

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
Servizio 4 "Programmazione ospedaliera"

Prot.n. 64501

Palermo 29 luglio 2016

OGGETTO: DOCUMENTO METODOLOGICO PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RETE DELL'EMERGENZA – URGENZA DELLA REGIONE SICILIANA. INTEGRAZIONE

Al Direttore Generale
Ministero della Salute
Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria
ROMA

Si fa seguito all'incontro tenutosi presso Codesto Ministero in data 27/07/2016 si ripropone la relazione già trasmessa in data 15/06/2016, con le integrazioni scaturenti dagli esiti della riunione.

Il DA n. 46 del 14/1/2015 recante "Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera – territoriale della Regione Siciliana" articola in parte la rete dell'emergenza urgenza nell'ambito regionale.

Sulla base dei pareri pervenuti dal Ministero della Salute (nn. 139 del 18/9/2015 e 14 del 4/3/2016) sono emerse alcune criticità soprattutto connesse all'assetto organizzativo.

Quanto sopra considerata anche l'intervenuta normativa di cui al DM 70/2015 che disciplinando gli obiettivi previsti dagli standard in ordine ai bacini di utenza, alle soglie minime di volume di attività e di esito delle singole discipline da applicare, in fase di programmazione, a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati, intende concentrare l'attività ospedaliera ed in linea con le indicazioni operative del Ministero della Salute prot.n. 0006253 del 22/2/2016.

In ragione di quanto sopra, questo Assessorato ha elaborato un nuovo documento di programmazione nel contesto del quale ha proceduto ad una attenta rivalutazione dell'assetto in precedenza programmato, eliminando le unità operative afferenti alle discipline duplicate nelle singole strutture ospedaliere e rivalutando la riconversione degli stabilimenti/presidi di piccole dimensioni.

Per quanto concerne le strutture ospedaliere, si evidenzia che queste sono state classificate secondo i livelli di complessità crescente - previsti dal DM 70/2015, individuando i presidi ospedalieri di base, i Dipartimenti di Emergenza Urgenza e di Accettazione di primo e di secondo livello nonché i presidi ospedalieri di zone disagiate e gli ospedali di comunità provenienti dalla riconversione dei rispettivi presidi ospedalieri.

Si riassume, come di seguito indicato, il numero complessivo delle strutture classificate a livello regionale facenti parte del nuovo sistema di rete dell'emergenza urgenza così distinte:

Codice Azienda	Descrizione Azienda	Codice struttura	Descrizione Struttura
----------------	---------------------	------------------	-----------------------

HUB	PS DEA II LIVELLO			
	190921	AO Cannizzaro	190921	AO Cannizzaro
	190927	AO Civico	190927	AO Civico
	190925	AOUP Messina	190925	AOUP Messina

SPOKE	PS DEA I LIVELLO			
	190201	ASP Agrigento	190301	P.O. "S. Giovanni Di Dio" di Agrigento
	190202	ASP Caltanissetta	190306	Ospedali riuniti PP.OO. "S. Elia" di Caltanissetta e di San Cataldo
			190309	Ospedali riuniti PP.OO. "Vittorio Emanuele" di Gela, "S. Stefano" di Mazzarino e "Basarocco" di Niscemi
	190922	ARNAS	190922	AO Garibaldi
	190923	AOUP Catania	190923	AOUP Catania
	190203	ASP Catania	190317	Caltagirone
	190204	ASP Enna	190319	Ospedali riuniti PP.OO. "Umberto I" di Enna, Chiello di Piazza Armerina e Capra Branciforte" di Leonforte
	190924	AO Papardo	190924	AO Papardo
	190926	AO V. Sofia Cervello	190926	AO riuniti PP.OO. Villa Sofia-Cervello
	190928	AOUP Palermo	190928	AOUP Palermo
	190199	Ospedale riclassificato	190199	P.O. "Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli"
	190207	ASP Ragusa	190338	P.O. "Civile-OMPA" di Ragusa
	190208	ASP Siracusa	190345	P.O. "Umberto I" di Siracusa
190209	ASP Trapani	190351	Ospedali riuniti PP.OO. "S. Antonio Abate" di Trapani e "V. Emanuele III" di Salemi	

PS DI BASE	OSPEDALI DI BASE			
	190201	ASP Agrigento	190302	P.O. "Barone Lombardo" di Canicattì
			190303	P.O. "San Giacomo D'Altopasso" di Licata
			190305	Ospedali riuniti PP.OO. "Ospedali Civili Riuniti" di Sciacca e "F.lli Parlapiano" di Ribera
	190203	ASP Catania	190312	Ospedali riuniti PP.OO. "S. Marta e S. Venera" di Acireale e "S. Giovanni di Dio e S. Isidoro" di Giarre
			190314	Ospedali riuniti PP.OO. "Maria SS. Addolorata" di Biancavilla e "SS. Salvatore" di Paternò
	190205	IRCCS Messina		IRCCS Bonino Pulejo - Piemonte
		ASP Messina	190325	Ospedali riuniti PP.OO. "Generale" di Milazzo e "Zodda" di Barcellona Pozzo di Gotto
			190326	P.O. "San Vincenzo" di Taormina
			190328	P.O. "Barone Romeo" di Patti
190329			Ospedali riuniti PP.OO. "Generale" di S. Agata Militello e "SS. Salvatore" di Mistretta	

	190206	ASP Palermo	190332	P.O. "Civico" di Partinico
			190334	P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese
			190335	P.O. "G. F. Ingrassia" di Palermo
		Ospedale classificato	190199	P.O. "Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli"
		Ospedale classificato	190179	P.O. Fondazione G. Giglio" di Cefalù
	190207	ASP Ragusa	190340	P.O. "Maggiore" di Modica
			190342	Ospedali riuniti PP.OO. "R. Guzzardi" di Vittoria e "Regina Margherita" di Comiso
	190208	ASP Siracusa	190343	P.O. "G. Di Maria" di Avola
			190347	P.O. "Generale" di Lentini
			190346	P.O. "Muscatello" di Augusta
	190209	ASP Trapani	190349	P.O. "S. Vito e Santo Spirito" di Alcamo
			190352	P.O. "Vittorio Emanuele II" di Castelvetro
			190353	P.O. "San Biagio" di Marsala
190354			P.O. "A. Ajello" di Mazara del Vallo	

ZONA DISAGIATA	PS OSPEDALI ZONA DISAGIATA			
	190202	ASP Caltanissetta	190307	P.O. "Maria Immacolata Longo" di Mussomeli (CL)
	190203	ASP Catania	190315	P.O. "Castiglione Prestianni" di Bronte (CT)
	190204	ASP Enna	190322	P.O. "Carlo Basilotta" di Nicosia (EN)
	190205	ASP Messina	190324	P.O. "Civile" di Lipari
	190206	ASP Palermo	190330	P.O. "Dei Bianchi" di Corleone
			190333	P.O. "Barone Paolo Agliata" di Petralia Sottana
190209	ASP Trapani	190350	P.O. "B. Nagar" di Pantelleria	

DA RICONVERTIRE	PS OSPEDALI sotto i 20.000 accessi DA RICONVERTIRE			
	190201	ASP Agrigento	190304	P.O. "F.lli Parlapiano" di Ribera (AG)
	190202	ASP Caltanissetta	190310	P.O. "S. Stefano" di Mazzarino (CL)
	190202	ASP Caltanissetta	190311	P.O. "Suor Cecilia Basarocco" di Niscemi (CL)
	190203	ASP Catania	190313	P.O. "S. Giovanni Di Dio e S. Isidoro" di Giarre (CT)
	190203	ASP Catania	190318	P.O. "Basso Ragusa Mario" di Militello V.C. (CT)
	190203	ASP Catania	190316	P.O. "Ss. Salvatore" di Paternò (CT)
	190204	ASP Enna	190321	P.O. "Ferro Capra Branciforte" di Leonforte (EN)
	190204	ASP Enna	190320	P.O. "M. Chiello" di Piazza Armerina (EN)
	190205	ASP Messina	190323	P.O. "Cutroni Zodda" di Barcellona P.G. (ME)
	190205	ASP Messina	190327	P.O. "S. Salvatore" di Mistretta
	190207	ASP Ragusa	190339	P.O. "Regina Margherita" di Comiso
	190207	ASP Ragusa	190341	P.O. "Busacca" di Scicli
	190208	ASP Siracusa	190344	P.O. "Trigona" di Noto
190209	ASP Trapani	190355	P.O. "Vittorio Emanuele III" di Salemi	

	OSPEDALI DI COMUNITA'			
		CATANIA	190318	P.O. "Basso Ragusa Mario" di Militello V.C.
	190207	RAGUSA	190341	P.O. "Busacca" di Scicli
190208	SIRACUSA	190344	P.O. "Trigona" di Noto	

TOTALE SICILIA	
DEA II – HUB	3
DEA I – SPOKE	15
PS BASE	23
PS ZONA DISAGIATA	7
OSP. DI COMUNITA'	3

La predetta classificazione ha tenuto conto delle indicazioni del DM 70/2015 ed in particolare della popolazione residente nel bacino di riferimento, del numero di accessi appropriati previsti e della distanza dal DEA di riferimento.

Nell'ambito della classificazione delle singole strutture ospedaliere, si è mantenuta la dizione ospedali riuniti avendo cura di organizzare gli accessi ad un unico pronto soccorso evitando al contempo la duplicazione di unità operative all'interno dei presidi riuniti secondo le indicazioni fornite dal documento Agenas prot.n. 0004969 del 24/5/2016.

Parimenti, si è proceduto secondo le medesime indicazioni Agenas per quanto concerne l'organizzazione del sistema di rete dell'emergenza urgenza oltre che nella definizione dei documenti metodologici relativi a:

- definizione delle specialità previste per i presidi ospedalieri di base, di primo livello e di secondo livello e relativo pronto soccorso/DEA, articolate sulla base dei bacini di utenza ed in funzione del fabbisogno di prestazioni appropriato;
- definizione degli organici relativi alla rete dell'emergenza urgenza;
- dislocazione dei mezzi di soccorso programmati nei singoli territori.

Nel merito, si evidenzia che la rielaborazione del citato documento di programmazione è stata effettuata secondo le indicazioni definite dal Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del Regolamento, di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015 n. 70, (istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015) per la predisposizione degli atti sotto indicati:

- a) *provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale e i relativi provvedimenti attuativi.* In particolare, la dotazione di posti letto dovrà tenere conto del tetto massimo calcolato sulla base dell'art. 1 del DM n. 70/2015 e, ai fini della programmazione del fabbisogno, dovrà essere utilizzata la metodologia esplicitata nel paragrafo 3 del medesimo Decreto Ministeriale;
- b) *piano concernente il fabbisogno di personale che dovrà contenere l'esposizione delle modalità organizzative del personale in modo tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161.*

Al riguardo, si evidenzia che il documento di programmazione prevede che i disallineamenti dell'attuale Rete Emergenza – Urgenza, con i parametri e gli standard previsti, saranno risolti entro il 31/12/2017, in linea con le linee di indirizzo operativo fornite da AGENAS utili alla programmazione del sistema di rete sulla base delle più recenti indicazioni nazionali, in particolare del Regolamento sugli standard ospedalieri di cui al DM 70/2015.

Con il nuovo documento di programmazione del sistema di rete emergenza urgenza, la Regione Siciliana intende garantire l'omogeneità e la continuità tra l'emergenza Territoriale 118 che opera attraverso i quattro bacini di riferimento già definiti secondo la rete di emergenza urgenza (Palermo e Trapani – Agrigento, Caltanissetta ed Enna – Messina – Catania, Ragusa e Siracusa) ed i Pronto Soccorso e/o Dipartimenti Emergenza Urgenza e Accettazione che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria tra loro integrati e cooperanti.

Il nuovo modello del Sistema dell'Emergenza - Urgenza della Regione Siciliana è stato elaborato per garantire il miglior utilizzo delle Unità operative esistenti, evitando le eventuali duplicazioni nel medesimo presidio ospedaliero, in modo da utilizzare al meglio le tecnologie sofisticate ed il personale qualificato, eccezione fatta per quelle peculiari esigenze assistenziali chirurgiche e formative.

Analogamente, la nuova programmazione prevede il necessario potenziamento della rete dell'assistenza territoriale nonché quella dell'emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni.

Il nuovo sistema di rete dell'emergenza urgenza è stato organizzato secondo il criterio di Hub e Spoke tra i DEA di II e di I livello la cui reciproca interazione sarà attuata preservando l'autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento; nel medesimo sistema di rete ed esclusivamente per il tempo di mantenimento previsto, trovano aggregazione i Punti di emergenza territoriale (PTE) ad elevato numero di passaggi.

Strettamente connessa all'organizzazione sopra descritta, è la rete delle Patologie Complesse tempo dipendenti (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), nel cui contesto sono stati definiti i nodi e le sedi di riferimento, in armonia con la rete Hub and Spoke articolata tenuto conto dell'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, avvalendosi di consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri.

Sistema di rete Emergenza Urgenza

Il DM 70/2015, stabilisce, nei suoi criteri generali organizzativi, un Centro HUB ogni 600.000 - 1.200.000 abitanti ed uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza di almeno 150.000 - 300.000 abitanti o inferiore qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di SPOKE superi i 60 minuti, considerando che il centro HUB funge anche da SPOKE per il bacino di competenza.

Al riguardo, il nuovo provvedimento di programmazione del sistema di rete dell'emergenza urgenza della Regione Siciliana, prevede la presenza di tre HUB ciascuno nel rispettivo DEA di II livello (un centro Hub ogni 1.697.360 abitanti).

Considerata la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione, quale asse portante dell'organizzazione dell'emergenza, il modello organizzativo prevede l'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera divengono un vero e proprio team di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, assicurerà le proprie competenze all'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza.

Di conseguenza, dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e di competenza specialistica, si svilupperà una stretta interazione professionale tecnologica in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei punti di primo intervento” che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE o HUB di competenza.

Parimenti, viene attuata l'applicazione del Sistema “Triage”, quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'emergenza - urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25/10/2001, in tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25/10/2001 - G.U. del 7/12/2001, n. 285).

Come anticipato nelle premesse della presente relazione, le strutture ospedaliere sono state classificate secondo i livelli di complessità crescente previsti dal DM 70/2015.

Al riguardo si rimanda alla tabella (all. 1) che delinea il nuovo sistema di rete alla luce delle componenti ospedaliere e territoriali al cui interno sono indicati, per ogni singola area geografica, i DEA di II livello (centri Hub), i DEA di I livello (Spoke), i presidi di base (PS di base) e gli ospedali delle zone disagiate (PS zona disagiata), con la quale si è proceduto a delineare il nuovo sistema di rete dell'emergenza urgenza ospedaliera e territoriale per singolo bacino di riferimento.

Per l'individuazione degli ospedali delle zone disagiate sono state tenute in considerazione le immutabili condizioni orografiche direttamente connesse alla critiche condizioni di viabilità che ne allungano di fatto i tempi di percorrenza.

Articolazione delle strutture organizzative

In coerenza con quanto sopra evidenziato, sono stati apportati interventi finalizzati al recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva, nonché al rispetto degli standard di volumi e esiti, secondo le indicazioni fornite dall'AGENAS con il documento indicato in premessa.

Ed in particolare:

- ✓ accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli;
- ✓ rivalutazione della riconversione degli stabilimenti/presidi di piccole dimensioni con necessità di rispondere al principio di prossimità e per i quali era già in passato prevista la riconversione in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA);
- ✓ rivalutazione degli “ospedali riuniti” attraverso l'eliminazione delle discipline duplicate nei singoli presidi/stabilimenti e la separazione delle discipline afferenti all'emergenza e alle attività di elezione.

Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva del sistema di rete

Per quanto concerne l'integrazione tra Hub, Spoke, PS, PS dell'Ospedale di Zona disagiata, PTE (per il tempo di mantenimento previsto) ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici, la stessa avverrà attraverso la predisposizione di procedure condivise tra tutti gli operatori del processo assistenziale in emergenza urgenza in corso di definizione (Rete IMA, STROKE e Trauma) e già definite (Rete STAM e STEN).

Nel contesto dei medesimi protocolli sarà organizzato anche il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione.

Analoga forte integrazione sarà instaurata con i Distretti e le Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi) mediante adeguati accordi con la continuità assistenziale che, oltre a permettere integrazioni tra PTE/ABZ e Postazioni di Guardia Medica allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza e continuità assistenziale.

Nella fase di implementazione del sistema di rete così come disegnato, sarà necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

Parimenti, la gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri sarà organizzata dai singoli PS in accordo con il 118 e con i centri HUB e SPOKE riceventi, che devono comunque accogliere il paziente sulla base di protocolli condivisi.

Particolare attenzione sarà rivolta alla formazione degli operatori mediante una pianificazione in accordo con il Coordinamento del 118 e dei Dipartimenti di Emergenza.

Alla luce di quanto descritto si evidenzia che con il nuovo provvedimento di programmazione si intende conseguire i seguenti obiettivi che saranno operativi nei tempi previsti dal documento POCS in corso di valutazione:

1. implementare la rete dei DEA, dei PS, dei PPI (esclusivamente per il tempo previsto) e del 118 e loro collegamento in ragione di una adeguata razionalizzazione che ha tenuto conto, area per area, anche delle Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e delle postazioni di guardia medica (C.A.) in funzione della loro attività;
2. definire gli organici e gli standard relativi alle strutture complesse 118 ed a quelle deputate alla emergenza ospedaliera;
3. definire protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate;
4. articolare i criteri di realizzazione della Rete delle Patologie Complesse (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), e definizione dei nodi e delle sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke programmata;
5. ridefinire le procedure ed i protocolli condivisi per dare attuazione pratica al nuovo sistema di rete con particolare riferimento a: trasporti secondari urgenti protetti, trasporti secondari differibili, trasporti ordinari, rete psichiatrica ed implicazioni relative alle procedure di A.S.O e di T.S.O., trasporto pediatrico-neonatale, percorsi per le patologie complesse, sulla base delle azioni previste;
6. definire regole relative ai rapporti con strutture private e convenzionate relativamente alla attività di emergenza-urgenza;
7. definire in accordo con la normativa nazionale la funzione di triage ed i relativi protocolli;

8. definire le linee guida per la gestione delle maxi-emergenze e relativo progetto operativo anche interregionale;
9. definire le postazioni di guardia medica e la loro struttura organizzativa in relazione al nuovo modello di centralizzazione delle chiamate attraverso l'attivazione della Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Primaria.

Strutturazione delle Reti tempo dipendenti

Il DM 70 del 2/4/2015 recante “Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” intende ridurre - nella fase acuta - la mortalità o gli esiti invalidanti nella popolazione che ricorre alle cure sanitarie direttamente per il tramite del pronto soccorso o del 118.

A tale riguardo, le reti tempo dipendenti (IMA, Stroke e Trauma) in particolare, costituiscono l'esempio esplicativo del Sistema di Rete assistenziale nell'emergenza dove l'individuazione di un percorso assistenziale supera le logiche organizzative di ogni singola Azienda Sanitaria, integrando la rete dei servizi territoriali con le reti ospedaliere, aggregando le risorse disponibili delle singole Aziende che diventano in tal modo patrimonio comune.

Questo nuovo sistema di rete, prevede nodi assistenziali organizzati per intensità di cura in HUB e SPOKE in grado di garantire il migliore trattamento sanitario possibile rispondendo in modo esaustivo ai bisogni.

La metodologia applicata per l'identificazione dei livelli di intensità di cura dei Presidi Ospedalieri (di base, di primo o di secondo livello) diventa il perno fondante di tutta l'assistenza, giacché, contrariamente a quanto avvenuto in passato, saranno le specialità cliniche e le loro attività orarie presenti all'interno del Presidio che ne determineranno il livello di intensità ed il ruolo nel nodo: in tal senso, l'organizzazione secondo il grado dell'offerta sanitaria sarà determinata dalle discipline presenti che ne indicheranno il relativo livello di intensità.

Al fine di ottemperare a quanto evidenziato, questo Assessorato ha identificato i nodi della rete, cioè i Presidi Ospedalieri con le relative specialità cliniche sulle quali intervenire, al fine di garantire equamente su tutto il territorio regionale uguale assistenza alla popolazione.

Il sopra citato DM 70/2015, classifica i Presidi Ospedalieri in funzione della popolazione (bacino di utenza), degli accessi ai rispettivi Pronto Soccorso (di Base, di I livello e di II livello), della tipologia orografica (zona disagiata, ospedale di comunità); conseguenziale distinzione viene fatta per le specialità cliniche ricadenti all'interno degli ospedali i cui livelli dipendono dall'allocatione di ciascun Presidio Ospedaliero e dalle correlate discipline al suo interno.

Ne consegue, per garantire continuità assistenziale secondo le intensità di cure nell'ambito della Regione Siciliana, la seguente classificazione naturale dei presidi ospedalieri:

- il presidio ospedaliero di base avrà un PS che garantirà l'Emergenza Base della Rete Ospedaliera;
- il presidio ospedaliero di primo livello avrà un PS DEA SPOKE;
- il presidio ospedaliero di secondo livello avrà un PS DEA HUB;

derivati da due distinti parametri oggettivi:

- bacino di popolazione;
- accessi appropriati ai PS.

Il che comporta una corrispondenza univoca h24 fra il Presidio Ospedaliero per l'emergenza di base ed il rispettivo PS/DEA ove il Presidio ospedaliero di base avrà un PS la cui denominazione sarà strettamente collegata alle relative discipline presenti ed il corrispondente PS/DEA rappresenta non solo una porta di ingresso ma il trattamento delle patologie correlate.

Ne consegue che le scelte organizzative dell'assistenza sul territorio regionale – inderogabilmente - sono conseguenziali all'organizzazione della rete ospedaliera la cui progettazione ne determina l'intensità delle prestazioni.

Il sistema di rete ospedaliera - territoriale è rappresentato dai nodi della rete (i Presidi Ospedalieri gerarchicamente organizzati sulle specialità presenti al loro interno) e dalle indicazioni che ivi riportano la tipologia di paziente che potrà o meno afferire al nodo della rete.

L'assistenza per le reti tempo - dipendenti, sarà organizzata nell'ambito del sistema di rete ospedaliera con le relative peculiarità direttamente connesse sia alle tipologie di assistenza che di intervento.

Per quanto concerne la rete dell'Infarto Miocardico Acuto (**Rete IMA**) la sala di emodinamica con UTIC e la contestuale presenza dell'emodinamista h24 costituiscono inscindibilmente l'Hub di riferimento.

Questa tipologia di organizzazione, considerato che il trattamento può essere effettuato entro i 120 minuti dal primo contatto medico, il cui limite è rappresentato dai volumi di attività che non sono legati esclusivamente ai costi ma correlati al mantenimento dell'expertise dell'operatore, permette una capillare presenza sul territorio.

Più articolata risulta la rete dell'ICTUS (**Rete Stroke Unit**) dove l'esperienza risulta minore rispetto al trattamento IMA; ambedue, tuttavia, trovano in comune le medesime procedure: *trombolisi per via venosa* (nel centro Spoke della rete IMA per mano del medico addetto al soccorso, nel centro Spoke della rete stroke per mano del neurologo) e *angiografia per via arteriosa* (nel centro Hub della rete IMA per mano dell'emodinamista, nel centro Hub della rete stroke per mano del neuroradiologo interventista).

Anche il trattamento dell'ictus, tuttavia, merita una riflessione organizzativa. Se ad oggi il trattamento dell'ICTUS è riservato entro le sei ore dall'insorgenza del sintomo (a differenza del primo contatto medico nell'IMA), è altrettanto evidente che più del 50% dei pazienti che fanno il trattamento *trombolitico*, vengono sottoposti a trattamento di *angiografia arteriosa* per la disostruzione del vaso-trombectomia: risulta quindi inutile trattare il paziente in uno spoke per la trombolisi ed in caso di insuccesso trasferirlo all'HUB, perché si potrebbe rischiare di non avere più tempo a disposizione per il successivo trattamento.

Appare più logico, di conseguenza, trasferire tutti i pazienti eleggibili, entro le sei ore dal sintomo, al centro HUB di riferimento e prevedere il successivo ri-trasferimento allo spoke che fungerebbe da beck transfer.

Di contro la Stroke Unit - Spoke, più diffusa sul territorio, permetterebbe la trombolisi nei pazienti che entro le sei ore non possono raggiungere il più vicino centro HUB.

Relativamente all'organizzazione del centro Hub della rete della Stroke Unit, risulta fondamentale la presenza dell'equipe multidisciplinare per il trattamento del paziente che potrà richiedere anche un neurochirurgo nel caso di evento emorragico con la relative presenza di risorse strutturali e tecnologiche.

Molto più complicata, sotto l'aspetto organizzativo, è la **rete del Trauma**.

Chiaramente la struttura dovrà garantire le specialità cliniche necessarie al trattamento dei casi gravi, attesa la possibile coincidenza di paziente ustionato con gravi lesioni da sub-amputazione e trauma toraco-addominale: è conseguentemente logico che nel caso del centro HUB della rete Trauma, tali specialità cliniche dovranno essere in organico alla struttura funzionalmente e strutturalmente presenti in un'unica area di intervento per il relativo trattamento multidisciplinare.

Pertanto la rete del trauma, che si estrinseca attraverso il SIAT (Sistema Integrato di assistenza al trauma, che è suddiviso in tre livelli funzionalmente connessi) sarà pertanto organizzato nei presidi di pronto soccorso secondo i seguenti livelli di intensità:

- PST (Presidio di pronto soccorso per traumi) saranno coincidenti con i PS dell'emergenza base della rete ospedaliera;
- CTZ (centri trauma di zona) saranno coincidenti con i DEA di I Livello (Spoke)
- CTS (centri trauma di alta specializzazione) saranno allocati presso i DEA di II livello (HUB) di Palermo (ARNAS Civico) e Catania (A.O. Cannizzaro).

In tale contesto l'organizzazione del SUES 118 funge da cerniera ed è direttamente connessa alla rete ospedaliera facendosi carico del trasferimento dei pazienti sia in autopresentazione ai PS/DEA che dopo trattamento, garantendo al contempo l'assistenza domiciliare in urgenza anche agli abitanti di zone non densamente popolate.

Tale modello naturalmente trasforma l'emergenza territoriale in un modello virtuoso di assistenza, sia alla popolazione che alla rete ospedaliera, per i trasferimenti secondari urgenti dai presidi ospedalieri e pone l'accento ad un nuovo modello la cui attività principale - la chiamata del cittadino - sarà affiancata dalla "chiamata" della rete ospedaliera per i trasferimenti secondari urgenti.

Tale organizzazione presuppone - tuttavia - un correttivo sul numero delle ambulanze medicalizzate che non potrà essere rapportata al territorio di competenza né all'Hub di riferimento che ne allunga i tempi di percorrenza e di impegno: diventa imprescindibile quindi la medicalizzazione delle ambulanze in numero sufficiente a garantire sia il soccorso primario che il secondario urgente.

Sono state già predisposte delle procedure per la rete Stroke Unit nel contesto delle quali è stata prevista la centralizzazione del paziente nel centro Hub della stroke Unit per garantire h24 il trattamento dell'ictus sia con la trombolisi che con il trattamento endovascolare arterioso che prescinde dalla disponibilità del posto letto.

Analogamente, sono state già predisposte delle procedure per la rete IMA con la identificazione dei centri HUB permettendo da subito il trattamento dei pazienti con ST sopra con percentuali superiori a sistemi con maggiore esperienza; in tale procedura il paziente dal territorio afferisce direttamente in sala emodinamica e che al pari dell'ictus il trattamento prescinde dalla disponibilità del posto letto.

I presidi ospedalieri sono stati strutturati per specialità e quindi l'accesso al PS del relativo presidio potrà dare assistenza relativamente alle risorse presenti, superando il concetto di invio al PS/DEA più vicino; in tal senso si è disciplinato l'accesso dei pazienti soccorsi dal SUES-118 mediante la stesura del "Protocollo Provinciale del Sistema di Rete dell'Urgenza-Emergenza, PS/DEA, SUES-118, Reti Ospedaliere".

A tal fine è stato altresì previsto un tavolo permanente di monitoraggio per l'applicazione delle stesse procedure.

Si producono in allegato i seguenti documenti:

- 1) *disegno del nuovo sistema di rete emergenza urgenza*
- 2) *articolazione organizzativa delle singole strutture ospedaliere ivi compresi gli ospedali strutturati su due stabilimenti nel cui contesto le discipline sono state organizzate e suddivise per area (medica, chirurgica, materno infantile, emergenza, psichiatria, postacuzie, supporto) e per codice di specialità;*
- 3) *numero complessivo delle singole discipline ed in particolare:*
 - a) se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1);
 - b) per area (medica, chirurgica, materno infantile, emergenza, psichiatria, postacuzie, supporto);

- c) per diffusione (disciplina rara, disciplina di media diffusione, disciplina di alta e altissima diffusione);
- d) per codice di specialità

Articolazione delle unità operative complesse rispetto al DM 70/2015

Al riguardo si assicura che il numero complessivo delle unità operative complesse, nel nuovo documento regionale di programmazione si attesterà entro i limiti previsti dal DM 70/2015 tenuto conto delle esigenze e delle realtà assistenziali di bacino.

Particolari situazioni comporteranno il mantenimento di unità operative complesse in numero superiore rispetto a quello di cui al DM 70/2015 nel sistema di rete dell'emergenza urgenza della regione, giusta l'art. 3 del DM 70/2015, a motivo delle immutabili peculiarità orografiche e della precarie condizioni di viabilità del territorio in cui insistono alcuni presidi ospedalieri, del notevole afflusso di migranti che richiedono il ricorso alle cure ospedaliere e di quelle unità operative che risultano in linea con i volumi di attività e con i relativi tassi di occupazione nonché per i presidi ospedalieri ove insistono i punti nascita in deroga. Analogamente per talune discipline, il numero di strutture programmate risultano inferiori o addirittura non previste rispetto al range indicato per disciplina nel DM 70/2015.

La vigente programmazione della rete dell'emergenza urgenza è stata elaborata secondo i parametri di cui al DM 70/2015. Detti parametri, che fanno anche riferimento agli indici demografici risultano coerenti con le esigenze del territorio e prevedono la presenza di 41 presidi ospedalieri sedi di pronto soccorso secondo l'intensità assistenziale e complessità organizzativa (DEA di II livello, DEA di I livello e presidi ospedalieri di base).

Al riguardo, si rappresenta che si è già operata una riduzione delle stesse nel settore pubblico e con il presente documento di programmazione si sta procedendo ad un ulteriore contenimento per le rimanenti discipline sia nel settore pubblico che nel settore privato, che sarà operativa nei tempi previsti.

L'attenta analisi dei singoli punti di erogazione (sia di parte pubblica che privata contrattualizzata accreditata) ha tenuto rigorosamente conto degli indici di performance indicati nella delibera di giunta regionale di governo n. 119 del 11/5/2015 di seguito indicati:

1. *Indice di occupazione delle strutture pari al 75% (\pm 5%)*
2. *Peso medio per singola disciplina valutato secondo la media regionale (\pm 5)*
3. *Degenza media*
4. *DRG ad alto rischio di inappropriatezza*

Per quanto concerne l'ospedalità privata accreditata contrattualizzata, nelle more del regolamento Ministeriale previsto dal punto 2.5 del DM 70/2015 e del confronto con AIOP regionale, si è proceduto secondo il seguente schema metodologico:

1. sono stati utilizzati i medesimi criteri della citata delibera di giunta regionale di governo n. 119/2015 non tenendo conto del parametro relativo al tasso di occupazione dei posti letto in quanto la produttività delle case di cura è direttamente connessa al budget loro assegnato;
2. è stato considerato il parametro di riferimento dei posti letto definito dal documento LEA per le unità operative complesse (17,5 posti letto)
3. nel caso in cui l'analisi comparativa dei predetti parametri è risultata positiva, i rispettivi punti di erogazione delle case di cura oggetto di verifica sono stati inseriti nella bozza di programma regionale;

4. nel caso in cui l'analisi comparativa dei predetti parametri non è risultata positiva, i rispettivi punti di erogazione delle case di cura oggetto di verifica non sono stati conteggiati né inseriti nella bozza di programma regionale in quanto considerati a bassa intensità assistenziale o da riconvertire con successivo provvedimento di riordino del settore dell'ospedalità privata

Nel conteggio complessivo dei presidi ospedalieri e delle relative unità operative complesse e semplici e corrispondenti posti letto, sono stati inclusi anche i nosocomi senza pronto soccorso (IRCCS Oasi di Troina, IRCCS Rizzoli di Bagheria ed IRCCS ISMETT di Palermo).

In particolare:

1. la costante quotidiana presenza di migliaia di sbarchi di migranti condiziona e stressa il sistema sanitario regionale e soprattutto l'area di riferimento dei presidi ospedalieri delle zone costiere ma anche dell'entroterra con il risultato di dover supportare le risposte assistenziali con la presenza di presidio ospedaliero DEA di I livello (Spoke) o di unità operative complesse non previste nella normale classificazione del presidio ospedaliero cui le stesse afferiscono.
2. la peculiarità delle condizioni orografiche ha comportato la scelta di dover mantenere alcuni presidi ospedalieri di base o di unità operative complesse aggiuntive nei presidi ospedalieri allocati nei comuni montani (es. Monti Erei, Madonie, Peloritani, Nebrodi)
3. analoghe considerazioni valgono per i presidi ospedalieri situati in zone disagiate, ivi comprese le isole minori, dove è stata prevista la presenza di ospedali di zone disagiate anche in considerazione dei flussi turistici stagionali
4. le unità operative complesse risultano in linea con i volumi di attività e con i relativi tassi di occupazione
5. le unità di terapia intensiva neonatale sono state individuate nei 3 DEA di II livello, nei DEA di I livello (Agrigento, Arnas Garibaldi, AUOP di Catania, Caltanissetta, Enna, AOR Cervello, Ragusa, Siracusa e Trapani)
6. le unità operative di medicina degli ospedali delle zone disagiate sono state individuate tutte complesse
7. In alcuni presidi di base sono state mantenute delle discipline, non previste per tale livello assistenziale; tale scelta è motivata dalla stima dei volumi di attività e del fabbisogno espresso dal territorio (vedasi ad esempio il p.o. di Sciacca che, nella precedente programmazione, era classificato quale azienda ospedaliera).
8. i presidi ospedalieri senza pronto soccorso degli ospedali riuniti sono stati dotati delle discipline dell'area medica in elezione; questi presidi rappresentano il collegamento diretto tra l'ospedale ed il territorio in quanto nelle stesse sedi vengono allocati i Punti Territoriali di Assistenza (PTA), i Punti Unici di Accesso (PUA), talora gli Hospice (secondo la programmazione regionale di settore), le attività distrettuali e le ambulanze medicalizzate (in linea con la programmazione regionale di settore)

Articolazione dotazione posti letto

Con parere n. LEA/14-P del 5/5/2016 il Ministero della Salute ha determinato la dotazione di posti letto della Regione Siciliana in numero complessivo 18.051; per quanto concerne gli acuti il numero complessivo di posti letto è stato determinato in 14.636 con un indice pari al 2,94 per 1000 abitanti, tenuto conto della mobilità passiva (popolazione "pesata").

Al riguardo, si rappresenta che la Sicilia, come è notorio, è sede di cospicui sbarchi di immigrati clandestini necessitanti di assistenza e cure primarie che incidono fortemente sulle risorse della sanità regionale.

Si propone, di conseguenza, di incrementare il numero complessivo di posti letto quanto meno fino al raggiungimento della soglia del 3 per 1000 abitanti, compensando in tal modo la mobilità passiva con quella attiva determinata dall'occupazione dei posti letto da parte degli immigrati clandestini.

Per quanto concerne la situazione connessa ai posti letto di postacuzie, si evidenzia che il nuovo documento di programmazione regionale prevede il raggiungimento del parametro fissato dalla normativa nazionale nei tempi previsti per l'attuazione del nuovo sistema di rete ospedaliera e territoriale.

La nuova organizzazione del sistema di rete ospedaliera ha comportato una riduzione di unità operative con la conseguente necessità di dover procedere alla riallocazione dei relativi posti letto che sarà effettuata successivamente alla definizione della nuova rete ospedaliera con i relativi presidi e discipline.

Pertanto, i posti letto programmati indicati nella tabella C devono attualmente considerarsi "provvisori".

Situazione punti nascita in deroga

Con riferimento alle richieste di deroga di alcuni punti nascita, il Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione ha autorizzato, ad oggi, l'esercizio in deroga dei presidi ospedalieri di Bronte, Cefalù, Corleone, Licata, Nicosia, Pantelleria.

Son stati chiusi i punti nascita pubblici di Mistretta, Lipari, Niscemi, Barcellona Pozzo di Gotto, Mazzarino, Piazza Armerina, Leonforte, Augusta, Alcamo, Mistretta, Petralia, Paternò; inoltre sono stati chiusi i punti nascita delle strutture private accreditate Argento, Gibiino, Demma, Attardi.

Per quanto concerne la classificazione dei pronto soccorso cui fanno riferimento i predetti punti nascita in deroga questi sono stati classificati secondo le indicazioni di seguito riportate:

PUNTO NASCITA	CLASSIFICAZIONE PRONTO SOCCORSO
Bronte (non ancora attivato)	Ospedale zona disagiata
Cefalù (fino al 31/12/2016)	Ospedale di base
Corleone	Ospedale zona disagiata
Licata (non ancora attivato)	Ospedale di base
Nicosia	Ospedale zona disagiata
Pantelleria (sospeso)	Ospedale zona disagiata

Si passa all'analisi delle singole discipline, così come individuate dal DM 70/2015 e dal DM del 5/12/2006, giusta indicazioni operative di codesto Ministero comunicate con nota prot.n., 0006253 del 22/2/2016, secondo i crescenti livelli di complessità organizzativa di cui al programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, giusta bozza di DA allegato e pronto per l'adozione:

1. ***Chirurgia generale (cod. 09), Medicina generale (cod. 26), Ortopedia e traumatologia (cod. 36)***: sono state individuate le unità operative complesse corrispondenti al numero totale dei presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza secondo quanto di seguito indicato:

- Chirurgia generale (cod. 09): sono state individuate, complessivamente, **59** punti di erogazione – rispetto ai 51 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui **46** unità operative complesse corrispondenti al numero totale dei presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), di I livello (Spoke) e di base (PS di base); **11** presso l'ospedalità privata e **2** presso le IRCCS (Oasi di Troina e ISMETT di Palermo). In ciascuno dei tre DEA di II livello è stata prevista la presenza di una unità operativa complessa in più per far fronte alle esigenze della chirurgia d'emergenza e di quella oncologica; parimenti per le tre AUOP di Palermo, Catania e Messina per far fronte alle esigenze formative universitarie.

Inoltre nell'ambito della chirurgia generale, al fine di razionalizzare l'assistenza, sono state individuate:

- n.7 unità semplici **Breast Unit** presso le seguenti Aziende Sanitarie: Villa Sofia-Cervello e ARNAS Civico (Palermo), Cannizzaro (Catania), Policlinico (Messina), OMPA (Ragusa), Borsellino (Marsala) e V. Emanuele (Gela)
- Posti letto **day surgery**: trattandosi di attività in elezione, è stata prevista una unità operativa semplice con 6 posti letto in ciascun presidio ospedaliero di zona disagiata

- Medicina generale (cod. 26): sono state individuate, complessivamente, **57** punti di erogazione - su 64 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui **54** unità operative complesse corrispondenti al numero totale dei presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), di I livello (Spoke), di base (PS di base) e di zone disagiate (PS zona disagiata); 3 presso l'ospedalità privata.
- Ortopedia e traumatologia (cod. 36): sono state individuate, complessivamente, **54** punti di erogazione - su 51 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui **41** unità operative complesse corrispondenti al numero totale dei presidi ospedalieri classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), di I livello (Spoke) e di base (PS di base); **12** presso l'ospedalità privata e 1 presso l'IRCCS Rizzoli di Bagheria.

2. Astanteria (cod. 51): sono state individuate, complessivamente, **41** punti di erogazione - su 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - le cui unità operative complesse corrispondono al numero totale dei presidi ospedalieri sedi di pronto soccorso classificati nel programma di riordino del sistema di rete dell'emergenza urgenza, DEA di II (Hub), DEA di I livello (Spoke) e presidi ospedalieri classificati di base, secondo quanto previsto dal DM 70/2015.

La vigente programmazione della rete dell'emergenza urgenza è stata elaborata secondo i parametri di cui al DM 70/2015. Detti parametri, che fanno anche riferimento agli indici demografici risultano coerenti con le esigenze del territorio e prevedono la presenza di 41 presidi ospedalieri sedi di pronto soccorso secondo l'intensità assistenziale e complessità organizzativa (DEA di II livello, DEA di I livello e presidi ospedalieri di base). Conseguentemente sono state correttamente e coerentemente previste 41 unità operative complesse di astanteria.

Si passa alla trattazione delle discipline costituenti i DEA di I livello (Spoke).

3. Cardiologia (cod. 08), UTIC (cod. 50) ed Emodinamica: sono state individuate, in totale **37** (35 pubblici e due privati accreditati) punti di erogazione di cardiologia con UTIC - rispetto alle 34 possibili secondo i parametri previsti dal DM 70/2015 - 19 delle quali con emodinamica, corrispondenti alle unità operative complesse dei 17 presidi ospedalieri pubblici e dei due punti

di erogazione dell'ospedalità privata. Si è scelto di inserire i due punti di erogazione dell'ospedalità privata con alti livelli assistenziali (uno a Palermo e uno a Catania) già presenti e operanti nel territorio.

Tali discipline fanno parte della rete assistenziale tempo dipendente per l'infarto miocardico acuto (rete IMA). Per tale motivazione si è reso indispensabile individuare la disciplina cardiologia con UTIC anche in alcuni presidi ospedalieri di base. Considerato che trattasi di rete tempo dipendente, la rete IMA è stata organizzata in funzione delle immutabili condizioni orografiche, delle difficili condizioni di viabilità e dei corrispondenti tempi di percorrenza dei mezzi necessari per consentire il soccorso presso i centri Hub e Spoke della medesima rete IMA entro i tempi previsti. Le strutture con UTIC ed Emodinamica hanno funzione di HUB; mentre quelle con UTIC senza emodinamica hanno funzioni di Spoke.

Si evidenzia che le UTIC, classificate nel D.M. 70/2015 quali strutture complesse, sono state considerate unità operative semplici all'interno delle unità operative complesse di cardiologia.

4. **Neurologia (cod. 32):** sono state individuate, in totale **23** unità operative complesse di neurologia - rispetto alle 34 possibili secondo i parametri previsti dal DM 70/2015 - corrispondenti al numero dei presidi ospedalieri, quali discipline facenti parte della rete assistenziale tempo dipendente per l'ictus (rete Stroke unit). Per tale motivazione si è reso indispensabile individuare la disciplina di Neurologia anche in due presidi ospedalieri di base. Considerato che trattasi di rete tempo dipendente, la rete Stroke è stata organizzata in funzione delle immutabili condizioni orografiche, delle precarie condizioni di viabilità e dei corrispondenti tempi di percorrenza dei mezzi necessari per consentire il soccorso presso i centri Hub e Spoke della medesima rete entro i tempi previsti. Lo schema complessivo della rete tempo dipendente Stroke unit prevede anche la contestuale presenza delle Unità operative complesse di Neurochirurgia (cod. 30) alla cui analisi si rimanda per le funzioni di Hub (Stroke unit di II livello) atteso che le funzioni di Spoke (Stroke Unit di I livello) vengono assolte dalle unità operative complesse di neurologia.

Si è ritenuto, attesa i comprovati livelli assistenziali, di mantenere il punto di erogazione della disciplina di Neurologia anche in due case di cura private accreditate convenzionate ed una presso l'IRCCS Oasi Maria SS. Di Troina (En) già sede di un centro di riferimento regionale per la diagnosi ed il trattamento per il ritardo mentale ed involuzione senile.

5. **Oculistica (cod. 34):** sono state individuate, complessivamente, 29 punti di erogazione - rispetto ai 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - ivi comprese 9 case di cura private accreditate contrattualizzate.
6. **Ostetricia e ginecologia (cod. 37):** sono state individuate, complessivamente, **42** punti di erogazione - su 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui 36 unità operative complesse allocate nei DEA di II, di I Livello ed in alcuni presidi ospedalieri di base, e in linea con le vigenti disposizioni ministeriali e relativa programmazione regionale di settore inerente i punti nascita; una di queste è stata allocata presso l'ARNAS Civico di Palermo con vocazione assistenziale di tipo oncologico.

Partecipano al numero complessivo dei punti di erogazione quali punti nascita anche 6 case di cura private accreditate contrattualizzate.

A questo numero vanno aggiunte altre 6 unità operative semplici corrispondenti ai punti nascita in deroga da parte di codesto Ministero: Licata (Ag), Bronte (Ct), Nicosia (En), Corleone e Cefalù (Pa) e Pantelleria (Tp).

7. **Otorinolaringoiatria (cod. 38):** sono state individuati, complessivamente, **18** punti di erogazione - rispetto ai 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui 18 unità operative

complesse allocate nei DEA di II, di I Livello ed 1 in un presidio ospedaliero di base (Taormina) quest'ultimo per i comprovati livelli assistenziali.

8. **Pediatria (cod. 39):** sono stati individuati **34** punti di erogazione - in linea con i 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II e di I livello e nei seguenti presidi ospedalieri di base (Canicatti, Sciacca, Acireale, Biancavilla, Milazzo, Taormina, Patti, Termini Imerese, Modica, Vittoria, Avola, Lentini, Castelvetro e Marsala) ed 1 punto di erogazione presso l'IRCCS OASI di Troina
9. **Psichiatria/SPDC (cod. 40):** nel rispetto del parametro dei posti letto previsti dal DPR 10/11/1999 "Approvazione del progetto obiettivo tutela e salute mentale 1998/2000" e all'interno dei parametri definiti dal D.M. 70/2015, sono state individuate le unità operative semplici SPDC, come da allegato C, specificando che i posti letto allocati presso le Aziende Ospedaliere rientrano tra le strutture a diretta gestione del Dipartimento Salute Mentale dell'ASP di riferimento territoriale e quindi conteggiati nei posti letto delle ASP.
Di contro, i posti letto allocati nei tre policlinici Universitari, parimenti identificati con il cod. 40, rappresentano unità operative complesse ospedaliere di psichiatria.
Sono altresì presenti 5 punti di erogazione presso case di cura private accreditate contrattualizzate.
10. **Psichiatria (cod. 40):** sono state individuati, complessivamente, **23** punti di erogazione - su 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015, di cui 5 presso case di cura private accreditate contrattualizzate.
11. **Urologia (cod. 43):** sono state individuati, complessivamente, **25** punti di erogazione - su 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
12. **Terapia Intensiva (cod. 49):** sono state individuate, complessivamente, **25** punti di erogazione - su 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui **3** presso le case di cura private accreditate contrattualizzate ed **1** presso l'IRCCS ISMETT di Palermo. Al fine di garantire l'assistenza sanitaria di supporto ai punti nascita allocati nei presidi ospedalieri di base, sono stati individuati 3 posti letto tecnici all'interno dei medesimi presidi ivi compresi quelli in deroga degli ospedali delle zone disagiate.
13. **Oncologia (cod. 64 con posti letto):** sono stati individuati **20** punti di erogazione - rispetto ai 17 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui **3** nell'ospedalità privata sede di Dipartimento oncologico ai sensi del Piano Sanitario Regionale che vanno a compensare quelle **senza posti letto (cod. 64)** per le quali sono stati individuate 13 punti di erogazione - rispetto ai 34 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.

Si passa alla trattazione delle discipline costituenti i DEA di II livello (Hub).

14. **Cardiochirurgia (cod. 07):** sono stati individuati **8** punti di erogazione - in linea con gli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - di cui **6** unità operative complesse allocate nei DEA di II e di I livello (AUOP di Catania e di Palermo e AO Papardo di Messina) e 2 punti di erogazione nell'ospedalità privata.
15. **Chirurgia maxillo-facciale (cod. 10):** sono stati individuati **4** punti di erogazione - in linea con i 5 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
16. **Chirurgia plastica (cod. 12):** sono stati individuati **5** punti di erogazione - in linea con i 5 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.

17. **Chirurgia toracica (cod. 13):** sono stati individuati 6 punti di erogazione - rispetto ai 6 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
18. **Chirurgia vascolare (cod. 14):** sono stati individuati 13 punti di erogazione - in linea con i 13 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
19. **Neurochirurgia (cod. 30):** sono stati individuati 8 punti di erogazione - in linea con gli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
20. **Gastroenterologia (cod. 58):** sono stati individuati 9 punti di erogazione - rispetto ai 13 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
21. **Medicina nucleare (cod. 61 con posti letto):** è stato individuato 1 punto di erogazione - rispetto ai 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015; **(cod. 61 senza posti letto)** sono stati individuati 8 punti di erogazione - rispetto agli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
22. **Pneumologia (cod. 68):** sono stati individuati 11 punti di erogazione - rispetto ai 13 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
23. **Terapia intensiva neonatale (cod. 73):** sono stati individuati 8 punti di erogazione - in linea con gli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.

Si passa alla trattazione delle rimanenti discipline previste nel DM 70/2015:

24. **Chirurgia pediatrica (cod. 11):** sono stati individuati 3 punti di erogazione - in linea con i 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
25. **Cardiochirurgia pediatrica (cod. 6):** è stato individuato 1 punti di erogazione - in linea con quello disponibile secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidente con l'unità operativa complessa allocata nel DEA di II (ARNAS Civico di Palermo).
26. **Ematologia (cod. 18) e Oncoematologia (cod. 66 da ricondurre alla ematologia cod. 18):** sono stati individuati 9 punti di erogazione - rispetto agli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015. si è reso necessario il mantenimento di ambedue le unità operative complesse di ematologia presso il presidio ospedaliero DEA di I livello cervello di Palermo in ragione dell'elevato livello clinico e scientifico delle stesse e delle precipe attività assistenziali: una destinata al trapianto di midollo , l'altra all'assistenza ai pazienti affetti da talassemia
27. **Oncoematologia pediatrica (cod. 65):** sono stati individuati 2 punti di erogazione - in linea con i 2 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
28. **Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione (cod. 19):** sono stati individuati 8 punti di erogazione - in linea con gli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
29. **Immunologia (cod. 20):** sono stati individuati 2 punti di erogazione - rispetto ai 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
30. **Geriatrics (cod. 21):** sono stati individuati 14 punti di erogazione – rispetto ai 13 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei seguenti presidi ospedalieri: Ribera, Niscemi, Giarre, Cannizzaro e ARNAS Garibaldi di Catania, Piazza Armerina, Barcellona, Mistretta, AUOP e Ingrassia di Palermo, Comiso, Modica e Salemi. A questi si aggiungono 1 punto di erogazione dell'ospedale privata.
31. **Malattie infettive e tropicali (cod. 24):** sono stati individuati 15 punti di erogazione - rispetto ai 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse

allocate nei DEA di II e di I livello (Agrigento, Gela, Caltagirone, ARNAS Garibaldi e AUOP di Catania, AOR Villa Sofia cervello e AUOP di Palermo, Ragusa, Siracusa e Trapani). Di queste 2 coincidono con i poli pediatrici dell'ARNAS Garibaldi di Catania e dell'ARNAS Civico di Palermo). Si è resa indispensabile la scelta di incrementare i punti di erogazione della disciplina in argomento per far fronte al quotidiano massivo arrivo di decine di migliaia di migranti spesso affetti da patologie acute diffuse.

32. **Nefrologia (cod. 29):** sono stati individuati **10** punti di erogazione - rispetto agli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II (Cannizzaro di Catania e AUOP di Messina) e di I livello (Agrigento, Gela, ARNAS Garibaldi, Enna, AOR Villa Sofia Cervello di Palermo, Ragusa, Siracusa e Trapani). La presente programmazione è stata effettuata riducendo il numero delle unità operative complesse da 19 a 10 rispettando le esigenze di almeno una struttura per ciascuna provincia compensando il punto di erogazione in meno della nefrologia con abilitazione al trapianto di rene (cod. 48).
33. **Nefrologia con abilitazione al trapianto di rene (cod. 48):** sono stati individuati **2** punti di erogazione - in linea con i 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II (ARNAS Civico di Palermo) e DEA di I livello (AUOP di Catania).
34. **Neuropsichiatria infantile (cod. 33):** sono stati individuati 4 punti di erogazione – rispetto ai 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
35. **Odontoiatria e stomatologia (cod. 35):** sono stati individuati 7 punti di erogazione – rispetto ai 13 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015
36. **Grandi ustioni (cod. 47):** sono stati individuati **2** punti di erogazione - in linea con i 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II (AO Cannizzaro di Catania ed ARNAS Civico di Palermo).
37. **Dermatologia (cod. 52):** sono stati individuati **7** punti di erogazione – rispetto agli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015.
38. **Neonatologia (cod. 62):** sono stati individuati **9** punti di erogazione - rispetto agli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II e nei seguenti DEA di I livello (AUOP di Catania, Enna, AOR Villa Sofia Cervello e Buccheri La Ferla di Palermo e Trapani) privilegiando le sedi ospedaliere individuate quali Servizi di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) secondo la programmazione regionale.
39. **Reumatologia (cod. 71):** sono stati individuati **8** punti di erogazione - in linea con gli 8 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II (AUOP di Messina), di I livello (Agrigento, ARNAS Garibaldi e AUOP di Catania, AOR Villa Sofia Cervello e AUOP di Palermo, Ragusa, Trapani). A queste si aggiunge una unità operativa complessa dell'AUOP di Catania quale riferimento pediatrico regionale.
40. **Nefrologia pediatrica (cod. 77):** è stato individuato 1 punto di erogazione - in linea con il punto disponibile secondo i parametri del DM 70/2015.
41. **Unità spinale (cod. 28):** sono stati individuati **2** punti di erogazione - in linea con i 3 disponibili secondo i parametri del DM 70/2015 - coincidenti con le unità operative complesse allocate nei DEA di II (AO Cannizzaro di Catania e ARNAS Civico di Palermo).

Con riferimento alle indicazioni operative di cui alla nota del 22/2/2016 del Ministero della Salute si allega, inoltre, la seguente documentazione:

- Tabella A con la sintesi della dotazione dei posti letto
- Tabella B: non si compila la parte relativa ai posti letto della residenzialità territoriale in quanto in Sicilia non sono presenti le fattispecie ivi elencate.
Per quanto attiene gli *ospedali di comunità* si precisa che in atto non sono attivi presidi con tali caratteristiche i quali, tuttavia, vengono previsti nella nuova programmazione e, come tali indicati, nella corrispondente parte della tabella B
- Articolazione dello schema di rete per l'emergenza urgenza munita della classificazione dei singoli presidi ospedalieri
- Tabella C con dettaglio delle discipline per presidio ospedaliero
- **Posti letto indistinti: in atto è stato mantenuto un plafond pari 361 posti letto indistinti da riallocare in esecuzione delle sentenze definitive e/o dei contenziosi ancora pendenti presso i tribunali amministrativi regionali**
- Bozza del decreto della riorganizzazione del sistema di rete ospedaliera dell'emergenza urgenza della Regione Siciliana
- Tabella D – Articolazione della rete di emergenza urgenza

F.to

Il Dirigente Generale
Dr. Gaetano Chiaro

F.to

L'Assessore per la Salute
On.le Baldo Gucciardi