D.A. n. 46/2015

Repubblica Italiana
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Servizio 4-Programmazione Ospedaliera

"Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della Regione Sicilia"

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;
VISTO il D.P.R. 14.01.97, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
VISTO il D.A. 17 giugno 2002 n. 890 e successive modificazioni, recante direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana;
VISTAla Legge 16/11/2001 n. 405 che stabiliva i nuovi parametri per il dimensionamento della rete ospedaliera dal 5,5 al 5 per mille per abitanti (di cui l'1 per mille destinato alla riabilitazione e alla lungodegenza);
VISTA la delibera di Giunta Regionale n. 135 del 7/05/2003 con la quale la Regione Siciliana ha definito il riassetto delle rete ospedaliera dei posti letto sia pubblici che privati, ridefinendo "in minus" il numero dei posti letto per acuti e contestualmente programmando, anche per singolo bacino provinciale, la dotazione dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione.
VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, all'art. 4, comma 1, fissa inoltre il nuovo standard di posti letto - sia pubblici che privati - della rete ospedaliera,ricomprendendo nel parametro del 4,5per mille abitanti sia la dotazione dei posti letto per acuti che quelli per post-acuti;
VISTO l'Accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180 della L. 30/12/2004 n. 311 ed il"*Piano di Rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione, di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del servizio sanitario regionale*" sottoscritto dal Ministro della Salute, dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e dal Presidente della Regione in data 31luglio 2007 successivamente approvato dalla Giunta Regionale della Regione Siciliana con delibera dell'01 agosto 2007 n. 312 del 1 agosto 2007, resa esecutivo con il DA 6 agosto 2007 n. 1657 che prevede, come obiettivo prioritario, la rifunzionalizzazione della rete ospedaliera;

VISTO l'art. 1 comma 796 lett. b della L. 27/ 12/2006, n. 296, a tenore del quale gli interventi individuati dal Piano "sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare variazione di provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";
VISTO l'art. 6 dell'Accordo sopra richiamato secondo il quale "gli Interventi individuati dal Piano allegato al presente accordo sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1,comma 796 lett. b della L 27/12/2006, n. 296, per la Regione Siciliana e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria";
VISTO il D.A. n. 3473 del 24/12/2008 recante "Indirizzi e criteri per l'applicazione del Piano di Rientro di cui all'art. 1 comma 180 L.30/12/2004 n. 111, stipulato dalla Regione Siciliana in data 31/07/2007 e approvato dalla Giunta regionale di Governo l' 01/08/2007"che ha disposto la revisione della rete ospedaliera per acuti con la diminuzione di posti letto effettivamente attivati (pubblici e privati) e la contestuale riorganizzazione dei servizi territoriali, da attuarsi con apposito provvedimento finalizzato all'individuazione della risposta riabilitativa e della lungodegenza;
VISTA la L.R. 5 del 14 aprile 2009 recante il titolo "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale" che prevede, agli artt. 8 e 33, a partire dal 1 settembre, la cessazione delle esistenti Aziende sanitarie e la costituzione delle nuove Aziende del servizio sanitario regionale nel numero di nove ASP due ARNAS, tre Aziende Policlinico Universitarie e tre Aziende Ospedaliere, nonché delle IRCCS Bonino Pulejo di Messina e Oasi di Troina;
VISTO il comma 4 lettere c, d, e, dell'art. 2 della L.R. 5/2009 che prevede una equilibrata distribuzione territoriale (...) anche attraverso l'accorpamento e/o eliminazione di strutture organizzative risultanti superflue (...) il superamento della frammentazione (...) la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri sottoutilizzati o a bassa complessità con razionali modelli organizzativi più rispondenti agli accertati bisogni di salute e il potenziamento dei servizi sanitari territoriali;
VISTO il D.A. 12 giugno 2009, n. 1129 con il quale sono stati definiti i parametri di valutazione per le case di cura accreditate, i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e individuati i posti letto da riconvertire in riabilitazione e lungodegenza per le case di cura private;
VISTO il D.A. 15 giugno 2009 n. 1150, recante "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale", con il quale sono stati approvati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri di cui all'allegato 1 e le regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo di cui all'allegato 2 dello stesso decreto;
VISTI i decreti del 25 maggio 2010 con i quali sono stati adottati i Piani di riordino della rete ospedaliera, per ciascuna Azienda Sanitaria in conformità alle disposizioni normative soprarichiamate, che costituiranno anche la base dell'adozione del nuovo piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale e degli atti aziendali e dotazioni organiche, con il conseguente progressivo allineamento agli standard nazionali, frattanto intervenuti, sia a livello regionale che tendenziale per bacino e singola provincia;

VISTO il D.A. 11 maggio 2009, n. 875 e smi "Indirizzi per l'attuazione del day service nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e definizione delle tariffe delle prestazioni";
VISTO il D.A. n. 2687 del 5 novembre 2010 e smi con il quale è stata data attuazione al Patto per la salute per gli anni 2010-2012;
VISTO il Piano Sanitario Regionale "*Piano della Salute*" 2011-2013, approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011 pubblicato nel S.O. n.2 della GURS n.32 del 29 luglio 2011 che definisce, nell'ambito della compatibilità finanziaria ed in coerenza con il Piano sanitario nazionale, gli strumenti e le priorità idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale in ottemperanza ai Livelli essenziali di assistenza, agli indirizzi della politica sanitaria regionale nonché alle disposizioni della normativa vigente in materia;
RICHIAMATI gli "Obiettivi di Piano" per i quali i Direttori Generali operano secondo specifiche aree per realizzare il miglioramento dei LEA e l'efficienza organizzativa dei servizi sanitari:
1) Area dell'appropriatezza e dell'assistenza ospedaliera.
2) Area di consolidamento e miglioramento dell'area territoriale.
3) Area della organizzazione/riorganizzazione della struttura operativa.
CONSIDERATO che il Piano Sanitario Regionale è attuato nella programmazione sanitaria locale dalle Aziende sanitarie attraverso i Piani Attuativi Aziendali (PAA), anch'essi previsti dalla L.R.5/2009;
VISTO IL D.A. 496 del 13 marzo 2013 che approva le "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel Sistema sanitario regionale" e il relativo" Piano Annuale Controlli Analitici (PACA)" 2012/2013" e successive modifiche e integrazioni;
CONSIDERATO che la LR. 5/2009 identifica il Distretto Ospedaliero quale multi presidio polifunzionale che opera mediante una Spoke e la istituzione di ospedali riuniti multi-presidio, che operano secondo specifiche mission aziendali e di presidio con unico codice di struttura;
RITENUTO sottolineare che la riorganizzazione attuata con il presente decreto si svilupperà attraverso la rete integrata dei servizi ospedale-territorio con il mantenimento dei piccoli presidi ospedalieri riorganizzati secondo il "modello Ospedali Riuniti", al fine di garantire un livello assistenziale omogeneo con modelli tecnico-professionali condivisi, utilizzo di equipe integrate e percorsi assistenziali definiti. L'assistenza attraverso la sperimentazione del modello ospedali riuniti prevede la completa integrazione dei livelli di cura fra i diversi presidi ospedalieri che appartengono allo stesso modello al fine di completare il percorso assistenziale fra la alta intensità la media intensità e la bassa intensità (per pazienti post-acuti), avuto riguardo dell' integrazione e multidisciplinarietà tra i diversi apporti affinché i percorsi terapeutico assistenziali messi in atto si potenzino completandosi;
VISTO il parere positivo emesso in data 12/10/2012 dal Nucleo di Valutazione del Ministero della Salute sul Documento unitario di programmazione degli investimenti sanitari in Sicilia (DUPISS), redatto secondo la prevista metodologia MexA e in cui sono integrate anche la programmazione delle risorse europee 2007-2013 per l'adeguamento delle dotazioni di alta tecnologia, trasmesso al Ministero dell'Economia e Finanze in data 20/11/2012 per l'acquisizione del prescritto assenso tecnico-finanziario per la sottoscrizione dell'Accordo di Programma;

VISTA la delibera della Giunta regionale di governo n. 365 del 06/11/2013 che individua le linee di indirizzo per la rimodulazione della rete ospedaliero-territoriale: "(i) la sinergia tra sistema di offerta pubblico e sistema di offerta privato in termini di complementarietà evitando sovrapposizioni; (ii) eliminare duplicazioni evitando la frammentazione della rete dei servizi in un'ottica di crescita della qualità sia nel sistema pubblico che nel sistema privato; (iii) connotare in modo specifico ogni presidio della rete ospedaliera pubblica avuto riguardo del contesto territoriale, dello stato di avanzamento degli eventuali investimenti già effettuati, dei collegamenti con gli altri servizi ospedalieri e territoriali a livello provinciale, di bacino e regionale, della necessità di ottimizzare le risorse umane e l'utilizzo delle tecnologie; (iv) orientare il sistema privato accreditato, attraverso il processo di negoziazione con le aziende sanitarie, a conformare l'offerta in modo funzionale a completare quella pubblica, valorizzando in particolare le tipologie di prestazioni per le quali di registrano ancora elevati tassi di migrazione sanitaria (Drg fuga) e concorrendo, insieme al sistema pubblico, a migliorare l'attrattività delle strutture e a ridurre il tasso di mobilità passiva; (v) efficientare la rete di emergenza-urgenza e delle terapie intensive e completare il processo di messa in sicurezza dei punti nascita, secondo il livello e gli standard di sicurezza stabiliti dagli indirizzi di programmazione nazionali e dalle linee guida di settore";

VISTA la nota prot. 24042 del 18/03/2014 con cui questo Assessorato ha proposto, in riscontro alla nota DGPROG 28633-p del 07/11/2013, la sottoscrizione di un accordo stralcio tramite un Addendum alla proposta di Accordo di programma, relativo ai primi 74 interventi sui 79 complessivamente previsti nel nuovo ciclo di programmazione (DUPISS) rappresentando che si tratta di interventi divenuti "indifferibili in relazione allo stato di inadeguatezza in cui versano le attuali strutture sanitarie";

VISTO l'Addendum all'Accordo di Programma per il DUPISS inviato con la suddetta nota prot. 24042 del 18/03/2014 che prevede, in coerenza con le linee di indirizzo ratificate dalla Giunta regionale di governo con la sopracitata delibera 365 del 06/11/2013, che al momento della sottoscrizione dell'Accordo di Programma l'Assessorato ne darà comunicazione alle direzioni delle Aziende interessate per "richiedere la coerenza degli interventi con l'emanando piano di rimodulazione della rete ospedaliero-territoriale anche al fine di valutare l'esigenza di eventuali rimodulazioni";

CONSIDERATO che il processo di riordino della rete ospedaliera non può prescindere dal riordino della rete territoriale e deve contestualmente prevedere il riordino della rete del sistema emergenza-urgenza ospedaliera-territoriale in modo da garantire all'assistito cure immediate di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato, con conseguente riduzione degli accessi a setting assistenziali impropri;

RITENUTO pertanto che la rete ospedaliera-territoriale dovrà essere sviluppata secondo una concezione dinamica dell'assistenza che assicuri l'integrazione tra i nodi della rete e possa essere modificata sulla base dell'evoluzione delle conoscenze e competenze professionali e gestionali, nonché di intervenute innovazioni legislative e fermi e impregiudicati gli effetti degli obblighi derivanti da pronunce di organi giurisdizionali;

VALUTATI gli effetti prodotti sul sistema dalla introduzione del "day service" quale modalità assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero;

CONSIDERATO che il *day service* si configura, pertanto, come un modello centrato sul percorso clinico e non sulla singola prestazione, rispondendo alla necessità di gestione di situazioni cliniche complesse, tali da richiedere una presa in carico del paziente, per un suo inquadramento globale e la definizione in tempi brevi della relativa gestione assistenziale, ma per le quali il ricovero in regime ordinario e/o in *Day Hospital* risulta inappropriato;
VISTO il DA n. 2536/11di "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" e s.m.i.;
CONSIDERATO di dovere trasfondere nel riassetto della revisione della rete ospedaliera quanto già contenuto nel suddetto DA 2536/2011 adottando con il presente decreto le risultanze della ricognizione della rete dei punti nascita con gli atti di programmazione già vigenti dove non modificati dal presente decreto;
VALUTATA la opportunità di prevedere, per le strutture private accreditate, purchè monospecialistiche, la previsione del mantenimento della struttura sanitaria anche con un numero di posti letto inferiore al valore soglia previsto dall'emanando regolamento ministeriale, con particolare in riferimento alle strutture psichiatriche e a quelle sede di punto nascita di I° e II° livello;
VISTA la deliberazione n. 285 del 7 agosto 2013 allegato A pag. 2 con la quale si dispone specificamente che "*le aziende sanitarie attivino i posti letto di rianimazione previsti dalla programmazione regionale e non attivati…*"
VISTO il Piano interregionale delle "Isole Minori e zone a difficoltà di accesso" valutato dalla Commissione Salute nella seduta del 11 giugno 2014;
RITENUTO di potere prevedere, nelle more della definitiva approvazione del Piano interregionale delle "Isole Minori e zone a difficoltà di accesso" in sede di conferenza Stato Regioni, nei presidi in cui vengono dismessi i punti nascita, la possibilità di mantenere le Unità Operative di ostetricia e ginecologia per le attività, sia di ricovero ordinario che a ciclo diurno,inerenti le prestazioni di ginecologia e ostetricia con la sola esclusione dell'evento parto;
VISTO il decreto-legge 6 luglio 2012 n.95, convertito, con modificazione, dalla legge 7 agosto 2012 n.135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c) dispone che le Regioni, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi che, saranno definiti con apposito regolamento e tenendo conto della mobilità interregionale, adottino provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per abitanti di cui 0,2 per lungodegenza e 0,5 per riabilitazione, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;
TENUTO CONTO delle stringenti disposizioni introdotte nel 2012 dal Legislatore Nazionale in tema di spending review e di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale le quali impongono che la nuova pianificazione regionale deve fondarsi sul consolidamento dei risultati raggiunti nei due trienni precedenti e rilanciarsi in ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative; le strutture ospedaliere dovranno adeguare la propria organizzazione, per assicurare la presa in carico delle persone assistite, secondo livelli di gravità e di bisogno differenziati secondo il nuovo modello di ospedali riuniti;

STANTE che la Regione è tenuta a provvedere conseguenzialmente alla riorganizzazione della rete ospedaliero-territoriale su base regionale, per bacino e provincia di riferimento nonché per singolo presidio in esito ad una profonda rivisitazione dei criteri e del metodo a base dell'avvio della fase di implementazione secondo i nuovi parametri, definendo, per ogni presidio pubblico e privato sia per acuti che per post-acuti, la "mission" specifica, il dettaglio per singola disciplina e posto letto specificamente per attività di ricovero ordinario e di day hospital e assegnando ad ogni disciplina anche l'identificazione relativa alla tipologia di struttura semplice o complessa;

RAVVISATA l'opportunità di sviluppare ulteriori strategie d'intervento che, agendo sull'organizzazione e sull'appropriatezza clinica, investendo sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, nonostante il progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario;

TENUTO CONTO del documento adottato dal comitato LEA nella seduta del 26.3.2012, in aderenza a quanto previsto dall'intesa Stato Regioni del 3.12.2009, concernente il "Patto per la salute per gli anni 2010/2012" con il quale sono stati approvati gli standard per la individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento e con il quale documento è stato fissato lo standard per le strutture complesse nella misura di 17,5 posti letto per quelle ospedaliere e di n. 13.515 residenti per quelle non ospedaliere e con il quale è stato altresì fissato lo standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa;

PRESO ATTO che la rideterminazione delle unità operative, delle posizioni organizzative e di coordinamento è stata parzialmente realizzata negli anni precedenti e che quindi si è reso necessario provvedere, con il presente atto di programmazione, alla rimodulazione della rete ospedaliera territoriale propedeutica alla riadozione degli atti aziendali e delle dotazioni organiche;

CONSIDERATO che il progetto di rimodulazione della rete approvato col presente decreto prevede un allineamento progressivo agli standard previsti dal documento adottato dal comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012 e dall'emanando regolamento ministeriale richiamato dal D. L. n. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012 e pertanto si prevede fin d'ora un piano di rimodulazione del numero equivalente fuori standard delle UOC. A seguito dell'atto di intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 10 luglio 2014 e del relativo regolamento recante " Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" CSR del 5 agosto 2014, fermo restando l'impianto complessivo definito con la riprogrammazione della rete già presentato, si rende necessario, alla luce del predetto Regolamento rivisitare le attività del crono programma di adeguamento agli standard come di seguito riscontrabile.

Tali revisioni sono state sintetizzate in una tabella, allegata al presente DA, che rappresenta in logica matriciale l'adeguamento delle discipline agli standard di cui al predetto regolamento attraverso un processo di allineamento progressivo fino al raggiungimento dell'obiettivo previsto al 31 dicembre 2016.

Nelle colonne della matrice sono riportate le diverse fasi del processo di allineamento:

1. Nella prima colonna sono rappresentate le discipline a oggi presenti in regione per come rilevabili da modello HSP;
2. Nella seconda colonna sono rappresentate le discipline presenti nel progetto di rimodulazione predisposto il 24 luglio u.s. e trasmesso tramite sistema documentale il 4 agosto 2014;
3. Nella terza colonna sono rappresentate le discipline riviste alla luce delle prime azioni correttive necessarie all'allineamento al regolamento al 31 dicembre 2014. In pari data sarà presentato il piano di dettaglio di adeguamento come richiesto dall'art. 1, comma 2 del regolamento;
4. I dati della quarta colonna fanno riferimento al valore minimo e massimo a cui la revisione delle discipline dovrà tendere entro il 31 dicembre 2016 a completamento del processo di adeguamento della rete;
5. Nella quinta colonna sono indicate le azioni correttive in funzione dell'impatto percentuale che pubblici e privati hanno sul sistema;
6. Nella sesta colonna sono rappresentate le discipline rimodulate, (righe in viola) in funzione di ipotesi fattive di riduzione al 1 settembre 2015. Sono state prese in considerazione in primo luogo le discipline significamente fuori standard e di cui si prevede una riduzione almeno pari al 30%, con l'eccezione della medicina generale la cui riduzione si ipotizza del 20%.
   In data 1 settembre 2015 sarà presentata anche la prima revisione del piano di dettaglio di adeguamento in funzione delle variabili esogene ed endogene al sistema che ne potranno condizionare l'avanzamento, prevedendo una seconda revisione al 31 maggio 2016;

Tutte le UOC, secondo la disciplina di appartenenza, saranno sottoposte a valutazione comparativa utilizzando i parametri di performance, volumi, esiti ed appropriatezza erogativa.

Analoga previsione dovrà essere effettuata in riferimento alle discipline il cui numero complessivo fra erogatori pubblici e privati eccede lo standard di riferimento di cui all'emanando regolamento, nonché per il numero dei posti letto equivalenti eccedenti lo standard;

PRECISATO che al termine della valutazione, qualora le UOC siano rappresentative del corrispondente livello di complessità e di presenza territoriale, anche se interessate da valutazione negativa, le stesse continuano ad essere mantenute nel rispetto delle funzioni minime previste nell'emanando regolamento ministeriale; in ogni caso le predette UOC devono rispondere agli standard di sicurezza e qualità previste dalla normativa di settore;

VALUTATA la necessità altresì di provvedere alla riorganizzazione dell'attività della rete dei registri tumori di cui all'art. 27 LR 5/2009 anche attraverso l'assegnazione di specifica dotazione organica;

CONSIDERATO che, la Regione Siciliana ha deciso di avvalersi della facoltà prevista all'art.15, comma 20, del D.L. n.95/2012, convertito in Legge n.135/2012, in continuità con il Programma Operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro, mediante la predisposizione di un "*Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento dei livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale*" per il triennio 2013 – 2015", in corso di approvazione da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia;

VISTA la Delibera di Giunta regionale n. 218 del 27 giugno 2013 con la quale si apprezza la Bozza di Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) 2013\2015;

VISTO il DA n. 476 del 26 marzo 2014 di adozione del "Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013/2015" delle misure strutturali e di innalzamento dei livelli di qualità del Sistema sanitario Regionale;
VISTO il DA n. 678 del 23 aprile 2014 " Integrazioni e correzioni al Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento dei livelli di qualità del Sistema sanitario Regionale 2013/2015 già approvato con DA 476 del 26.03.2014";
VISTA la nota prot. n. 24042 del 18 marzo 2014 "Accordo di programma ex art. 20 legge 67/88 per l'utilizzo delle risorse derivante da somme residuate da programmazioni precedenti e dai riparti di cui alle leggi nazionali n. 296/2006 e 244/2007 – primo stralcio;
TENUTO CONTO degli indirizzi contenuti nel documento prot. n. 8003305 del 18 marzo 2013 sulla "Razionalizzazione delle reti assistenziali della regione Siciliana" redatto dal AGENAS;
VISTO che con DA 9 settembre 2013 pubblicato sulla GURS n. 44 del 27 settembre 2013 è stata recepita l'Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 sul documento che definisce la disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
VISTO il DA n. 40 del 2013 "Rete pediatrica: riorganizzazione posti letto CEMI e ARNAS P.O. Di Cristina di Palermo";
VISTA la delibera di Giunta Regionale n. 192 del 29 maggio 2013 "Nuove disposizioni per l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e terapie di alta specializzazione (ISMETT) e SMI";
VISTA la delibera di Giunta Regionale n. 409 del 24 dicembre 2013 "Schema dello statuto della Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù, Funzioni di Commissario Straordinario delle Fondazione al Direttore Sanitario della stessa. Presa d'atto";
RITENUTO che i provvedimenti inerenti il riordino della rete ospedaliera, dovranno essere adottati intervenendo sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse) e sulla riarticolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione unità operative), integrando la stessa nella logica del continuum dei Livelli Essenziali di Assistenza;
CONSIDERATO che per effetto dell'attuazione delle predette normative nazionali e regionali, il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa focalizza l'attenzione sul trasferimento di ricoveri in setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario, maggiormente adeguati alle esigenze dei pazienti e con un minor costo attraverso:
- il trasferimento dei ricoveri per acuti in ricoveri in lungodegenza o riabilitazione;
- la trasformazione di quota parte dei ricoveri in assistenza sostitutiva in ambito residenziale come RSA, Hospice, e in attività ambulatoriale e/o in Day Service o in prestazioni da effettuarsi nell'ambito di ospedali rifunzionalizzati anche in Ospedali di comunità e nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) quale conseguenza della ridefinizione dell'assetto organizzativo e della mission dei presidi ospedalieri sia a livello di bacino che di provincia;
RITENUTO pertanto di prevedere la riorganizzazione dei presidi ospedalieri ricadenti in un medesimo distretto in "Ospedali Riuniti" multipresidio, tanto ai fini organizzativi che ai fini dell'omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza in aree geografiche critiche nonché la loro integrazione in rete con le aree in cui sono presenti differenziati livelli assistenziali;
RITENUTO che il modello degli ospedali riuniti di distretto risponda, in analogia a quanto previsto dal Regolamento del 5 agosto 2014 sugli standard recante " Definizione degli standard

qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" CSR del 5 agosto 2014, per il settore privato, all'esigenza di determinare, nella fase di prima e immediata applicazione del Regolamento, riconducendo ad un unico soggetto giuridico due o più presidi sanitari ricadenti in uno stesso distretto, le precondizioni organizzative e funzionali per la graduale riqualificazione degli stessi sia attraverso processi di riassetto interni delle funzioni ospedaliere per acuti e post acuti in coerenza dei fabbisogni e dell'economicità di sistema, concorrendo all'allineamento agli standard regolamentari, sia attraverso processi di riconversione di quei presidi che, all'interno del nuovo soggetto giuridico, presentino le caratteristiche di ospedali c.d. di comunita' e di ospedale di zona particolarmente disagiata o di zona sede di insediamenti industriali; ;

RITENUTO altresi', in corrispondenza del nuovo modello identificato negli ospedali riuniti di distretto e delle caratteristiche dei presidi che compongono il nuovo soggetto giuridico, di dovere coerentemente rideterminare il sistema di codifica identificativo delle singole strutture e delle funzioni ivi previste, al fine di consentire, in linea con i flussi ministeriali e del sistema informativo regionale, la puntuale tracciabilita' delle attivita' sanitarie nei diversi livelli produttivi;

RITENUTO che tale riqualificazione dei nodi della rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale, risponda altresi', in concorso con il settore privato, alla diversificazione dell'offerta sanitaria sul territorio regionale, avuto riguardo delle peculiari caratteristiche orografiche dello stesso, degli investimenti effettuati e/o avviati nei precedenti cicli di programmazione, delle condizioni infrastrutturali relative tanto alla rete delle comunicazioni che dei servizi non sanitari, fattori questi non trascurabili nell'ambito di una pianificazione strategica che non puo' prescindere da una logica di intersettorialita' e di analisi multilivello;

RITENUTO inoltre che il complesso processo di trasformazione e di efficientamento della rete cosi' come previsto, nelle diverse fasi di avanzamento analiticamente e temporalmente programmate, possa gradualmente permeare la percezione da parte della collettività della nuova configurazione dei servizi rispetto alla domanda di salute, semplificando la comunicazione istituzionale e orientando ad un sempre migliore uso degli stessi e delle risorse pubbliche correlate;

RITENUTO, per l'individuazione, in fase di prima applicazione del regolamento, delle strutture da rifunzionalizzare in ospedali c.d. di comunita', di dovere tenere conto dei seguenti criteri di inclusione/esclusione:

1. Caratteristiche generali previste all'art.10 comma 10.1 dell'emanando regolamento ministeriale (adattabilità alle esigenze sanitarie territoriali);
2. Dislocazione territoriale (presenza di un ospedale per acuti nell'ambito dello stesso distretto)
3. Presenza di discipline che orientano verso la gestione delle cronicità, alla assistenza di tipo infermieristico e di continuità assistenziale, alla presa in carico post ricovero;
4. Previsione o meno di investimenti per adeguamenti strutturali e tecnologici;
5. Sussistenza o meno di insediamenti industriali;

RITENUTO altresì prevedere che, qualora permangano all'interno dello stesso presidio, attività di livello ospedaliero e territoriale, la struttura dovrà essere organizzata al fine di rendere evidente ed inequivocabile l'afferenza alle rispettive aree di riferimento;

TENUTO CONTO degli obiettivi generali e specifici relativi al completamento e riorganizzazione della rete ai sensi del decreto-legge 6 luglio 2012 n.95, convertito, con modificazione, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, che possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

- individuazione dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere, ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina e regime di ricovero;
- riduzione del numero di posti letto ospedalieri per acuti e incremento del numero di posti letto ospedalieri per post-acuti;
- riduzione delle unità operative, posizioni organizzative e di coordinamento eccedenti gli standard;
- connotazione in modo specifico di ogni presidio della rete ospedaliera per livelli di complessità crescente e specifica mission;
- efficientamento della rete delle terapie intensive e completamento del processo di messa in sicurezza dei punti nascita;
- efficientamento della rete di emergenza-urgenza e messa a regime delle funzioni di PS e DEA di I e II livello con rifunzionalizzazione delle attività oggi in capo ad alcuni piccoli ospedali confluiti nel sistema degli Ospedali Riuniti;
- sviluppo e riorganizzazione del sistema integrato delle funzioni ospedaliere avvalendosi del modello *hub and spoke;*
- riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo i modelli di tipo dipartimentale e per intensità di cura;
- riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e riorganizzazione delle attività territoriali per l'integrazione con l'ospedale e contestuale progressivo potenziamento delle attività territoriali;
- sinergia tra il sistema di offerta pubblico e il sistema di offerta privato;
- revisione delle reti di patologia in atto programmate, ove non aderenti, alle determinazioni della presente rete ospedaliera;
- riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotti volumi di attività.

CONSIDERATO che la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera, richiede il parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali, attraverso la messa a punto di interventi organici di sistema, sotto gli aspetti strutturali, organizzativi e di empowerment;

CONSIDERATO che il completamento del processo di riorganizzazione non può prescindere dalla disponibilità ed effettiva attivazione delle risorse per gli investimenti strutturali ex art. 20 della L 67/88 così come previsti dall'Addendum all'accordo di Programma del sopracitato DUPISS, in attesa di finanziamento statale tramite sottoscrizione Accordi di programma;

CONSIDERATO che gli effetti del riordino della rete ospedaliera, in merito ai suddetti correlati interventi, potranno essere valutati solo in progress avviando un percorso complesso che richiede la attivazione, trasformazione e dismissione di attività, adeguamenti strutturali, tecnologici, processi di adeguamento della dotazione organica nonché delle procedure di assegnazione, mobilità di personale e formazione dello stesso;

ESAMINATE le proposte formulate dalle singole Aziende Sanitarie pubbliche della Regione e considerate le risultanze emerse a seguito di specifici incontri tra il competente Servizio 4 del Dipartimento Pianificazione Strategica, le direzioni delle stesse Aziende e AIOP rispettivamente con riferimento ai posti letto pubblici e privati accreditati;

CONSIDERATE le risultanze delle ulteriori analisi in ordine alla consistenza dei posti letto in strutture a valenza regionale e/o sovraregionale, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza esistenti, in particolare, nella provincia di Enna, Messina e Palermo, relative agli IRCCS Oasi di Troina, Bonino Pulejo di Messina, ISMETT di Palermo e Centro di Riabilitazione dell'ASP di Enna;

VISTI i verbali delle sedute della VI Commissione legislativa in ordine all'esame delle problematiche afferenti i servizi ospedalieri e la rimodulazione della rete dei posti letto in ambito regionale e specificamente:n. 58 del 12 novembre 2013 presso la sala convegni dell'ospedale di Licata; n. 67 del 17 dicembre 2013presso la sede dell'Irccs "Oasi Maria Santissima" di Troina ; n. 71 del 21 gennaio 2014 presso la sala consiliare del comune di Corleone;n. 72 del 24 gennaio 2014 presso la sala consiliare del comune di Noto; n. 73 del 24 gennaio 2014 presso la sala consiliare del comune di Paternò ; n. 74 e n. 75 del27 gennaio 2014 presso Mussomeli a Mazzarino; seduta n. 76 del 27 gennaio 2014 presso la sala consiliare del comune di Niscemi; n. 78 del 31 gennaio 2014 presso la sala consiliare del comune di Comiso; n. 79 del 31 gennaio 2014 presso la sala consiliare del comune di Scicli; n. 80 del 4 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Leonforte; n. 81 del 4 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Enna;n. 82 del 4 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Piazza Armerina; n. 83 del 5 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Ribera;n. 84 del 5 febbraio 2014 presso la banca del sangue cordonale di Sciacca; n. 85 del 5 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Sciacca; n. 86 del 17 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Salemi; n. 87 del 17 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Trapani; n. 90 del 3 febbraio 2014 presso ASP Messina; n. 91 del 3 febbraio 2014 presso la sala consiliare del comune di Taormina; n. 93 del 17 marzo 2014 presso ASP di Catania ;n. 94 del 17 marzo 2014 presso ASP di Palermo;

RITENUTO necessario, alla luce delle risultanze di cui sopra, provvedere ad una puntuale rideterminazione dei posti letto per acuti e per riabilitazione e lungodegenza per bacino. per singola provincia, per singola Azienda, in coerenza con la prospettiva di riordino del sistema sanitario ospedaliero e territoriale, previsto dalla legge di riforma e dall'intervenuto emanando regolamento ministeriale, approvato in data 5 agosto u.s., adeguandola tendenzialmente ai parametri e agli standard previsti nell'arco del prossimo triennio di validità del POCS (*"Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento dei livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale"*);

CONSIDERATA la valenza pluriennale del presente atto di programmazione, che gli effetti dello stesso dovranno essere sistematicamente monitorati a cadenza semestrale, al fine di valutarne lo stato di attuazione, l'efficacia degli interventi avvalendosi di tutti gli strumenti disponibili e utili allo scopo e orientare, ove necessario, le scelte programmatiche a livello regionale e aziendale; tanto anche al fine di riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso di assicurare un più adeguato controllo della spesa;

SENTITI in diversi incontri i rappresentanti dell'AIOP regionale da ultimo in audizione presso la VI Commissione legislativa Sanità e servizi sociali in data 17 Giugno 2014;

VISTI i pareri espressi dalle Conferenze dei Sindaci di tutte le province siciliane;

VISTE le risultanze degli incontri contenute nei rispettivi verbali con le organizzazioni sindacali regionali mediche effettuati in data 7\8\9 luglio 2014;

VISTE le risultanze dell'incontro con l'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri effettuati in data 17 luglio 2014;

VISTE le risultanze degli incontri con la rappresentanza medica delle Società Scientifiche;

RITENUTO di dovere prevedere per le AOUP la coerenza dei protocolli di intesa Regione/Università con la rete definita dal presente decreto;

RITENUTO di fare riferimento, ai fini della riorganizzazione, ai criteri metodologici e alle schede di riassetto della rete di cui all'allegato n.1 "Riordino della rete ospedaliera", allegato n. 2 "Tabelle UOC/UOS con posti letto delle Aziende Sanitarie", allegato n. 3 "Tabelle UOC/UOS senza posti letto e Servizi territoriali" e all'allegato n. 4 " Cronoprogramma allineamento rete ospedaliera" che fanno parte del presente decreto;

VISTO l'atto di intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 10 luglio 2014 e del relativo regolamento recante " Definizione degli standard, qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" CSR del 5 agosto 2014;

RITENUTO che l'indicazione, contenuta nelle tabelle allegate delle strutture complesse relative sia ai posti letto per acuti che di post acuzie, qualora indicate come uniche, le stesse debbano svolgere funzioni di Coordinamento Aziendale delle altre strutture semplici presenti nella stessa Azienda, in modo da garantire percorsi e procedure assistenziali condivisi ed uniformi su tutto il territorio Provinciale;

RITENUTO altresì che, per quanto riguarda le unità operative senza posti letto e i servizi territoriali di cui all'allegato 3, eventuali modificazioni- non inficiando il numero complessivo dei posti letto potranno essere prese in considerazione in relazione ai fabbisogni nelle definizione degli atti aziendali e previa autorizzazione assessoriale;

VISTO il parere reso dalla VI Commissione Legislativa Sanità e servizi sociali nella seduta n. 127 del 20 novembre 2014 unitamente alla risoluzione n. 26 di pari data " Atto di indirizzo in ordine all'attuazione del piano di riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale della Regione siciliana" i cui contenuti si intendono integralmente riportati;

VISTO l'apprezzamento espresso dalla Giunta Regionale di Governo sul documento di rimodulazione di rete con le delibere n 362 del 17 dicembre 2014 e n. 389 del 22 dicembre 2014;

RITENUTO dovere specificare che le previsioni relative alla rifunzionalizzazione e rimodulazione della rete ospedaliera disposte col presente D.A. modificano le precedenti previsioni rispetto alle assegnazioni di UOC e UOS nonché delle reti di patologie già approvate con precedenti decreti assessoriali ove non coerenti;

RITENUTO altresì che tutte le UO sia semplici che complesse del SSR- sia nel settore pubblico che nel settore privato- saranno sottoposti a valutazione comparativa sulla base di criteri opportunamente individuati, sentita la VI Commissione Legislativa, ai fini delle determinazioni definitive riguardanti la rimodulazione/accorpamenti delle discipline e dei posti letto per acuti, nonché dei presidi ospedalieri destinati a rifunzionalizzazione in Ospedali di Comunità, tenuto conto anche degli effetti derivanti da un eventuale miglioramento del saldo di mobilità passiva, oltre che della migliore funzionalità, efficienza e sicurezza di tutti i presidi ospedalieri e territoriali;

DECRETA

Art. 1

La rete ospedaliera, sulla base delle indicazioni espresse in premessa che costituiscono parte integrante, è determinata secondo quanto dettagliato nei seguenti allegati:

- "Relazione tecnica, Riordino della rete ospedaliera", alla lettera sub) "1"
- "Tabelle posti letto Aziende Sanitarie e identificazione UOC/UOS", alla lettera sub) "2"
- "Tabelle identificazione UOC/UOS senza posti letto-Servizi territoriali", alla lett-sub) "3"
- "Cronoprogramma adeguamento rete" alla lettera sub) "4"
- "Tabelle Hub e Spoke dell'emergenza" alla lettera sub) "5"
- "Tabella di sintesi con posti letto complessivi e per area territoriale provinciale" alla lettera sub) "6"
- "Tabella riequilibrio bacini" alla lettera sub) "7"
- "Tabella revisione del piano e cronoprogramma" alla lettera sub) "8"

Art. 2

Le Aziende Ospedaliere, le Aziende sanitarie provinciali, le aziende ospedaliere universitarie policlinico, gli Irccs, gli ospedali classificati, dovranno ottemperare alle disposizioni programmatiche di cui al presente decreto adeguando, secondo specifico cronoprogramma, i rispettivi presidi ospedalieri e territoriali di pertinenza, completando il processo di messa a regime e riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale per come definita dai predetti atti di programmazione entro il triennio 2014/2016;

Art. 3

Per le strutture private accreditate con successivo provvedimento si darà seguito alle disposizioni programmatiche di cui al presente decreto operando la riconversione di almeno 133 posti letto per

acuti in altrettanti posti letto di post-acuti nell'ambito del riequilibrio dell'intera rete ospedaliera regionale.
Al fine di concorrere all'allineamento tendenziale agli standard dell'assistenza ospedaliera in termini quali-quantitativi sia con riferimento ai posti letto che alle singole discipline, con il medesimo provvedimento verrà definita, nell'arco del triennio e in accordo con AIOP, la distribuzione per provincia e per singola Casa di Cura della suddetta riconversione sulla base delle risultanze delle valutazioni dei progetti di efficientamento della rete proposti da AIOP e valutati dall'amministrazione competente;

Art. 4

Con successivo provvedimento saranno definite le modalità ed i termini di adeguamento della rete, così come determinata dal presente D.A, agli standard previsti nel documento adottato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012 e dall'emanando regolamento ministeriale approvato nella seduta del 5 agosto, richiamato dal D. L. n. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012. Pertanto si prevede fin d'ora un piano di rimodulazione del numero equivalente fuori standard delle UOC come sono state sintetizzate in una tabella, allegata al presente DA, che rappresenta in logica matriciale l'adeguamento delle discipline agli standard di cui al predetto regolamento attraverso un processo di allineamento progressivo fino al raggiungimento dell'obiettivo previsto al 31 dicembre 2016.

Nelle colonne della matrice sono riportate le diverse fasi del processo di allineamento:

1. Nella prima colonna sono rappresentate le discipline a oggi presenti in regione per come rilevabili da modello HSP;
2. Nella seconda colonna sono rappresentate le discipline presenti nel progetto di rimodulazione predisposto il 24 luglio u.s. e trasmesso tramite sistema documentale il 4 agosto 2014;
3. Nella terza colonna sono rappresentate le discipline riviste alla luce delle prime azioni correttive necessarie all'allineamento al regolamento al 31 dicembre 2014. In pari data sarà presentato il piano di dettaglio di adeguamento come richiesto dall'art. 1, comma 2 del regolamento;
4. I dati della quarta colonna fanno riferimento al valore minimo e massimo a cui la revisione delle discipline dovrà tendere entro il 31 dicembre 2016 a completamento del processo di adeguamento della rete;
5. Nella quinta colonna sono indicate le azioni correttive in funzione dell'impatto percentuale che pubblici e privati hanno sul sistema;
6. Nella sesta colonna sono rappresentate le discipline rimodulate, (righe in viola) in funzione di ipotesi fattive di riduzione al 1 settembre 2015. Sono state prese in considerazione in primo luogo le discipline significamente fuori standard e di cui si prevede una riduzione almeno pari al 30%, con l'eccezione della medicina generale la cui riduzione si ipotizza del 20%.
   In data 1 settembre 2015 sarà presentata anche la prima revisione del piano di dettaglio di adeguamento in funzione delle variabili esogene ed endogene al

sistema che ne potranno condizionare l'avanzamento, prevedendo una seconda revisione al 31 maggio 2016;

A tal fine tutte le UO sia semplici che complesse del SSR- sia nel settore pubblico che nel settore privato- saranno sottoposti a valutazione comparativa sulla base di criteri opportunamente individuati, sentita la VI Commissione Legislativa, ai fini delle determinazioni definitive riguardanti la rimodulazione/accorpamenti delle discipline e dei posti letto per acuti, nonché dei presidi ospedalieri destinati a rifunzionalizzazione in Ospedali di Comunità, tenuto conto anche degli effetti derivanti da un eventuale miglioramento del saldo di mobilità passiva, oltre che della migliore funzionalità, efficienza e sicurezza di tutti i presidi ospedalieri e territoriali;

Art. 5

Il presente atto di programmazione, a valenza pluriennale e gli effetti dello stesso saranno sistematicamente monitorati a cura dell'Assessorato della Salute, con cadenza semestrale, al fine di valutarne lo stato di attuazione, l'efficacia degli interventi e orientare, ove necessario, le scelte programmatiche a livello regionale e aziendale. Il presente provvedimento potrà subire modificazioni anche in considerazione del modificarsi del saldo di mobilità e del corrispondente coefficiente di calcolo dei posti letto equivalenti, determinandosi, in tal senso, un adeguamento graduale allo standard; altresì la rete ospedaliera-territoriale dovrà essere sviluppata secondo una concezione dinamica dell'assistenza che assicuri l'integrazione tra i nodi della rete e possa essere modificata sulla base dell'evoluzione, delle conoscenze e competenze professionali e gestionali, nonché di intervenute innovazioni legislative e fermi e impregiudicati gli effetti degli obblighi derivanti da pronunce di organi giurisdizionali;

Art. 6

Con successivo provvedimento verranno attribuiti, in coerenza con la rete di cui al presente decreto, i nuovi codici di struttura identificativi di ciascuna aggregazione degli Ospedali Riuniti al fine di aggiornare i modelli ministeriali di anagrafica struttura e delle relative prestazioni nei diversi livelli produttivi a decorrere dalla data di inizio del processo di aggregazioni;

Art. 7

Disporre che per le strutture che presentino le caratteristiche di ospedali c.d. di comunità, si dia avvio al processo di riconversione da completarsi entro il 31 dicembre 2016, con la contestuale attivazione, nella misura prevista di posti letto territoriali per come previsto all'art.10 comma 10.1 del regolamento ministeriale;

Art. 8

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e sul sito dell'Assessorato della Salute.

Palermo, 14 GEN 2015

Il Dirigente Generale
Dott. Gaetano Chiaro

L'Assessore
Dott.ssa Lucia Borsellino