza prefissata	Entro il 30.7.2007
			Esame comparazione ed elaborazione informatica (ove non oggetto di ulteriori accertamenti) dei dati pervenuti per le 6 classi di dispositivi medici in corso di monitoraggio, riassegnazione di ciascun dispositivo alla classificazione nazionale, opportunamente integrata in ambito regionale ed individuazione del prezzo di riferimento	Elaborazione informatica dei dati pervenuti per le 6 classi di dispositivi oggetto di monitoraggio	Entro il 30.11.2007
			Emanazione di decreto assessoriale che determina indirizzi e obblighi per le Aziende Sanitarie sulle nuove negoziazioni.	Emanazione di decreto assessoriale entro la scadenza prefissata	Entro il 20.12.2007



Regione Siciliana

			<p>Publicazione dei risultati , sul sito della Regione Siciliana – Assessorato sanità a disposizione dei referenti aziendali</p>	<p>Publicazione su sito dei risultati entro la scadenza prefissata</p>	<p>Entro il 20.12.2007</p>
			<p>Realizzazione di un software per l'elaborazione l'aggiornamento e l'implementazione della banca dati regionale</p>	<p>Produzione di un software entro la scadenza prefissata</p>	<p>Entro il 30.1.2008</p>
			<p>Implementazione dell'indagine già avviata per ulteriori classi di dispositivi medici</p>	<p>Predisposizione schede e relativa registrazione informatica entro le scadenze prefissate</p>	<p>Scadenza 30.07.08 per la predisposizione delle schede e 30.09.09 per la registrazione informatica</p>
		<p><b>D.2.2 –</b>            Procedure di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi</p>	<p>Direttiva Regionale n. 1204 dell'11.1.2007</p>	<p>Emanazione di direttiva regionale</p>	<p>Direttiva Regionale n. 1204 dell'11.1.2007</p>
			<p>Individuazione dei referenti aziendali in ambito regionale</p>	<p>Individuazione dei referenti aziendali per le gare consorziate</p>	<p>mese di gennaio sono stati individuati i referenti aziendali per le gare consorziate</p>
			<p>Formazione ed informazione referenti</p>	<p>Numero riunioni presso Assessorato Regionale Sanità</p>	<p>Sedute informative presso l'Assessorato Regionale Sanità.</p>
			<p>Emanazione norma regionale in tema di unioni di acquisto</p>	<p>Emanazione norma regionale</p>	<p>L.R. 8 febbraio 2007, n. 2 (legge finanziaria regionale per l'anno 2007) art. 24 comma 29.</p>
			<p>Direttiva regionale n.1212 del 16.5.2007</p>	<p>Implementazione del numero di procedure di gara espletate, in ambito regionale, in forma consorziata</p>	<p>Direttiva regionale n.1212 del 16.5.2007</p>
			<p>Attivazione di questionario semestrale per la verifica sullo stato di avanzamento dei lavori</p>	<p>Monitoraggio semestrale entro le scadenze prefissate</p>	<p>scadenze al 30 giugno ed al 31 dicembre di ciascun anno.</p>
			<p>Istituzione di una Commissione per la definizione delle procedure di gara da espletarsi in forma centralizzata - D.A. n.1290 del 19.6.2007</p>	<p>Nomina della Commissione ed avvio dei lavori della stessa per espletamento gara in forma centralizzata</p>	<p>D.A. n.1290 del 19.6.2007</p>



Regione Siciliana

			Implementazione del processo di centralizzazione delle forniture di beni e servizi (anche tecnici), con individuazione di altre procedure di gara da espletare in ambito regionale	Individuazione di ulteriori procedure da espletare in forma centralizzata ed avvio delle relative procedure	Entro il 31.12.2008
			Ulteriore implementazione e messa a regime del processo avviato, anche con ricorso ad un sistema di benchmarking	Costruzione di un sistema di benchmarking	Entro il 31.12.2009
		<b>D.2.3</b> – Esame e contenimento dei costi per noleggi e leasing, fatti salve quelle strettamente necessarie per l'erogazione dell'assistenza sanitaria	Direttiva Regionale	Emanazione di direttiva regionale entro la scadenza	Entro 30.08.2007
			obiettivo economico programmato ai Direttori Generali da tenere conto in sede di valutazione	Valutazione dell'obiettivo economico in sede di verifica dei risultati conseguiti dai Direttori Generali	Entro 12 mesi dall'incarico di ciascun Direttore Generale
			Attivazione di monitoraggio annuale per verificare l'andamento della spesa per noleggi e leasing	Monitoraggio annuale attraverso i dati di spesa registrati nei CE	Acquisizione dei dati di riferimento dai flussi informativi CE
		<b>D.2.4</b> – Riduzione, nella misura del 10%, in ragione di anno, per le annualità 2008 e 2009, dei costi per formazione professionale	Direttiva regionale	Emanazione di direttiva regionale entro la scadenza	Entro il 30.08.2007
			Obiettivo economico programmato ai Direttori Generali da tenere conto in sede di valutazione	Valutazione dell'obiettivo economico in sede di verifica dei risultati conseguiti dai Direttori Generali	Entro 12 mesi dall'incarico di ciascun Direttore Generale
		<b>D.2.5</b> – Riduzione dei costi per l'acquisto dei beni non aggiudicati attraverso qualsiasi forma di gara nel triennio 2007/2009 (ad eccezione dei prodotti farmaceutici)	Direttiva regionale che impone acquisti in Consip per tutti gli acquisti non effettuati a seguito di procedura consorziata (1,5%)	Emanazione di direttiva regionale	Direttiva Assessoriale n.1212 del 16.5.2007
			Monitoraggio semestrale per verifica adesione a convenzioni Consip ed a mercato elettronico Consip	Attivazione e messa a regime del monitoraggio per le scadenze programmate	Luglio e gennaio per ciascun anno di riferimento



Regione Siciliana

			Adozione di misure correttive per rimuovere eventuali anomalie	Applicazione delle misure correttive programmate in sede di direttiva assessoriale	All'occorrenza e con carattere di estrema urgenza (entro 10 giorni dalla conoscenza del dato anomalo)
			Direttiva regionale per i dispositivi medici esclusivi	Emanazione di direttiva regionale entro la scadenza programmata	Entro 31.08.2007
			Attivazione monitoraggio semestrale	Attivazione e messa a regime del monitoraggio per le scadenze programmate	Luglio e gennaio
			Adozione di misure correttive per rimuovere eventuali anomalie	Applicazione di misure correttive entro la scadenze programmate nel piano di rientro	All'occorrenza e con carattere di estrema urgenza (entro 10 giorni dalla conoscenza del dato anomalo)
		<b>D.2.6 –</b> Contenimento della spesa energetica	Direttiva regionale che impone alle Aziende Sanitarie all'immediato accesso alla convenzione Consip per l'approvvigionamento dell'energia elettrica.	Emanazione della direttiva assessoriale	Emanata circolare n. 1882 dell'11.5.2007
			Adesione al programma di interventi per indagini destinate alla diagnosi energetica di cui al Decreto Ministeriale 22.12.2006	Inoltro della richiesta di adesione a programma di interventi	Richiesta di adesione prot. n. 264 dell'8.2.2007, all'Assessorato Regionale all'Industria
			Istituzione tavolo tecnico interassessoriale di lavoro	Istituzione del tavolo interassessoriale	D. Interassessoriale n. 668 del 26.4.2007
			Esecuzione interventi connessi con la diagnosi	Esecuzione degli interventi individuati dalle Esco affidatarie del servizio	Anni 2008/2009
			Attivazione di monitoraggio annuale per verificare l'andamento della spesa per approvvigionamento energia elettrica	Attivazione e messa a regime del monitoraggio con le scadenze programmate	Gennaio
			<b>D.2.7 –</b> Riduzione degli investimenti programmati con risorse proprie delle aziende del 10% per ciascun anno nel triennio 2007/2009	Negoziante budget con le Aziende	Definizione negoziazione budget con la scadenza programmata



Regione Siciliana

		<b>D.2.8</b> – Altre misure di variazione della spesa in materia di beni e servizi derivanti da interventi strutturali quali la riduzione dei posti letto al netto dei maggiori costi per incremento attività territoriale, nonché l'abbattimento delle prestazioni di ricovero inappropriate	<p>1) Direttiva per l'adeguamento dei posti letto delle strutture della ospedalità convenzionata al DA 810/03</p> <p>2) Decreto di soppressione dei posti letto in esubero</p> <p>3) Adozione del piano attuativo aziendale per i servizi ospedalieri 2007/2009</p>	Emanazione della direttiva, dell'atto di programmazione, e dei connessi provvedimenti secondo le scadenze programmate	<p>1) Direttiva Regionale entro 15 giorni dall'approvazione del piano</p> <p>2) DA entro 30 giorni dall'approvazione del piano</p> <p>3) Adozione dei piani entro il 30/11/2007 con recepimento assessoriale entro il 15/15/2007</p>
		<b>D.2.9</b> -- Sviluppo di un sistema di benchmarking degli acquisti in sanità	Un primo processo interessa le diverse Aziende Sanitarie ed i dati dalle stesse forniti per i principi attivi e per i dispositivi medici oggetto di monitoraggio	Attivazione di un sistema sanitario di benchmarking attraverso la comparazione dei dati prodotti dalle Aziende Sanitarie regionali	Dicembre 2007
			Adozione di misure correttive per rimuovere eventuali anomalie	Emanazione delle direttive programmate in sede di attività dell'Osservatorio	All'occorrenza e con carattere di estrema urgenza (entro 10 giorni dalla conoscenza del dato anomalo)
			Individuazione di eventuali punti di forza e ricerca di metodiche per sviluppare e pienamente utilizzare dette capacità	Individuazione dei punti di forza e studio di metodiche per uno sviluppo degli stessi entro la scadenza programmata	Mese di gennaio 2008
			Individuazione di altre realtà regionali simili con le quali attivare un processo di confronto dei risultati e degli aspetti organizzativi	Attivazione di un processo di confronto con altre realtà regionali entro la scadenza programmata	Mese di gennaio 2008
			Attivazione di un sistema di interscambio di informazioni e costruzione di un flusso di dati da esportare ed importare con cadenza di norma semestrale	Costruzione, entro il mese di febbraio 2008, di un flusso di dati da attivare con cadenza semestrale	Mese di febbraio 2008
			Messa a regime e manutenzione del sistema	Messa a regime del sistema entro la scadenza programmata	Secondo semestre 2008



Regione Siciliana

<p><b>E –</b> Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale</p>	<p><b>E.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%</p>	<p><b>E.1.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%</p>	<p>le economie sono state calcolate nell'ambito degli obiettivi operativi da A.1.1 a A.1.8</p>	<p>Si fa riferimento agli indicatori previsti dalle rispettive misure operative</p>	<p>Si fa riferimento alle scadenze previste dalle rispettive misure operative</p>
	<p><b>E.2</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%</p>	<p><b>E.2.1</b> - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%</p>	<p>economie già valorizzate nell'ambito degli obiettivi operativi D.2</p>	<p>Si fa riferimento all'indicatore previsto dalla rispettiva misura operativa</p>	<p>Si fa riferimento alla scadenza prevista dalla rispettiva misura operativa</p>
	<p><b>E.3</b> - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – settore pubblico</p>	<p><b>E.3.1</b> - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico</p>	<p>economie già valorizzate nell'obiettivo operativo B.1.4</p>	<p>Si fa riferimento all'indicatore previsto dalla rispettiva misura operativa</p>	<p>Si fa riferimento alla scadenza prevista dalla rispettiva misura operativa</p>
	<p><b>E.4</b> - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private</p>	<p><b>E.4.1</b> - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private</p>	<p>economie già valorizzate ai punti B.1.8 e B.3.1 e B.1.4</p>	<p>Si fa riferimento agli indicatori previsti dalle rispettive misure operative</p>	<p>Si fa riferimento alle scadenze previste dalle rispettive misure operative</p>
	<p><b>E.5</b> - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004</p>	<p><b>E.5.1</b> - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004</p>	<p>economie già valorizzate nell'obiettivo operativo D.1</p>	<p>Si fa riferimento all'indicatore previsto dalla rispettiva misura operativa</p>	<p>Si fa riferimento alla scadenza prevista dalla rispettiva misura operativa</p>
<p><b>F –</b> Implementazione del progetto tessera sanitaria</p>	<p><b>F.1</b>- Monitoraggio della spesa sanitaria tramite flussi informativi da Portale Sistema TS</p>	<p><b>F.1.1</b> – Rispetto degli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché dall'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della stessa norma</p>	<p>a) Organizzazione /partecipazione incontri di verifica e di formazione con Agenzia dell'Entrate e SOGEI S.p.A. b) Organizzazione incontri con le Aziende sanitarie e le associazioni di categoria titolari strutture di erogazione dei servizi sanitari (farmacie e laboratori di specialistica) c) Emanazione direttive per il rispetto obblighi informativi da parte delle A.S. e strutture di erogazione dei servizi sanitari d) Monitoraggio sul completamento e aggiornamento degli archivi forniti dalle A.S. sul Portale sistema TS e) Approvazione cronoprogramma</p>	<p>Direttive regionali emanate % Strutture invianti dati da ricette sul Portale Sistema TS pari a 70%, 85%, 100% rispettivamente nel triennio 2007/2009</p> <p>Delibera di Giunta regionale di governo di approvazione del cronoprogramma</p>	<p>il rispetto degli obblighi informativi ex art.50 l.n.326/03 dovrà essere riguardato durante tutto il triennio 2007-2009</p> <p>Delibera di Giunta di approvazione cronoprogramma entro l'8.08.07</p>



Regione Siciliana

		<p><b>F.1.2</b> – Definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate</p>	<p>a) Inserimento specifici obblighi per i medici di base nell'Accordo Regionale di assistenza primaria integrativo b) Emanazione direttive per il rispetto obblighi informativi; c) Direttive per promuovere il monitoraggio da parter delle AUSL del rispetto degli obblighi contrattuali</p>	<p>Definizione A.C.R. integrativo contenente specifici obblighi ex art.50 L.n.326/03. Rispetto degli obblighi da parte del 85% dei medici di assistenza primaria entro la conclusione del triennio 2007-2009</p>	<p>Definizione A.C.R. integrativo entro 31/07/2007 Il rispetto degli obblighi contrattuali ex art.50 L.n.326/03 dovrà essere tragguardato durante tutto il triennio 2007-2009</p>
		<p><b>F.1.3</b> – Avvio della "fase a regime" del Sistema Tessera sanitaria</p>	<p>a) Monitoraggio percentuali invio dati dalle ricette dalle strutture di erogazione dei servizi sanitari -- b) Organizzazione incontri con le associazioni di categoria titolari strutture di erogazione dei servizi sanitari (farmacie e laboratori di specialistica) -- c) Emanazione direttive per determinare un invio completo e puntuale d) Organizzazione incontri formativi, con l'assistenza tecnica di SOGEI S.p.A., per i Referenti delle Aziende territoriali sulle funzionalità e applicazione dei report restituiti dal Portale Sistema TS; e) Emanazione direttive per lo sviluppo del monitoraggio da parte delle Aziende territoriali sull'attività prescrittiva tramite l'uso dei report restituiti dal Portale Sistema TS</p>	<p>Direttive regionali emanate % Strutture invianti dati da ricette sul Portale Sistema TS pari a 100% nel 2009 Utilizzo report del Portale Sistema TS nel monitoraggio della spesa sanitaria</p>	<p>L'avvio della fase a regime del Sistema TS sarà tragguardato entro il 31/12/2008 e gli ulteriori sviluppi del progetto TS entro il 31/12/2009</p>
<p><b>G-</b> Potenziamento della struttura amministrativa regionale</p>	<p><b>G.1</b> Adempimenti correlati all'attuazione del Piano di Contenimento e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale nel periodo</p>	<p><b>G.1.1</b> Ampliamento armonizzazione dei flussi informatici di attività e dei costi delle Aziende Sanitarie</p>	<p>Predisposizione di una Circolare Assessoriale integrativa alle disposizioni già emanate con precedente Circolare n.7/2005</p>	<p>Riclassificazione corretta dei dati informatci entro il 4° trimestre 2007</p>	<p>Provvedimento da adottarsi entro il 30/09/2007</p>



Regione Siciliana

	anni 2007/2009 e all'implementazione di corrette procedure contabili	<b>G.1.2</b> Potenziamento delle risorse tecniche ed informatiche finalizzate a ridurre i tempi tecnici di acquisizione dei dati e alla loro successiva elaborazione	Acquisizione e funzionamento di postazioni hardware e soluzioni software	Messa in funzione del software entro il 31/12/2007	Procedure di acquisto da definirsi entro il 30/09/2007
		<b>G.1.3</b> Istituzione di una struttura organizzativa per il monitoraggio e la valutazione degli adempimenti previsti dal Piano e del conseguimento dei correlati obiettivi in base all'andamento gestionale delle Aziende Sanitarie	Decreto Assessoriale di individuazione e acquisizione delle figure professionali necessarie e di determinazione dei relativi trattamenti economici	Immissione in servizio entro il 31/12/2007	Provvedimento da adottarsi entro il 30/09/2007
		<b>G.1.4</b> Procedura di controllo dei budget degli erogatori privati e miglioramento flussi informativi	Direttiva Assessoriale alle Aziende Sanitarie Territoriali per le metodologie di acquisizione dei dati e di trasmissione informatica all'Assessorato Regionale alla Sanità alle scadenze previste dalla direttiva stessa	Trasmissione periodica dei dati richiesti all'Assessorato Regionale Sanità entro 15 giorni dalle scadenze previste dalla Direttiva	Provvedimento da adottarsi entro il 30/09/2007
<b>H</b> - Programmi di Sviluppo SSR	<b>H.1</b> - Interventi a Sostegno del Sistema Sanitario Regionale	<b>H.1.1</b> - Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie	Implementazione di un programma regionale	Disponibilità del programma regionale	Entro il 30 ottobre 2007 adozione del programma regionale
		<b>H.1.2</b> - Sviluppo e qualificazione dell'assistenza primaria	Implementazione di soluzioni innovative per l'erogazione dell'assistenza primaria	Disponibilità dell'accordo regionale con i PLS Disponibilità dell'accordo regionale con i MMG	Definizione dell'accordo regionale con i PLS: entro il 31 luglio 2007 Definizione dell'accordo regionale con i MMG: entro il 31 luglio 2007
		<b>H.1.3</b> - Rete della continuità assistenziale	Definizione del piano di riorganizzazione dei presidi di continuità assistenziale	Disponibilità del piano di riorganizzazione	Entro il 31 dicembre 2007 adozione del piano di riorganizzazione
		<b>H.1.4</b> - Miglioramento e riqualificazione del sistema emergenza-urgenza (S.U.E.S. 118)	Definizione del piano di riorganizzazione delle rete SUES 118	Disponibilità del piano di riorganizzazione	Entro il 31 dicembre 2007 adozione del piano di riorganizzazione



Regione Siciliana

		<b>H.1.5</b> - Modelli innovativi per un'assistenza integrata - UTAP	Implementazione di soluzioni innovative per l'erogazione dell'assistenza primaria	Disponibilità del piano di implementazione	Definizione dell'accordo regionale con i PLS: entro il 31 luglio 2007 Definizione dell'accordo regionale con i MMG: entro il 31 luglio 2007
		<b>H.1.6</b> - Attivazione del dipartimento socio sanitario	Definizione dei piani di implementazione nelle AUSL di Palermo, Catania e Messina	Disponibilità dei piani di implementazione nelle AUSL di Palermo, Catania e Messina	Entro il 30 settembre 2007
		<b>H.1.7</b> - Salute della donna	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti attuativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: adottate l'11 luglio 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.8</b> - Screening neonatale allargato	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti attuativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 20 giugno 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.9</b> - Salute del neonato	Implementazione di un programma regionale	Disponibilità del programma regionale	Entro il 30 novembre 2007 adozione del programma regionale
		<b>H.1.10</b> - Formazione permanente	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti formativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 15 giugno 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.11</b> - Formazione ed educazione alla salute	Implementazione di un programma regionale	Disponibilità del programma regionale	Entro il 30 ottobre 2007 adozione del programma regionale
		<b>H.1.12</b> - Costituzione di network per la diagnosi precoce ed il trattamento di malattie ad alto impatto socio-sanitario.	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità del programma regionale	Definizione del programma regionale: entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.13</b> - Risk management	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti attuativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 5 luglio 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre



Regione Siciliana

					2007
		<b>H.1.14</b> - Implementazione di un sistema per il monitoraggio delle compatibilità di sistema	Analisi delle procedure di acquisizione, archiviazione, elaborazione e circolazione dei dati di struttura e di attività del SSR Riprogettazione delle procedure Implementazione sistema di monitoraggio	Disponibilità del progetto esecutivo	Definizione del progetto esecutivo: entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.15</b> - C.U.P.	Definizione della progettazione regionale per la realizzazione del CUP interprovinciale e regionale on line Avvio della realizzazione del CUP on line interprovinciale e regionale	Disponibilità del programma regionale	Definizione del programma regionale: entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.16</b> - Ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti attuativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: entro il 31 luglio 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
		<b>H.1.17</b> - Potenziamento aree critiche	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti attuativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: entro il 30 settembre 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 novembre 2007
		<b>H.1.18</b> - Piano regionale della prevenzione	Come da programmi approvati dal Ministero della Salute	Certificazione CCM	Come da cronogrammi approvati dal Ministero della Salute
		<b>H.1.19</b> - Rete civica dell'assistenza	Definizione delle linee guida regionali Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie	Disponibilità dei progetti attuativi delle Aziende sanitarie della Regione	Definizione delle linee guida regionali: adottate il 15 giugno 2007 Approvazione dei progetti delle Aziende sanitarie entro il 30 ottobre 2007
<b>I</b> - Adempimenti derivanti da normative nazionali	<b>I.1</b> – Adozione provvedimenti in risposta ai rilievi LEA 2005	<b>I1.1</b> - Adempimento 1.1 LEA 2005	Elaborazione provvedimento con cui si fa obbligo alle AUSL di fornire indicatori previsti	Adozione provvedimento	15/09/2007



Regione Siciliana

		<b>I1.2 - Adempimento 1.2 LEA 2005</b>	Elaborazione provvedimento con cui si fa obbligo alle AUSL di fornire indicatori previsti	Adozione provvedimento	15/09/2007
		<b>I1.3 - Adempimento 1.5 LEA 2005</b>	Istituzione flusso informativo per i dispositivi medici (codifica AIFA)	Adozione provvedimento	31/10/2007
		<b>I1.4 - Adempimento 1.6 LEA 2005</b>	Predisposizione contabilità analitica per centro di costo su base regionale	Adozione provvedimento	31/03/2008
		<b>I1.5 - Adempimento 2.1.6 LEA 2005</b>	Istituzione flussi informativi	Adozione provvedimento	31/10/2007
		<b>I1.6 - Adempimento 2.1.7 LEA 2005</b>	Rilevazione aggiornamento Carta dei Servizi nelle Aziende sanitarie	Trasmissione dati al Ministero	31/10/2007
		<b>I1.7 - Adempimento 2.3 LEA 2005 Punto 17</b>	Elaborazione provvedimento congiunto tra Assessorato Sanità e Assessorato Famiglia	Adozione provvedimento	31/12/2007
		<b>I1.8 - Adempimento 2.4 LEA 2005</b>	Ricognizione Accordi di cui all'allegato 3	Adozione provvedimenti di recepimento	31/12/2007
		<b>I1.9 - Adempimento 3 LEA 2005</b>		Vedi Punto precedente B e C	
	I.2 – Piano Sanitario Regionale	<b>I2.1</b>	Adozione del Piano sanitario regionale	Decreto del Presidente della Regione	31/12/2007
	I.3 Riorganizzazione della "rete laboratoristica", nell'ambito dell'accreditamenti definitivi	<b>I.3.1</b>	a) definizione del fabbisogno della specialistica b) riorganizzazione della rete laboratoristica ai sensi della L.296/2006 art.1 c 796 lett. o) c) accreditamento definitivo delle strutture specialistiche	Decreto Assessoriali di approvazione dei provvedimenti.	a) Decreto Assessoriale da predisporre entro 90 gg dalla adozione del Piano b) entro il 31/10/2007 c) Decreto Assessoriale da predisporre entro 180 gg dalla adozione del Piano



## **31. Allegati “1”, “2” e “3”**

---

### **Allegato 1**

#### **Linee guida per l'adeguamento alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**

##### LINEE ATTUATIVE DEL PSN 2006-2008

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici individua i vincoli e le opportunità di cui tener conto nel suo triennio di vigenza.

Nel rispetto delle competenze statali e regionali definite dalla modifica al titolo V della Costituzione introdotto dalla legge costituzionale 3/2001, il PSN riconosce come obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto delle caratteristiche fondanti il Servizio stesso, in particolare: l'universalità, la sostanziale gratuità di accesso a prestazioni appropriate, la garanzia uniforme delle stesse nel Paese, il rispetto della libera scelta e del pluralismo erogativo.

Il PSN assume la necessità che lo Stato e le Regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare strategie condivise al fine di superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle risorse programmate.

Nell'attuale quadro di federalismo sanitario, il PSN indica la necessità che Governo e Regioni concordino linee di indirizzo perché le strategie individuate possano declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Trasversalmente alle strategie di sviluppo del sistema lo Stato e le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, devono concorrere alla individuazione e alla attuazione delle modalità e degli strumenti della cooperazione tra i vari livelli istituzionali rispettosi della sussidiarietà orizzontale e verticale.

Uno strumento proficuamente utilizzato nel triennio di vigenza del precedente PSN è lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano conferma tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi da esso stabiliti.

Altro strumento è quello degli accordi tra tutte le Regioni o tra alcune Regioni per quelle materie di interesse regionale, che pur nel rispetto dell'autonomia regionale, vengono meglio affrontate tramite linee operative comuni, come ad es. accordi per la costituzione di reti di servizi assistenziali o tra piccole regioni e grandi o tra regioni vicine per la messa in comune di particolari servizi o l'erogazione di altri.

Una tematica particolarmente presente nel PSN 2006-2008 è l'integrazione, non solo tra le varie componenti e i vari livelli del SSN, ma anche di tutti gli altri attori istituzionali, per lo sviluppo di politiche intersettoriali in cui un ruolo rilevante abbia la valutazione che le politiche stesse hanno in termini di promozione e mantenimento dello stato di salute. Un ambito dove l'integrazione è essenziale per il raggiungimento di risultati duraturi e tangibili è il socio-sanitario,



## Regione Siciliana

per questo va potenziata la sinergia tra ASL e Comuni tramite una programmazione integrata e partecipata per rendere finalmente fruibile omogeneamente sul territorio l'assistenza socio-sanitaria, oggi erogata in alcune realtà locali in maniera frammentaria e discontinua.

Infine vanno individuate modalità agili di condivisione ed implementazione di strumenti tecnici quali linee guida, standard, protocolli, modelli operativi per particolari tematiche la cui importanza richiede una validazione congiunta tra lo Stato e le Regioni.

### **1. La garanzia dei LEA**

Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese.

E' necessario, pertanto:

- partendo dall'analisi della domanda, stabilire gli standard quantitativi e qualitativi dei livelli, al di sotto dei quali essi non possono essere considerati garantiti, in particolare per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili, tenendo conto dell'esperienza maturata in altri ambiti regionali;
- adottare provvedimenti per il raggiungimento, entro il triennio di vigenza del psn 2006-2008, degli standard stabiliti;
- individuare le prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriata prescrivibilità e definirne le condizioni di erogabilità;
- rendere accessibili in maniera omogenea sul territorio regionale le prestazioni specialistiche di alta complessità, con particolare riguardo a quelle prestazioni che hanno importanti ricadute in termini di esiti;
- finalizzare il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88 al superamento del divario strutturale nell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali;
- adottare provvedimenti per la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle peculiarità presenti nelle isole minori e nelle comunità montane isolate.

### **2. Riorganizzare le cure primarie**

Il ruolo primario nel governo della domanda e dei percorsi sanitari è del medico di medicina generale, ma perché il MMG possa assumere pienamente questa funzione è necessario completare il percorso che conduce alla realizzazione di forme aggregate ed integrate di organizzazione della medicina primaria, con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e degli altri specialisti territoriali.

In tal senso va portata avanti anche la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, favorendo forme associative dei pediatri di libera scelta e la condivisione di spazi e studi con i MMG al fine di favorire una collaborazione che possa garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta.

Nel triennio occorre:

- completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie;



- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, dei PLS, MCA con l'ospedale e con i servizi e le attività distrettuali;

### **3. La razionalizzazione della rete ospedaliera**

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio durante il travaglio e nel parto.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dall'intesa 23 marzo 2005.

Nel triennio occorre:

- adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- recepire ed attuare nelle aziende e nei presidi ospedalieri i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 "Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore";
- promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici, in particolare per le malattie rare;
- attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale.

### **4. Il governo clinico e la qualità nel SSN**

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Il SSN, riconoscendo questo obiettivo come proprio, ha promosso l'utilizzo nel nostro Paese degli strumenti del Governo clinico per ottenere il miglioramento della qualità delle cure e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario nel triennio:

- prevedere nelle strutture ospedaliere unità/funzioni di gestione del rischio multidisciplinari;



- implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;
- adottare strumenti per la valutazione degli esiti;
- adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

## **5. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza**

La degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure. Questo accade soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale al livello territoriale (anziani fragili, pazienti oncologici in fase avanzata o più in genere pazienti portatori di gravi patologie croniche o che necessitano di interventi riabilitativi).

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

L'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

Per consentire l'implementazione dei processi di integrazione è necessario:

- definire ed implementare protocolli per programmare e concordare, quando necessario, la dimissione ospedaliera con le strutture territoriali;
- formulare percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- promuovere per particolari tipologie di pazienti l'adozione di una cartella clinica unica;
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento.

## **6. L'integrazione nel territorio**

La copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, non può essere garantita dall'integrazione tra i vari livelli sanitari (prevenzione, cure primarie percorsi diagnostico-terapeutici territoriali ed ospedalieri), dal momento che in questa area assistenziale, spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

I punti chiave dell'integrazione, già realizzati compiutamente in varie aree del Paese sono:

- l'approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti,



## Regione Siciliana

sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni,;

- la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria occorre nel triennio:

- individuare a livello regionale modalità e regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale;
- realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto;
- implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;
- garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi;
- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente.

### **7. La Prevenzione**

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, come contenimento dei fattori di rischio, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, nella lotta alle patologie e alla cronicità, e delle loro valenze etiche nel contrasto alle diseguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Il PSN 2006-2008 preso atto della importanza degli strumenti di prevenzione conferma il Piano di Prevenzione attiva 2005-2007 ed estende la sua validità al 2008. Pertanto tra le linee attuative del Piano stesso si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva che si intendono da estendere e potenziare nel triennio.



Regione Siciliana

## **Allegato 2**

### **PIANO REGIONALE DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO (ART 1, COMMA 796, LETTERA O DELLA LEGGE 296/2006)**

Oggetto : Linee guida sui contenuti del Piano sulla rete laboratoristica

Premessa.

La Medicina di Laboratorio è percorsa da forti spinte al cambiamento in tutto il mondo occidentale in conseguenza dell'inarrestabile aumento dei costi della sanità nei paesi industrializzati.

Le esperienze italiane sono caratterizzate da ipotesi di riorganizzazione con percorsi progressivi o di radicali trasformazioni, spesso disomogenei da regione a regione e talora anche nella stessa regione.

La spinta dei costi e le indicazioni legislative portano generalmente ad una riduzione delle strutture sanitarie e alla semplificazione delle aree di riferimento nell'ambito delle regioni finalizzata sia alla gestione degli acquisti sia all'uso integrato delle strutture con un governo in rete dei servizi.

Il servizio deve essere costruito intorno al paziente in modo integrato tra discipline e servizi e deve garantire equità, efficacia diagnostica, efficienza economica ed appropriatezza, grazie al contributo competente di tutto il Personale, adeguatamente valorizzato.

Si tratta pertanto di un programma verso un sistema di laboratori pubblici integrato su scala provinciale e capace di assicurare al territorio un servizio più flessibile e di alta qualità.

Il ridisegno del sistema è una rete integrata di punti di laboratorio dell'Azienda Sanitaria, che bilanci l'equità verso i pazienti con l'eliminazione della duplicazione dei servizi ad alto investimento tecnologico.

Razionale della rete è: creare massa critica unita a flessibilità; formare équipe multidisciplinari in grado di mantenere stretti rapporti con i clinici; condividere protocolli, tecnologia, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete; garantire in tutti i presidi ospedalieri periferici, dove viene garantita l'attività chirurgica, attività diagnostica di urgenza correlata al grado di complessità della struttura ospedaliera, centralizzando la normale attività di routine. La rete favorisce la crescita professionale della forza del lavoro e le opportunità di governo clinico.

L'organizzazione individuabile per le Aziende Sanitarie è un sistema di "Laboratori in Rete", fortemente integrati (management, struttura organizzativa e budget) e flessibili dal punto di vista operativo, con una sola struttura centrale che gestisce la rete.

Il progetto si articola su alcuni punti essenziali:

- a qualità dell'intero processo diagnostico e possibilità di affrontare le nuove frontiere della medicina di laboratorio;
- b innovazione gestionale: consolidamento ed integrazione in Core Laboratori (unificazione analitica e/o isole specialistiche); gestione centralizzata e clinical governance;
- c qualità della risposta, consulenza, appropriatezza ed efficacia clinica, valutazione ed audit sugli outcome.

Il progetto si definisce attraverso:



Regione Siciliana

### Analisi delle opportunità

- Ambientale
- Confronto fra realtà
- Individuazione delle aspettative di servizio dei pazienti e clienti interni
- Proposta di un modello generale dei servizi
- Piano operativo di lavoro (scadenza)

### Strategie operative

#### Disegno

- Ridisegnare i processi
- Disegnare il modello operativo
- Disegnare la struttura organizzativa
- Identificare ruoli e responsabilità
- Valutare gli impatti professionali e progettare interventi formativi

### Verifica ed implementazione

Supporto continuo che permette di rilevare le criticità e sviluppare progetti di miglioramento

## **PROPOSTA**

### ***Obiettivi***

- garantire agli utenti in ogni Zona dell'Azienda Sanitaria adeguato trattamento e stesse opportunità;
- valorizzare la professionalità degli specialisti della Medicina di Laboratorio per perseguire l'appropriatezza e l'efficacia clinica del dato di laboratorio, realizzandone a pieno il potenziale informativo;
- valorizzare la professionalità del personale tecnico attraverso l'attribuzione di responsabilità adeguate al loro attuale curriculum formativo;
- mantenere per i soli degenti negli ospedali delle Zone decentrate, parte dell'attività attuale di laboratorio;
- contribuire ad un risparmio di gestione dei laboratori;
- razionalizzare l'impiego delle risorse umane;
- migliorare l'efficienza organizzativa interna dei laboratori;
- ottimizzare l'utilizzazione della tecnologia strumentale (sfruttandola per l'intero arco della giornata);
- ridurre il tempo di risposta (TAT urgente e TAT routine) per i degenti e i pazienti esterni;
- sfruttare la tecnologia informatica anche per decentrare e portare direttamente la risposta di laboratorio all'utente, nel rispetto della privacy e garantendone la sicurezza.

### Definizione della Disciplina

L'area della Medicina di Laboratorio include:

1. Patologia Clinica e /o Biochimica Clinica



Regione Siciliana

2. Microbiologia
3. Genetica
4. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Ogni attività di diagnostica di medicina di laboratorio, ovunque venga effettuata, incluso quanto eseguito presso i reparti di cura e/o presidi territoriali, deve essere gestita sotto la responsabilità del laboratorio di riferimento e ricondotta alle discipline riportate, nel rispetto, e con verifica continua, della qualità.

#### **Ambito della razionalizzazione delle attività.**

La razionalizzazione investe sia il livello di Azienda Sanitaria che di Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera-Universitaria (già Policlinico universitario pubblico), IRCCS pubblico.

#### **Rapporti intra-aziendali (Aziende Sanitarie)**

All'interno di ogni Azienda deve essere previsto, di principio, non più di un punto di esecuzione per ognuna delle branche della Medicina di Laboratorio. In caso di strutture di dimensioni limitate è opportuna la confluenza di più branche (es. Patologia Clinica / Biochimica Clinica + Microbiologia) in sezioni specialistiche di un unico laboratorio.

Nel caso di presenza nella stessa Azienda Sanitaria di più strutture Ospedaliere con attività di ricovero in cui i tempi di trasporto dei campioni biologici verso la struttura centrale della rete risultino incompatibili con le necessità cliniche, deve essere garantita presso ogni Struttura Ospedaliera attività di laboratorio di urgenza per un pannello, definito e condiviso, di esami correlati alla complessità della Struttura stessa. Questi nodi periferici dei "Laboratori in Rete", per l'esecuzione e la gestione della sola attività urgente, necessitano di tecnologia leggera, e integrata, su cui venga consolidato il maggior numero dei test effettuati e di personale tecnico, con collegamento telematico all'interno di un "Laboratorio Unico Logico" aziendale.

#### **Rapporti intra-aziendali (Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie (già Policlinici universitari pubblici), IRCCS pubblici)**

Nell'analizzare alla luce degli obiettivi generali di cui al punto 1. la situazione nelle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie (già Policlinici universitari pubblici), IRCCS pubblici, emerge che le attività prevalenti di Diagnostica di Laboratorio sono così classificabili:

1. attività eseguita a scopo assistenziale utilizzando metodi a larga diffusione;
2. attività eseguita a scopo di ricerca clinica, utilizzando metodiche/tecnologiche di larga diffusione;
3. attività eseguita a scopo assistenziale utilizzando metodologie originali sviluppate "ad hoc";
4. attività eseguita a scopo di ricerca clinica utilizzando metodologie originali sviluppate "ad hoc";
5. attività finalizzata allo sviluppo di metodologie originali.

La stragrande maggioranza dell'attività è riconducibile alle tipologie di cui ai punti 1 e 2, situazioni cioè in cui l'interesse è rivolto prevalentemente al dato e non alla metodologia. Su questo tipo di attività devono quindi essere studiati nuovi modelli organizzativi finalizzati ai



## Regione Siciliana

seguenti obiettivi:

1. economia di scala con conseguente risparmio di personale e tecnologia;
2. raggiungimento delle soglie critiche per rendere “cost-effective” l’inserimento di tecnologie ad alta produttività (es. attività centralizzata di “service” per estrazione di DNA, sequenziamento etc.);
3. aumento delle competenze e dell’esperienza, correlate all’aumento di attività;
4. soddisfazione dei requisiti per accreditamento-certificazione;
5. rispetto delle normative in termini di specifiche qualifiche professionali;
6. realizzazione di progetti di ricerca usufruendo di tecnologie, e competenze già consolidate con risparmio di tempo e di risorse;
7. garanzia della continuità del servizio potendo fruire di organici più ampi.

Stante l’attuale panorama delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie (già Policlinici universitari pubblici), IRCCS pubblici che vede, in ambito assistenziale:

8. l’esecuzione degli stessi esami in più strutture, senza un coordinamento complessivo;
9. la presenza di Laboratori non corrispondenti alle discipline, sotto la responsabilità anche di Specialisti di altre discipline;
10. la mancanza di un piano coordinato di acquisizione delle risorse umane e tecnologiche.

sembrerebbe vantaggioso avviare un progetto di articolazione delle attività “per disciplina”. In pratica si propone di:

1. individuare nell’ambito delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie (già Policlinici universitari pubblici), IRCCS pubblici sulla base anche di quanto previsto dal DMS 30.01.98 nell’ambito dell’Area della Medicina diagnostica e dei servizi, le strutture di Laboratorio da considerare Laboratori di Riferimento per la disciplina ( Biochimica Clinica/Patologia Clinica, Genetica, Immunoematologia, Microbiologia);
2. individuare le strutture, che, non avendo le caratteristiche di cui al punto 1, svolgono significativa attività di laboratorio, denominate Strutture di Laboratorio Specialistiche facenti capo al relativo Laboratorio di Riferimento.
3. il Responsabile del Lab di Riferimento e quello della “Struttura specialistica”, cooperano, in maniera strutturata, allo scopo di organizzare ed orientare la fase “produttiva” alle esigenze della specifica attività assistenziale e/o di ricerca. Valutano anche l’opportunità dell’acquisizione di nuova strumentazione e/o l’inserimento di nuove tecnologie.
4. il personale che attualmente opera nelle strutture specialistiche può anche svolgere parte della propria attività nella struttura centrale in modo da garantire, insieme ai colleghi già presenti, la continuità del servizio.

### **Conclusioni**

Il modello a regime dovrà prevedere:

1. Un Sistema Informativo di Laboratorio Aziendale centrato sul Paziente e integrato con gli altri servizi informatici (Anagrafe Sanitaria, CUP, Cartella Clinica...), in grado di rendere possibile nel “Laboratorio Unico Logico” la condivisione delle richieste e dei risultati e la diffusione on-line ospedaliera e territoriale delle risposte (referti);
2. Nell’Azienda Sanitaria;
3. un sistema di “Laboratorio di Rete”, fortemente integrati (management, struttura organizzativa e budget) e flessibili dal punto di vista operativo, con una sola struttura



## Regione Siciliana

- centrale che gestisca la rete; con punti periferici, presso tutte le strutture ospedaliere con attività di ricovero chirurgica, finalizzati alle sole urgenze che devono essere correlate alla complessità delle strutture stesse;
4. Nell' Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera-Universitaria (già Policlinico universitario pubblico), IRCCS pubblico.:
    - il dipartimento di Medicina di Laboratorio deve coordinare le relative attività decentrate;
    - possibilità di utilizzazione da parte degli utenti esterni sia dei Servizi di Laboratorio dell'Azienda Sanitaria che dell' Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera-Universitaria (già Policlinico universitario pubblico), IRCCS pubblico. in modo da massimizzare l'efficienza di entrambe le strutture, sfruttandone al meglio le tecnologie e saturandone le risorse;
    - prevedere, di norma, salvo particolari specificità documentate, non più di un punto di esecuzione per ognuna delle branche di medicina di laboratorio;
  5. centralizzazione delle attività specialistiche (es. Genetica, Tossicologia, Immunologia,...) in un'unica sede, di norma, anche se non esclusivamente, presso le Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie (già Policlinici universitari pubblici), IRCCS pubblici.

### **Nel provvedimento la regione dovrà impegnarsi a :**

- a. presentare ai Ministeri entro 60 giorni, il piano di fattibilità della rete di laboratori e relativa informatizzazione del sistema,;
- b. avviare la realizzazione del progetto adottato "Laboratorio di Rete" da completarsi entro i successivi 180 giorni;
- c. inserire nei criteri di valutazione delle Direzioni generali, una specifica penalizzazione in caso di mancata adozione delle misure previste dal progetto;

### **Nel provvedimento dovrà essere stabilito che ove la regione non presenti il progetto o comunque non lo adotti entro il 30 novembre 2007 , si applicano, a partire del 1 gennaio 2008, le seguenti misure :**

- d. blocco delle assunzioni a tempo determinato e indeterminato e divieto di ricorso ad altre forme di lavoro precario in tutte le strutture laboratoristiche pubbliche, sia intra che extra ospedaliere;
- e. sospensione e revoca dei eventuali incarichi conferiti, ai sensi dall'articolo 15-septies del dlgs 502/1992 e successive modificazioni , nell'ambito delle strutture laboratoristiche pubbliche sia intra che extra ospedaliere;
- f. blocco dello straordinario per il personale non dirigenziale del comparto che presta servizio in tutte le strutture laboratoristiche pubbliche, sia intra che extra ospedaliere ;
- g. obbligatorio adesione, ove non già prevista, delle Aziende ad una unica procedura regionale per la fornitura dei beni e servizi necessari allo svolgimento dell'attività dei laboratori;
- h. divieto assoluto di ricorrere alla esternalizzazione per l'acquisizione di risorse umane nonché di beni e servizi per le attività di che trattasi.
- i. riduzione, rispetto a quanto già previsto dal Piano di rientro, di un ulteriore 20% dei tetti di spesa per le strutture laboratoristiche private accreditate



Regione Siciliana

**Allegato 3**

**ACCORDI SANCITI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI RILEVANTI AI FINI DELL'APPLICAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

**Anno 2001**

Oggetto
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE - GUIDA CONCERNENTI "MALATTIA DI CREUTZFELD - JACOB IN ITALIA: NORME PER L'ASSISTENZA DEI PAZIENTI E PER IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE IN AMBIENTE OSPEDALIERO".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI "LINEE - GUIDA SULLE MODALITÀ PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO".</li></ul>

**Anno 2002**

Oggetto
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI FONDI RELATIVI AL "PROGRAMMA NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER LE CURE PALLIATIVE", DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DEL DECRETO LEGGE 28 DICEMBRE 1998, N. 450, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 26 FEBBRAIO 1999, N. 39.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE-GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI REQUISITI DELLE STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI E SUGLI STANDARD MINIMI DI ATTIVITÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 16, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 RECANTE "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".</li></ul>



Regione Siciliana

<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL BACINO DI UTENZA MINIMO, RIFERITO ALLA POPOLAZIONE, CHE COMPORTA L'ISTITUZIONE DEI CENTRI INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, COMMA 2, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91, RECANTE: "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO PER IL REPERIMENTO DI ORGANI E DI TESSUTI IN AMBITO NAZIONALE AI FINI DEL TRAPIANTO".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER IL PRELIEVO, LA CONSERVAZIONE E L'UTILIZZO DI TESSUTO MUSCOLO-SCHELETRICO".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI CON MIELOLESIONI E/O CEREBROLESÌ.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE MODIFICHE AL CALENDARIO DELLA VACCINAZIONE ANTIPOLIOMELITICA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• SCHEMA DI ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO IN MATERIA DI CAMPAGNE INFORMATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE PER LA IODIOPROFILASSI.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E DI AGGIORNAMENTO DEI CENTRI INTERREGIONALI DI RIFERIMENTO DELLE MALATTIE RARE.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI INDICAZIONI PER L'ATTUAZIONE DEL PUNTO A) DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 14 FEBBRAIO 2002 (REPERTORIO ATTI N. 1386), SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI DAY SURGERY".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DEI PROGRAMMI DI INVESTIMENTO IN SANITÀ".</li></ul>



ANNO 2003

Oggetto
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RELATIVO AGLI ASPETTI IGIENICO-SANITARI CONCERNENTI LA COSTRUZIONE, LA MANUTENZIONE E LA VIGILANZA DELLE PISCINE A USO NATATORIO.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, RELATIVO ALLA DEFINIZIONE DI ALCUNE MODALITÀ APPLICATIVE DEGLI ARTICOLI 3 COMMA 1, 4 COMMA 1, 7 COMMA 2 DELL'ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO APPROVATO CON DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° DICEMBRE 2000, PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI SOGGIORNO PER CURE DEI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP IN CENTRI ALL'ESTERO DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE-GUIDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO EXTRAOSPEDALIERO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTI RECANTE "INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI E PER LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA I MINISTRI DELLA SALUTE, DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, PER L'ADOZIONE DEI PIANI NAZIONALI TRIENNALI DI SORVEGLIANZA SANITARIA ED AMBIENTALE SU EVENTUALI EFFETTI DERIVANTI DALL'UTILIZZAZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI. ACCORDO -</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE GUIDA SU FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E ADDESTRAMENTO PERMANENTE DEL PERSONALE OPERANTE NEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE-GUIDA IN TEMA DI RACCOLTA, MANIPOLAZIONE E IMPIEGO CLINICO DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE (CSE)."</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "AGGIORNAMENTO DEL PREZZO UNITARIO DI CESSIONE DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI TRA SERVIZI SANITARI PUBBLICI".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO : "PIANO NAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA".</li></ul>



Regione Siciliana

<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI RICHIESTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI VETERINARIE DA PARTE DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO :”LINEE GUIDA PER L'ACCERTAMENTO DELLA SICUREZZA DEL DONATORE DI ORGANI”.</li></ul>

ANNO 2004

Oggetto
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE "LINEE GUIDA PER L'IDONEITÀ ED IL FUNZIONAMENTO DEI CENTRI INDIVIDUATI DALLE REGIONI COME STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, SULLE TIPOLOGIE DI TRAPIANTO PER LE QUALI È POSSIBILE DEFINIRE STANDARD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: “LINEE GUIDA PER LE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI”.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• INTESA SULL'ACCORDO TRA LA FEDERTERME E LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI TERMALI PER IL BIENNIO 2003-2004.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE “ATTIVITÀ DEI CENTRI PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA E CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DI CUI ALLA LEGGE 28 AGOSTO 1997, N. 284” PUNTO 18 DELL'O.D.G. - REPERTORIO ATTI N. 2014.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RECANTE :”REQUISITI MINIMI E CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO DEI LABORATORI DI ANALISI NON ANNESSI ALLE INDUSTRIE ALIMENTARI AI FINI DELL'AUTOCONTROLLO”.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUI CRITERI E LE MODALITÀ PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI CHE NON SODDISFANO IL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E DI ECONOMICITÀ NELLA UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE, IN ATTUAZIONE DEL PUNTO 4.3 DELL'ACCORDO 22 NOVEMBRE 2001 TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME, AI FINI DELLA VERIFICA AI SENSI DELL'ARTICOLO 52, COMMA 4, LETT. B), DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002, N. 289.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, IL MINISTRO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE “LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO N.</li></ul>



Regione Siciliana

1774/92 DEL PARLAMENTO E DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA DEL 3 OTTOBRE 2002 RELATIVO ALLE NORME SANITARIE APPLICABILI AI SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE NON DESTINATI AL CONSUMO UMANO".
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE:"LINEE-GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA DEFINIZIONE DI REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ESERCIZIO DEGLI STABILIMENTI TERMALI E SPECIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI IDROTERMALI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E L'ASSEGNAZIONE DEGLI ORGANI NEL TRAPIANTO DI FEGATO DA DONATORE CADAVERE".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE-GUIDA SULLE MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ATTIVITÀ DI REPERIMENTO, TRATTAMENTO, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI CELLULE E TESSUTI UMANI A SCOPO DI TRAPIANTO", IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 15, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• RETTIFICA AL TESTO DELL' ACCORDO SANCITO IN CONFERENZA IL 20 MAGGIO 2004 TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE P.A. SUL DOCUMENTO: "LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI IN ETÀ PEDIATRICA", ATTO REP. N. 2013.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME PER LA GESTIONE DELLA FASE TRANSITORIA DI ADOZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA 2002 DELLA INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 9TH REVISION - CLINICAL MODIFICATION (ICD9CM), AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DI RIPARTIZIONE DEL FONDI DESTINATI PER L'ANNO 2004 ALLE ATTIVITÀ DEI CENTRI DI RIFERIMENTO INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 2 TER, COMMA 3, DELLA LEGGE 26 MAGGIO 2004, N. 138.</li></ul>

ANNO 2005

<b>Oggetto</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO "LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI AI LABORATORI CON ATTIVITÀ DI DIAGNOSI MICROBIOLOGICA E CONTROLLO AMBIENTALE DELLA LEGIONELLOSI".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO "LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI SULLA LEGIONELLOSI PER I GESTORI DI STRUTTURE TURISTICO-RECETTIVE E TERMALI.</li></ul>



Regione Siciliana

<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO CONCERNENTE CRITERI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI AUTOCONTROLLO, PER L'IDENTIFICAZIONE E LA GESTIONE DEI PERICOLI NEL SETTORE CARNI</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE "LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE AI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME RECANTE "LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SOCCORSO SANITARIO IN ELICOTTERO".</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE IL NUOVO PIANO NAZIONALE VACCINI.</li></ul>



## **32. Elenco delle Tabelle allegare al presente piano**

---

- A.** Prospetto riepilogativo dell'andamento dei ricavi e dei costi (Conto Economico a schemi contrapposti) nel triennio 2007/2009, con la situazione tendenziale e programmata della spesa sanitaria regionale (**Tabelle A1, A2 e A3**);
- B.** Prospetto analitico dell'andamento dei ricavi e dei costi (Modello CE) nel triennio 2007/2009, con la situazione tendenziale (**Tabella B1**) e programmata (**Tabella B2**) della spesa sanitaria regionale;
- C.** Prospetto analitico dell'andamento dei costi programmatici per funzione (Modello LA) nel triennio 2007/2009 (**Tabelle C1, C2 e C3**);
- D.** Prospetto analitico dell'andamento dei costi tendenziali per funzione (Modello LA) nel triennio 2007/2009 (**Tabelle D1, D2 e D3**);
- E.** Spesa per Beni e Servizi desunti da Conto Economico dell'anno 2005;
- F.** Costi analitici per Aziende e per specifiche voci della posta "acquisti di Beni" desunti dal Conto Economico dell'anno 2005 e rapportati ai costi totali di produzione;
- G.** Spesa anno 2005 dei dispositivi medici (spesa disp./spesa totale beni);
- H.** Spesa anno 2005 dei dispositivi medici (spesa disp./costi totali di produzione);
- I.** Raffronto tra spesa farmaci e spese complessive di produzione - Anno 2005 - (ordinato per incidenza su costi di produzione);
- J.** Raffronto tra spesa farmaci e spese complessive di produzione - Anno 2005 - (ordinato per incidenza su spesa totale beni);
- K.** Elenco beni e servizi per i quali, alla data odierna, sono attive convenzioni Consip cui, le Aziende Sanitarie dovranno aderire, ai sensi di quanto disposto con direttiva regionale n. 1212 del 23.5.2007, emanata in tema di gare consorziate;
- L.** Elenco delle adesioni delle Aziende Sanitarie a convenzioni o a mercato elettronico Consip SpA, anno 2007;
- M.** Serie storica 2002/2005 Modelli LA ( Tabelle M1, M2, M3 e M4);
- N.** Serie storica 2002/2005 Modelli CE (Tabelle N1, N2, N3 e N4);
- O.** Tabella di calcolo delle economie sulle Specialità Medicinali e Dispositivi Medici determinabili dalle attività correlate all'Osservatorio Regionale dei Prezzi.