



Regione Siciliana

Assessorato della Salute

**PROGRAMMA OPERATIVO 2010 – 2012
PER LA PROSECUZIONE DEL PIANO DI
CONTENIMENTO E RIQUALIFICAZIONE DEL
SISTEMA SANITARIO REGIONALE 2007-2009,
RICHIESTA AI SENSI DELL'ART.11 DEL D.L. 31
MAGGIO 2010 N.78 CONVERTITO DALLA LEGGE 30
LUGLIO 2010 N.122**

Sommario

PREMESSA.....	3
Obiettivi del Programma Operativo	7
Sintesi degli interventi.....	7
Ipotesi di costruzione dei Conti Economici Tendenziali e Programmatici per il triennio 2010-2012.....	9
Previsione delle Misure finanziarie di coperture delle perdite programmate per ciascun anno di riferimento del Piano Operativo.....	15
Asse 1: INTERVENTI DI SISTEMA.....	16
Asse 1.a) Interventi di completamento dei processi avviati nel Piano di Contenimento e di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009.....	16
Intervento 1: Rimodulazione rete ospedaliera.....	16
Azione 1.1: Programma Operativo per il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera.....	17
Azione 1.1.1: Messa a regime delle sperimentazioni gestionali ISMETT di Palermo, San Raffaele Giglio di Cefalù e Fondazione Maugeri di Sciacca	22
Azione 1.2: Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire.....	22
Azione 1.3: Trasferimento prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriata verso regime ambulatoriale e fissazione relative tariffe	23
Azione 1.4: Completamento del percorso di riconversione delle case di cura psichiatriche	25
Intervento 2: Completamento del processo di riordino del sistema emergenza urgenza	26
Azione 2.1: Programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre	26
Azione 2.2: Definizione rete ospedaliera dell'emergenza	30
Intervento 3: Tessera Sanitaria.....	32
Azione 3.1: Aggiornamento anagrafiche assistiti.....	32
Azione 3.2: Implementazione sistema di controllo della trasmissione dati ricette specialistica (art. 50).....	33
Azione 3.3: Piano di recupero straordinario trasmissione associazione medico – ricettario	33
Azione 3.4: Implementazione utilizzo Tessera Sanitaria	34
Intervento 4: Monitoraggio razionalizzazione rete laboratoristica.....	35
Azione 4.1: Monitoraggio attuazione Piani Aziendali di accorpamento.....	35
Asse 1.b) Interventi di sviluppo	38
Intervento 5: Potenziamento del territorio	40
Azione 5.1 : Potenziamento Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite e ell'integrazione sociosanitaria.....	41
Azione 5.2: Attivazione PTA.....	43
Azione 5.3: Rinnovo dell'Accordo Integrativo regionale per le cure primarie	45
Azione 5.4: Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate.....	46

Azione 5.5: Potenziamento Rete regionale cure palliative e terapia del dolore.....	48
Azione 5.6: Attivazione Punti Unici di Accesso.....	51
Azione 5.7: CUP regionale.....	53
Azione 5.8: Realizzazione di attività semiresidenziali.....	53
Intervento 6: Programma istituzione sistema di governo clinico.....	55
Azione 6.1 Attivazione Sistema regionale per la gestione del rischio clinico.....	56
Azione 6.2: Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO.....	56
Azione 6.3: Miglioramento delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.....	57
Azione 6.4: Adeguamento del sistema regionale per il governo dei tempi attesa.....	58
Azione 6.5: Programma regionale per l'adeguamento dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private.....	58
Intervento 7: Art. 79.....	60
Azione 7.1: Procedure per l'affidamento dei servizi di consulenza direzionale ed operativa di cui al D.A.799 del 12.03.2010.....	60
Asse 2: INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO.....	63
Intervento 8: Farmaceutica Convenzionata.....	63
LEGGE 122/2010 – EFFETTI E IMPLICAZIONI SUGLI INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO.....	64
Azione 8.1 – Riconferma delle quote di compartecipazione (ticket) alla spesa farmaceutica.....	64
Azione 8.2: Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.....	65
Azione 8.3: Altre misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero.....	72
Intervento 9: Personale.....	73
Azione 9.1.: Rideterminazione dotazioni organiche aziende sanitarie.....	73
Azione 9.2. Rideterminazione fondi contrattuali (art.16 L.R. 5/09).....	75
Intervento 10: Beni e Servizi.....	77
Azione 10.1: Programmazione interaziendale di bacino.....	77
Azione 10.2: Procedure di gara regionale.....	80
Innalzamento della soglia ISEE di esenzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	82
GOVERNANCE AZIENDALE.....	83
ALLEGATO 1 : QUADRO DEI CONTI ECONOMICI TENDENZIALI E PROGRAMMATICI.....	84
ALLEGATO 2 : LA TENDEZIALI E PROGRAMMATICI.....	86
ALLEGATO 3: TABELLA DI RIEPILOGO DELLE AZIONI PROPOSTE NEL PIANO OPERATIVO.....	86

PREMESSA

Il decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78 recante “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica” prevede all’art.11 comma1, così come convertito dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, che: “*le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro per le quali, non viene verificato positivamente in sede di verifica annuale e finale il raggiungimento al 31 dicembre 2009 degli obiettivi strutturali del Piano di Rientro e non sussistono le condizioni di cui all’art.2 commi 77 e 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191, avendo garantito l’equilibrio economico nel settore sanitario non essendo state sottoposte a commissariamento, possono chiedere la prosecuzione del Piano di Rientro per una durata non superiore al triennio ai fini del completamento dello stesso secondo programmi operativi nei termini indicati nel Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012 del 3 dicembre 2009 e all’art.2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191.*”

La prosecuzione e il completamento del Piano di Rientro **sono condizioni per l’attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie in termini di competenza e di cassa**, già previste dalla legislazione vigente e condizionate alla piena attuazione del Piano – ancorchè anticipate ai sensi dell’art.1, comma 2, del decreto – legge 7 ottobre 2008 n.154, convertito, con modificazioni dalla legge 4 dicembre 2008, n.189 art.6.bis del decreto – legge 29 novembre 2008, n.185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n.2 – in mancanza delle quali vengono rideterminati i risultati d’esercizio degli anni a cui le predette risorse si riferiscono.

L’Accordo tra il MdS, il MEF e la Regione Siciliana per l’approvazione del Piano di contenimento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2007/2009 (c.d. Piano di Rientro), è stato sottoscritto il 31 luglio 2007.

Con tale strumento, **la Regione Siciliana ha avviato un percorso per il risanamento del sistema** con il quale si è inteso sviluppare una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, assicurando l’erogazione dei LEA e prevedendo non solo un forte controllo dell’andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza e inappropriata attraverso adempimenti organizzativi e gestionali.

In particolare il Piano prevedeva azioni combinate tra loro, volte ad assicurare, da un lato, economie strutturali sul sistema sanitario siciliano, dall’altro, attraverso investimenti mirati, a riqualificare l’assistenza sanitaria verso forme di attività sanitarie più appropriate e meno costose.

Gli obiettivi generali del Piano prevedevano una riduzione consistente dell’assistenza sanitaria ospedaliera per acuti e, contestualmente, un potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale con particolare riferimento alla riorganizzazione delle cure primarie e della diagnostica di laboratorio, alle cure domiciliari, alla riabilitazione sia ospedaliera che territoriale, all’assistenza residenziale e semiresidenziale.

Il Piano di Rientro 2007 – 2009 aveva individuato i seguenti obiettivi generali e specifici:

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
A- Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	A.1 – Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata
B – Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all’urgenza e all’emergenza e i rapporti con l’assistenza sanitaria di base	B.1 – Assistenza specialistica B.2 – Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa B.3 – Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale B.4 - Riorganizzazione dei servizi destinati all’urgenza e all’emergenza e i rapporti con l’assistenza sanitaria di base

<p>C – Riduzione delle risorse destinate all’assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell’attività ad alto rischio di inappropriata e il minor ricorso alla mobilità interregionale</p>	<p>C.1 – Revisione della rete ospedaliera</p> <p>C.2 – Riduzione dell’attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriata</p> <p>C.3 – Riduzione della mobilità sanitaria</p> <p>C.4 Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato – Messa a regime</p> <p>C.5 Riduzione del numero delle aziende ospedaliere</p>
<p>D – Altre misure di contenimento dei costi</p>	<p>D.1 – Interventi sul costo del personale e costi assimilati</p> <p>D.2 – Interventi sui costi dei beni e servizi</p>
<p>E – Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale</p>	<p>E.1 - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%</p> <p>E.2 - Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%</p> <p>E.3 - Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso-settore pubblico</p> <p>E.4 - Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private</p> <p>E.5 - Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell’1,4% rispetto al 2004</p>
<p>F – Implementazione del progetto tessera sanitaria</p>	<p>F.1- Monitoraggio della spesa sanitaria tramite flussi informativi da Portale Sistema TS</p>
<p>G- Potenziamento della struttura amministrativa regionale</p>	<p>G.1 Adempimenti correlati all’attuazione del Piano di Contenimento e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale nel periodo anni 2007/2009 e all’implementazione di corrette procedure contabili</p>
<p>H – Programmi di sviluppo SSR</p>	<p>H.1- Interventi a sostegno del SSR</p>

Dalle verifiche trimestrali effettuate dal Tavolo Tecnico Ministeriale congiunto per la verifica degli adempimenti regionali del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico, ai sensi dell’articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311 di cui al verbale conclusivo dell’ultima riunione del 23 marzo 2010, è emerso che:

- la Regione, sia pure con ritardo rispetto alle scadenze previste, ha inviato una serie di provvedimenti diretti a completare gli adempimenti strutturali di cui allo stesso Piano di Rientro per l’anno 2009. In merito ai principali ambiti di contesto programmatico e, con particolare riferimento agli interventi in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell’assistenza specialistica, dell’emergenza urgenza e del potenziamento dell’assistenza territoriale, la Regione si è impegnata a dare ulteriore evidenza dello stato di attuazione delle misure strutturali risultanti in corso di realizzazione e/o parzialmente realizzate;

- Tavolo e Comitato hanno valutato ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti 2008;
- il risultato di gestione per l'anno 2009 è un risultato in avanzo dopo il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento;
- l'erogazione delle restanti risorse di cui art.6.bis del decreto – legge del 29 novembre 2008, n.185 convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n.2 del fondo transitorio di accompagnamento e quota premiale per l'anno 2009, è vincolata al completamento e positiva verifica da parte dei competenti Ministeri degli:
 - Interventi del Piano di Rientro da chiudersi definitivamente;
 - Adempimenti 2009 (LEA e da normativa nazionale)

Considerate le risultanze di cui sopra, **la Regione Siciliana coglie l'opportunità di avvalersi di un Programma Operativo per gli anni 2010-2012 con cui intende **completare il processo di contenimento e riqualificazione intrapreso con il precedente Piano di Rientro** secondo gli interventi e le azioni di seguito descritte.**

Nella seguente tabella di raccordo è riportato in sintesi lo stato di attuazione, aggiornato all'atto della verifica del 23 marzo 2010, degli obiettivi generali e specifici, aggregati per voci principali, del Piano di contenimento e riqualificazione 2007-2009 e dei correlati interventi di Programma Operativo 2010-2012 secondo l'articolazione in assi di cui al presente documento.

Obiettivi	Sub - obiettivo Piano di Rientro	STATUS	PIANO OPERATIVO 2010 - 2012: INTERVENTI DI SISTEMA		
			ASSE 1: INTERVENTI DI COMPLETAMENTO	ASSE 2: INTERVENTI SVILUPPO	
A	Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	A.1	Misure operative sulla spesa farmaceutica convenzionata	CONCLUSO	
B	Il contenimento della spesa specialistica convenzionata, e il potenziamento delle strutture di assistenza territoriale pubblica, riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	B.1	Assistenza specialistica	DA COMPLETARE	Azione 4.1 Monitoraggio attuazione Piani Aziendali di accorpamento Azione 5.3 Rinnovo accordo integrativo regionale per le cure primarie
		B.2	Assistenza territoriale residenziale e riabilitativa	CONCLUSO	Azione 5.1 Potenziamento rete regionale delle RSA Azione 5.5 Potenziamento rete regionale cure palliative e terapie del dolore Azione 5.6 Realizzazione di attività semiresidenziale
		B.3	Assistenza territoriale domiciliare integrata, protesica integrativa e termale	CONCLUSO	Azione 5.2 Attivazione PTA Azione 5.4 Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate Azione 5.6 Attivazione Punti Unici di Accesso(PUA)
		B.4	Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base	DA COMPLETARE	Intervento 2: Completamento del processo di riordino del sistema di emergenza urgenza
C	Riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell'attività ad alto rischio di inappropriatezza e il minor ricorso alla mobilità interregionale	C.1	Revisione della rete ospedaliera	DA COMPLETARE	Azione 1.1: Completamento riorganizzazione rete ospedaliera Azione 1.2: Adeguamento organizzativo strutture da riconvertire Azione 1.4: Completamento del percorso di riconversione delle case di cura psichiatriche Azione 6.5: Programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale
		C.2	Riduzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera pubblica e privata, con la revisione della rete ospedaliera, la riduzione dell'attività ad alto rischio di inappropriatezza e il minor ricorso alla mobilità interregionale - Riduzione dell'attività di ricovero e di pronto soccorso inappropriata e ad alto rischio di inappropriatezza	DA COMPLETARE	Azione 1.3: Trasferimento prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza verso regime ambulatoriale e fissazione relative tariffe Azione 6.2: Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO
		C.3	Riduzione della mobilità sanitaria	CONCLUSO	Vedi premessa Piano Operativo 2010 - 2012
		C.4	Sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico privato - Messa a regime	DA COMPLETARE	Azione 1.1.1: Messa a regime delle sperimentazioni gestionali: ISMETT, FONDAZIONE SAN RAFFAELE GIGLIO e FONDAZIONE MAUGERI
		C.5	Riduzione del numero delle aziende ospedaliere	CONCLUSO	
D	Altre misure di contenimento dei costi	D.1	Interventi sul costo del personale e costi assimilati	CONCLUSO	
		D.2	Interventi sui costi dei beni e servizi	DA POTENZIARE	Vedi Intervento 10 di efficientamento sui beni e servizi (*)
E	Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	E.1	Misura nazionale AIFA - determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%	CONCLUSO correlato all'obiettivo A	
		E.2	Misura nazionale AIFA - determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%	CONCLUSO correlato all'obiettivo A	
		E.3	Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso - settore pubblico	CONCLUSO correlato all'obiettivo B	
		E.4	Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private	CONCLUSO correlato all'obiettivo B	
		E.5	Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004	CONCLUSO correlato all'obiettivo D	
F	Implementazione del progetto tessera sanitaria	F.1	Monitoraggio della spesa sanitaria tramite flussi informativi da Portale Sistema TS	DA COMPLETARE	Intervento 3: Tessera Sanitaria
G	Potenziamento della struttura amministrativa regionale	G.1	Adempimenti correlati all'attuazione del Piano di Contenimento e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale nel periodo anni 2007/2009 e all'implementazione di corrette procedure contabili	CONCLUSO	Intervento 7: Articolo 79
H	Programmi di Sviluppo SSR	H.1	Interventi a Sostegno del Sistema Sanitario Regionale	CONCLUSO	Azione 5.7: CUP regionale Intervento 6: Programma istituzione sistema di governo clinico

(*) L'obiettivo D2 del Piano di Rientro 2007-2009 corrisponde ad interventi di efficientamento perché, sebbene le manovre previste nel precedente piano siano state attuate, non hanno tuttavia prodotto gli effetti attesi. Con il Piano Operativo 2010-2012 s'intende potenziare gli effetti di risparmio attualmente conseguiti solo in parte.

Obiettivi del Programma Operativo

Gli obiettivi del Programma Operativo 2010 - 2012 scaturiscono dall'analisi critica dei punti di forza e di debolezza che hanno caratterizzato il precedente Piano:

Punti di forza:

- **Riequilibrio economico** conseguito prevalentemente attraverso provvedimenti di contenimento dei costi per le aree relative all'assistenza da privato, all'assistenza farmaceutica convenzionata, alla spesa del personale, con l'effetto di un progressivo miglioramento del risultato di gestione nel triennio di validità del Piano e di un risultato di gestione in avanzo di 26,2 €ML nell'ultimo anno (IV CE 2009).
- **Potenziamento della struttura amministrativa** regionale attraverso una nuova articolazione dei dipartimenti e dei servizi intermedi all'interno della quale è stata istituita una struttura di coordinamento finalizzata al monitoraggio dei processi di attuazione del Piano di Rientro.
- **Avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario regionale** articolato in più fasi di sviluppo alcune delle quali già intraprese e concluse e i cui effetti sono trasfusi nel presente Programma, e altre che, seppur implicanti modifiche strutturali del sistema, sono ancora in corso di avanzamento. A titolo esemplificativo e nel quadro del nuovo assetto voluto dalla legge L.5/2009 di riforma del servizio sanitario regionale, le tappe già percorse vanno dalla riduzione del numero delle Aziende, ai nuovi criteri di finanziamento e ripartizione delle risorse, ad un innovativo processo di negoziazione/programmazione delle manovre di contenimento e sviluppo delle singole aziende, alla redazione e condivisione dei Piani Aziendali secondo una logica dal basso nella definizione degli obiettivi. Risultano in via di compimento i percorsi avviati per la rimodulazione della rete ospedaliera e l'attivazione di forme alternative di assistenza, la razionalizzazione della rete laboratori, la ridefinizione delle piante organiche delle Aziende Sanitarie e il potenziamento dei servizi sul territorio che rappresenta, quest'ultima, una tappa fondamentale nel processo di cambiamento intrapreso dalla Regione e per il quale s'intende concentrare la maggior parte delle energie.
- **Miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera** (es: degenza media, indice di occupazione dei posti letto, riduzione dei ricoveri e del tasso di ospedalizzazione, ecc...)

Aree di miglioramento:

Gli interventi delineati nel presente Programma sono finalizzati ad incidere ulteriormente nelle seguenti aree di miglioramento attraverso:

- **Misure atte a ricondurre il Tasso di ospedalizzazione regionale, ancora non allineato**, allo standard individuato dal Patto per la Salute 2010-2012 (per probabile ritardo nel trasferimento vs risposte assistenziali alternative).
- **Misure atte a contenere la mobilità passiva extra regionale** e a migliorare la qualità percepita dai cittadini).
- **Misure atte ad elevare l'indice di complessità** delle prestazioni rese in regime di ricovero, ancora basso con prevalenza di ricoveri medici.
- **Misure atte ad efficientare la spesa per beni e servizi;**
- **Misure atte a completare il processo di riconversione ospedale-territorio** (attualmente in corso ma non ancora definito);
- **Misure atte al potenziamento dei meccanismi di controllo interni** (es. Nuclei Operativi di Controllo).

Sintesi degli interventi

L'esigenza di mantenere il governo dei costi sanitari e contestualmente garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso l'implementazione dei percorsi virtuosi di contenimento e di

riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale intrapresi con il precedente Piano e di conferire stabilità agli effetti positivi di controllo e di efficientamento della spesa, impone l'introduzione di ulteriori elementi di ammodernamento e sviluppo del sistema. In quest'ottica il Programma Operativo è articolato in due assi d'intervento:

- **Interventi di sistema:** intesi come l'insieme delle manovre strutturali che, in continuità con quanto già intrapreso, mirano a consolidare il cambiamento del sistema e a promuoverne lo sviluppo con interventi finalizzati al miglioramento della capacità di governo e controllo. L'asse degli interventi di sistema è distinto, infatti, in due categorie di azioni:
 1. *Interventi di completamento delle manovre intraprese nel precedente Piano;*
 2. *Interventi di sviluppo.*
- **Interventi di efficientamento:** intesi come l'insieme delle azioni messe in atto a seguito del recepimento della normativa nazionale e/o di specifiche linee di programmazione regionale, entrambe volte a contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Il seguente Programma è strutturato in diverse sezioni in funzione delle principali aree d'intervento contenenti, ciascuna, una tabella riepilogativa delle azioni specifiche previste per l'area di riferimento nonché le valorizzazioni economiche e il relativo cronoprogramma, ove previsti. Al fine di agevolare le operazioni di monitoraggio dei singoli interventi, per ciascuna azione sono altresì individuati i risultati programmati, i relativi indicatori di risultato e le articolazioni dell'assessorato (aree e servizi) di riferimento.

La Regione si riserva la possibilità, ove si rendesse necessario, di proporre misure alternative al presente Programma con misure equivalenti sul piano economico da adottarsi previa valutazione del Tavolo Adempimenti .

Ipotesi di costruzione dei Conti Economici Tendenziali e Programmatici per il triennio 2010-2012

Nel seguente paragrafo vengono illustrate le modalità di determinazione dei conti economici Tendenziali e Programmatici per gli anni 2010, 2011 e 2012.

Per il triennio di riferimento del Piano, anni 2010/2012, si è proceduto a determinare i valori Tendenziali partendo dal dato Consuntivo anno 2009 e, differentemente per ciascuna classe di valori, apportando le seguenti tipologie di variazioni:

- Rettifiche in valore assoluto di alcune componenti di ricavo/costo presenti nel consuntivo e ritenute per la loro specifica peculiarità non riproducibili negli anni successivi;
- Integrazioni in valore assoluto degli effetti di trascinamento del CCNL Dirigenza biennio 2008/2009 per il personale dipendente e dell'ACN 2008/2009 per il personale convenzionato;
- Incrementi determinati in percentuale pari al Tasso di Inflazione Programmato (TIP) fissato nel 1,5% in conformità a quanto previsto dal DPEF 2009/2013;
- Incrementi determinati in percentuale pari alle serie storiche rilevate e/o alle stime di previsione pluriennale.

Inoltre, i valori Tendenziali per gli anni 2010/2012, evidenziati nel **“prospetto dei conti economici tendenziali e programmatici del sistema sanitario regionale nel periodo 2010/2012”**, fornito in allegato, sono stati determinati:

- non considerando gli effetti economici derivanti dalle Azioni proposte nel presente Programma Operativo;
- considerando l'evoluzione dei valori secondo la legislazione vigente, in particolare recependo gli effetti della manovra di cui alla Legge 30 luglio 2010, n. 122 di conversione del D.L. 31 maggio 2010, n. 78.

Ai Valori Tendenziali così determinati sono stati successivamente applicati, per ogni voce analitica di costo/ricavo, gli effetti stimati degli Incrementi e/o Economie derivanti dall'attuazione delle Azioni proposte dalla Regione nel presente Programma Operativo, ottenendo conseguentemente i valori analitici Programmatici che generano il Risultato d'Esercizio per ciascun anno del Triennio 2010/2012.

Di seguito si riportano le ipotesi adottate per le “variazioni tendenziali” dei principali aggregati di costo e ricavo che determinano i Conti Economici Tendenziali per il triennio 2010 – 2012:

- 1.** Con riferimento ai **Contributi da FSR**, i valori assunti per gli anni 2010/2012, tanto per la componente indistinta, quanto per la componente vincolata tengono conto:
 - per il solo anno 2010, delle previsioni contenute nei documenti approvati dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 rep.atti 12/CSR, per come modificato dai successivi documenti di riparto del 24/05/2010 rep.atti 75/CSR e del 18/11/2010 rep.atti 205/CSR;
 - delle previsioni contenute nel documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 03/12/2009 rep.atti 243/CSR (patto per la salute 2010/2012);
 - delle previsioni di cui all'art.1, c.67 della L. n.191/2010 (L. Finanziaria 2010);
 - delle previsioni di cui dall'art.11, comma 5° punto a) ultimo periodo della L.122/2010, di conversione del DL 78/2010.

Si espone di seguito la Tabella di determinazione dei Contributi assunti nel presente Programma Operativo per gli anni 2010, 2011 e 2012:

Tabella Contributi da Fondo

	SPECIFICA DEI CONTRIBUTI DA FSR	2010	2011	2012
A	FINANZIAMENTO INDISTINTO al netto delle entrate proprie	8.346.536.223	8.417.758.947	8.604.566.070
b1	QUOTA VINCOLATE PROGETTI OBIETTIVO DI PIANO (quota stato)	68.557.069	68.557.069	68.557.069
b2	QUOTA VINCOLATE PROGETTI OBIETTIVO DI PIANO (quota regione)	60.207.125	60.207.125	60.207.125
b3 $\Sigma b1+b2$	TOTALE PROGETTI OBIETTIVO	128.764.194	128.764.194	128.764.194
b4	ALTRE QUOTE VINCOLATE (quota stato + quota regione)	20.653.410	21.505.504	23.740.425
B $\Sigma b1+b2+b3+b4$	TOTALE QUOTE VINCOLATE	149.417.604	150.269.698	152.504.619
C $\Sigma A+B$	STIMA DETERMINAZIONE COMPLESSIVA CONTRIBUTI FSR	8.495.953.827	8.568.028.645	8.757.070.689
D	Stima quota di accesso al Riparto degli 834 ml di cui alla manovra nazionale (art.2, comma 67 della L.191/2009)		68.536.241	68.536.241

N.B.:

Con riferimento al valore dei contributi previsti alla voce "D" della precedente Tabella, stimato per ciascuno degli anni 2011 e 2012 in € 68.536.241, poiché in atto non è possibile prevedere se si concretizzerà, in tutto o in parte, come finanziamento o come riduzione di costi per effetto di manovra nazionale, nel "prospetto dei conti economici tendenziali e programmatici del sistema sanitario regionale nel periodo 2010/2012", di cui all'Allegato 1 del presente Piano Operativo, è stato esposto sotto la riga del risultato d'esercizio di ciascun anno e il suo importo concorre a determinare il valore della perdita d'esercizio assunta come risultato Programmato della Regione.

2. Entrate proprie: il valore tendenziale per l'anno 2010 è stato esposto in misura uguale al consuntivo 2009, a meno del decremento del valore complessivo di 32.143 €mgl relativo:

- al valore di 10.032 €mgl : (in quota sulle voci dei "contributi da altri enti pubblici extra fondo" per 8.267 €mgl e dei "contributi da regione extra-fondo" per 1.765 €mgl) correlato al contributo conferito per gli effetti del Decreto Ministero del Lavoro , della Salute e delle Politiche Sociali del 29/05/2009 "Piano per lo screening del Cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto per il triennio 2007/2009";
- al valore di 22.111 €mgl., correlato a maggiori contributi a carico del bilancio della Regione erogati nell'anno 2009 e all'effetto dei risconti passivi su quote di FS di anni pregressi assegnate alle aziende con vincolo di destinazione per le quali nei rispettivi anni non si erano sostenuti i correlati costi e non erano stati oggetto di specifici accantonamenti.

Le poste in argomento hanno avuto effetti economici limitati all'anno 2009 e conseguentemente non sono state riproposte a livello Tendenziale per il periodo 2010/2012

I valori tendenziali per i successivi anni 2011 e 2012 sono stati assunti pari al 2010.

Si evidenzia inoltre che, nell'ambito di tale aggregato, si registra il rimborso per Pay Back, la cui quantificazione è fornita dall'AIFA e che per effetto dell'art. 11, comma 6 e 7, punto a) della L 122/2010 potrà essere suscettibile di sensibile incremento; in atto il valore considerato nell'ambito del triennio 2010/2012 è stato mantenuto prudenzialmente costante e pari al valore determinato in ultimo dall'Aifa per l'anno 2010 (23,6 €ML);

3. Costi Capitalizzati: i valori tendenziali per ciascuno degli anni 2010,2011 e 2012 è stato assunto di valore uguale al corrispondente dato consuntivo 2009.

Con riferimento ai costi interni le assunzioni per singolo aggregato di conto economico per la costruzione dei valori Tendenziali a valere per gli anni 2010, 2011 e 2012 sono state le seguenti:

4. Personale: il costo Tendenziale del personale dipendente è stato determinato:

- per il 2010 a partire dal costo del personale da CE consuntivo 2009, incrementato dei rinnovi contrattuali della dirigenza (trascinamento biennio 2008-2009 calcolato al 3,2%) e dell'indennità di vacanza contrattuale su dirigenza e comparto, calcolata come incremento di una percentuale dello 0,6% rispetto alla base di costo dell'anno precedente;
- per il biennio 2011/2012 il valore Tendenziale sconta l'effetto dell'applicazione L.122/2010 art.9 comma 2, stimato in €13 ml. Annuì.

5. Prodotti farmaceutici:

- il costo tendenziale anno 2010 è stato determinato applicando ai dati 2009 la percentuale di incremento, pari all'8%, concordata in sede di negoziazione delle risorse 2010 con le Aziende Sanitarie;
- il costo tendenziale anno 2011 è stato determinato applicando al valore tendenziale 2010 la percentuale di incremento pari all'9%;
- il costo tendenziale anno 2012 è stato determinato applicando al valore tendenziale 2011 la percentuale di incremento pari all'10%.

6. Beni sanitari non sanitari:

- il costo tendenziale 2010 è stato determinato incrementando il valore consuntivo 2009 della percentuale dell'1,5%, pari al Tasso di inflazione programmata di cui al DPEF 2009-2013;
- i costi Tendenziali del Biennio 2011/2012 sono stati determinati incrementando i valori Tendenziali dei rispettivi anni precedenti della percentuale del 1,5% pari al TIP;

7. Consulenze e Collaborazioni sanitarie e non sanitarie:

- il valore tendenziale per l'anno 2010 è stato incrementato rispetto al consuntivo 2009 della percentuale del TIP (+1,5%);
- per gli anni 2011 e 2012 il valore tendenziale di ciascun anno è stato incrementato rispetto al dato tendenziale del rispettivo anno precedente della percentuale del TIP (+1,5%);

8. Compartecipazione all'attività libero professionale, Rimborsi:

il valore tendenziale per l'intero triennio 2010/2012 è stato esposto in misura uguale al consuntivo 2009.

9. Formazione:

- il costo tendenziale 2010 è stato determinato incrementando il valore consuntivo 2009 della percentuale dell'1,5%, pari al Tasso di inflazione programmata di cui al DPEF 2009-2013;
- i costi Tendenziali del Biennio 2011/2012 sono stati determinati incrementando i valori tendenziali dei rispettivi anni precedenti della percentuale del 1,5% pari al TIP

10. Altri Servizi non Sanitari (lavanderia, mensa etc.):

- il costo tendenziale 2010 è stato determinato incrementando il valore consuntivo 2009 della percentuale dell'1,5%, pari al Tasso di inflazione programmata di cui al DPEF 2009-2013,
- i valori tendenziali per il biennio 2011/2012 son stati determinati incrementando i valori tendenziali dei rispettivi anni precedenti di una percentuale pari al 3%.

11. Manutenzioni e Godimento beni di terzi:

- il costo tendenziale 2010 è stato determinato incrementando il valore consuntivo 2009 della percentuale dell'1,5%, pari al Tasso di inflazione programmata di cui al DPEF 2009-2013,

- per il biennio 2011/2012 il costo tendenziale è stato determinato incrementando i rispettivi valori tendenziali degli anni precedenti della percentuale dell'1,5%, pari al Tasso di inflazione programmata;

12. Oneri diversi di Gestione:

- il costo tendenziale 2010 è stato determinato pari al valore consuntivo 2009 al netto dell'economia sui compensi degli organi istituzionali correlata alla riduzione del numero di Aziende Sanitarie (da 30 a 18), intervenuta a seguito della Legge di Riforma Regionale n°5/2009; l'economia è stata stimata su base annua in €6,2 ml, ma il relativo effetto economico si è manifestato nell'anno 2009 solo per 1/3 a decorrere dalla data di costituzione delle nuove Aziende (01/09/2010);
- i costi tendenziali per il biennio 2011/2012 sono stati determinati in misura costante ai rispettivi tendenziali degli anni precedenti;

13. Accantonamenti per rischi:

- il costo tendenziale anno 2010 è stato determinato pari al valore del consuntivo 2009;
- i costi tendenziali per il biennio 2011/2012 sono stati determinati in misura costante ai rispettivi tendenziali degli anni precedenti;

14. Accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente:

- per gli anni 2010, 2011 e 2012 il valore tendenziale è stato determinato pari a zero ai sensi di quanto previsto dalla legge 122/2010.
- La quota degli accantonamenti pari alla indennità di vacanza contrattuale è inglobata nel costo specifico del personale come già riportato al precedente punto 4..

15. Accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato:

- il valore è stato calcolato a partire dal costo del personale convenzionato da CE consuntivo 2009 incrementato dei rinnovi contrattuali (trascinamento ACN biennio 2008-2009);
- nella determinazione della percentuale da applicare per l'accantonamento, sono stati scontati gli effetti della .L. 122/2010 (articolo 9 comma 24) in base alla quale l'accantonamento è stato mantenuto per il triennio per un importo pari alla quota di indennità di vacanza contrattuale (0,6%).

16. Altri Accantonamenti:

- i valori riportati nella voce "altri accantonamenti" del Tendenziale per gli anni 2010, 2011 e 2012 sono relativi alle risorse correlate ai contributi per la realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (valore relativo al punto b1 esposto nella Tabella Contributi da Fondo di cui al precedente punto 1) e gli ulteriori contributi vincolati da Stato (valore relativo al punto b4 esposto nella Tabella Contributi da Fondo di cui al precedente punto 1).

Per quanto attiene alle risorse accantonate per la realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, il loro impiego è stato in atto parzialmente programmato con le linee di attività di sviluppo previste dalla seguente Tabella, che illustra la quantificazione degli interventi di sviluppo (Asse 1.b) del Programma Operativo:

INVESTIMENTI CON UTILIZZO RISORSE PER OBIETTIVI PRIORITARI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	2010	2011	2012
<i>potenziamento e riordino dell'Assistenza Domiciliare Integrata</i>	2.914	10.490	19.134
<i>potenziamento della rete regionale per le Cure Palliative e terapia del dolore (HOSPICE)</i>	728	4.977	2.212
<i>potenziamento della rete assistenziale delle cure primarie</i>	6.809	4.849	
<i>potenziamento attività semiresidenziali</i>	-	3.600	-
TOTALE	10.451	23.916	21.346

L'ammontare complessivo degli utilizzi di cui alla precedente Tabella, sono stati detratti per ciascun anno del periodo 2010/2012 dal valore degli accantonamenti tendenziali e portati ad incremento dei correlati costi specifici programmati, conseguentemente all'adozione delle Azioni proposte dal presente Piano Operativo.

17. Medicina di base e Sumai:

- il costo Tendenziale 2010 del personale convenzionato è stato determinato a partire dal costo da CE consuntivo 2009 incrementato dell'effetto dei rinnovi dell'Accordo Collettivo Nazionale relativi al biennio 2008-2009 (trascinamento biennio 2008-2009 calcolato al 3,2%)
- per il biennio 2011/2012 i relativi costi Tenziali sono stati determinati pari al dato Tendenziale dell'anno precedente;

18. Farmaceutica convenzionata:

- il valore Tendenziale 2010 è stato determinato a partire dal costo da CE consuntivo 2009, reintegrato dell'effetto dello sconto previsto dalla L.77/2009 (€16.816 mgl) e rettificato per gli effetti stimati dell'applicazione dello sconto del 1,82% a sensi di quanto disposto dall'art.11, comma6, della L.122/2010 (€9.368 mgl);
i valori Tenziali 2011/2012 sono stati determinati a partire dall'applicazione dello sconto del 1,82% a sensi di quanto disposto dall'art.11, comma 6, della L.122/2010 (quantificati in €19,537 ml per l'anno 2011 e in €19,830 per l'anno 2012) e del del TIP (1,5%).

19. Prestazioni ospedaliere da privato:

- il costo tendenziale 2010 è pari all'Aggregato Regionale stabilito per il 2010 per le Case di Cura convenzionate di Media e Alta specialità (D.A. n°1190/2010) ed ai valori delle prestazioni ospedaliere assunti a budget per le Sperimentazioni Gestionali (IsMeTT e San Raffaele), l'ospedale Classificato Buccheri la Ferla e l'IRCCS Oasi di Troina

Assistenza Ospedaliera da Privato - anno 2010	
Aggregato Regionale per le CdC di Media Specialità (DA 1190/2010)	360.224.500
Aggregato Regionale per le CdC di Alta Specialità (DA 1190/2010)	87.426.762
Valore accordi contrattuali delle strutture a Gestione Diretta della Regione (ISMETT, SAN RAFFAELE, BUCCHERI, OASI)	215.130.063
Valore del costo per prestazioni erogate dalle CdC di Media Specialità a cittadini extra-regione	10.715.000
Valore del costo per prestazioni erogate dalle Strutture a Gestione Diretta della Regione a cittadini extra-regione	4.663.103
TOTALE	678.159.428

- i costi tendenziali degli anni 2011 e 2012 sono stati determinati per ciascun anno prevedendo un incremento pari al 2% del costo tendenziale dell'anno precedente.

20. Prestazioni di specialistica da privato:

- il costo Tendenziale 2010 della specialistica ambulatoriale è pari alla somma dell'Aggregato Regionale stabilito per il 2010 (D.A. n°1191), del costo 2009 per l'emodialisi e la radioterapia, e del valore assunto a budget per le prestazioni riconosciute ed erogate dalle strutture a gestione accentrata della Regione;

Assistenza Specialistica da Privato - anno 2010	
Aggregato Regionale (DA 1191/2010)	287.910.000
Valore accordi contrattuali delle strutture a Gestione Diretta della Regione (ISMETT, SAN RAFFAELE, BUCCHERI, OASI)	24.491.425
Valore del costo per prestazioni erogate dalle strutture convenzionate a cittadini extra-regione	3.928.000
Valore del costo per prestazioni erogate dalle Strutture a Gestione Diretta della Regione a cittadini extra-regione	393.914
TOTALE	316.723.339
Costo Emodialisi a Consuntivo 2009	109.273.000
Costo Radioterapia a Consuntivo 2009	6.575.000
TOTALE	432.571.339

- i costi Tendenziali degli anni 2011 e 2012 sono stati determinati per ciascun anno prevedendo un incremento pari al 2% del costo tendenziale dell'anno precedente.

21. Assistenza Riabilitativa extra Ospedaliera:

- I valori tendenziali e programmati per ciascun anno del periodo 2010/2012 sono stati determinati pari ai valori dei Tetti di spesa fissati con i DA 2003/2010 e DA 2858/2010.

22. Altre Prestazioni da privato:

- i costi Tendenziali per gli anni 2010, 2011 e 2012 sono stati determinati applicando ai relativi costi tendenziali degli anni precedenti un incremento pari al la percentuale dell'1,5%, (Tasso di inflazione programmata di cui al DPEF 2009-2013);

23. Gestione finanziaria:

- per l'anno 2010 il costo Tendenziale degli oneri finanziari è stato calcolato a partire dal costo da CE consuntivo 2009, con una riduzione del 15% concordata in sede di negoziazione delle risorse 2010 con le Aziende Sanitarie;
- i costi Tendenziali degli anni 2011 e 2012 sono stati determinati per ciascun anno prevedendo un valore pari al costo tendenziale dell'anno precedente.

24. Oneri fiscali:

- I costi Tendenziali dell'IRAP sono stati calcolati per ciascun anno del Triennio 2010/2012 in funzione della base imponibile del costo del personale al netto degli oneri sociali.

25. Gestione straordinaria:

i valori Tendenziali 2010 sono stati determinati sulla base dei valori espressi nel consuntivo 2009 con le seguenti specifiche:

- in riferimento ai proventi straordinari, il valore da CE consuntivo 2009, è stato rettificato in decremento dell'importo di 24.452 €/mgl, corrispondenti ad eventi di natura eccezionale dei quali si è ritenuto prudenzialmente di non tenere conto;
- in riferimento agli oneri straordinari, il valore da CE consuntivo 2009 è stato assunto in un valore in decremento di una percentuale pari al 15%, sulla base del trend 2007-2009;
- i valori Tendenziali dei successivi anni 2011 e 2012 sono stati determinati, per ciascun anno, prevedendo un valore pari al costo tendenziale dell'anno precedente.

I conti economici tendenziali e programmati sono comprensivi per ciascun anno della mobilità attiva extraregionale costruita sulla base del dato storico.

La Regione si impegna alla sottoscrizione di accordi per la mobilità sanitaria extraregionale con le regioni in relazione alle quali si registrano maggiori volumi di mobilità sanitaria attiva e passiva ai sensi

dell'articolo 19 del Patto per la salute del 3 dicembre 2009, funzionali al governo complessivo del sistema con particolare riguardo a tipologia, quantità delle prestazioni e relativa remunerazione.

Previsione delle Misure finanziarie di coperture delle perdite programmate per ciascun anno di riferimento del Piano Operativo

Per il periodo di vigenza del presente Piano Operativo, la Regione ha programmato che il Sistema Sanitario Regionale continui il progressivo decremento del deficit già conseguito nel precedente Piano di Rientro anni 2007/2009.

Il Deficit Programmato per ciascun anno di vigenza del Piano sarà ripianato tramite il ricorso alla maggiorazione dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (addizionale regionale all'IRPEF) e all'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) che in atto sono state complessivamente stimate, sulla base delle indicazioni fornite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento delle Finanze, rispettivamente in:

- maggiorazione fiscale a copertura disavanzo anno 2010 = 316,445 ml
- maggiorazione fiscale a copertura disavanzo anno 2011 = 327,116 ml
- per la copertura del disavanzo programmato dell'anno 2012, non essendo in atto note stime di determinazione da parte dei competenti organismi istituzionali, si assume a stima un valore pari all'anno 2011 = 327,116 ml

La Regione si riserva la possibilità di avvalersi delle previsioni di cui all'art. 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo della L. 27 dicembre 2006, n°296, in ultimo richiamato dall'art. 2, comma 80, della Legge 23 dicembre 2009 n°191, ovvero la possibilità,..... *“qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.....”*

Asse 1: INTERVENTI DI SISTEMA

Asse 1.a) Interventi di completamento dei processi avviati nel Piano di Contenimento e di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009

Intervento 1: Rimodulazione rete ospedaliera

Intervento 1	Rimodulazione rete ospedaliera		
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO
Azione 1.1	Programma Operativo per il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera	Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, discipline, numero di posti letto, dimensioni reparti, appropriatezza prestazioni e tasso di ospedalizzazione per provincia	Entro il 31/12/2010 monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente ai DA dal 745 al 761 del 12/03/2010 modificati con DA dal 1370 al 1384 del 25/05/2010 e alla fine del processo di rimodulazione e approvazione del crono programma
		Cronoprogramma delle riconversioni: dismissione/riconversione Presidi Ospedalieri in strutture dalla diversa natura assistenziale (RSA, PTA, etc.), accorpamenti unità operative, riconversione posti letto per acuti in riabilitazione e lungodegenza	Entro il 31/12/2010: dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei DA di rimodulazione nella misura del 10%; Entro il 30/06/2011: dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei DA di rimodulazione nella misura del 70%; Entro il 31/12/2011: dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei DA di rimodulazione nella misura del 20%
		Miglioramento del governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività	Entro il 31/12/2012: decreti di definizione delle reti cliniche per gli ambiti specialistici prioritari individuati nel PSR 2010-2012
Azione 1.1.1	Messa a regime delle sperimentazioni gestionali: ISMETT, FONDAZIONE SAN RAFFAELE GIGLIO e FONDAZIONE MAUGERI	Ricognizione delle varie situazioni sotto il profilo giuridico ed economico	Entro il 30/06/2011: adozione dei provvedimenti finalizzati al superamento della fase sperimentale Entro il 31/12/2012 messa a regime del nuovo assetto amministrativo istituzionale delle strutture in questione
Azione 1.2	Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire	Riduzione de 5% delle unità complesse e 10% di quelle semplici	Entro il 31.12.2010 report degli scostamenti ante e post rimodulazione
Azione 1.3	Trasferimento prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriately verso regime ambulatoriale e fissazione relative tariffe	Individuazione forme alternative di assistenza (day service, ambulatorio, residenziale) al posto di alcuni DRG	Entro il 31.12.2010, adozione del decreto di individuazione delle tariffe ambulatoriali sul territorio della Regione
			Entro il 31.12.2011 allineamento tasso di ospedalizzazione ai parametri individuati dal Patto per la Salute
Azione 1.4	Completamento del percorso di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche	Raccordo con le strutture territoriali afferenti al Dipartimento di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Provinciali attraverso linee guida finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale ospedale-territorio nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici per la parte relativa agli interventi terapeutico-riabilitativi	Entro il 30/06/2011 saranno definite apposite linee guida in ordine alla caratterizzazione dei restanti 91 posti letto che costituiranno ulteriori risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale per gli interventi terapeutico-riabilitativi.

Azione 1.1: Programma Operativo per il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera

Il sistema sanitario della Regione tipicamente tarato sull'offerta, ha dato luogo ad un eccesso di domanda non sempre connessa ad un effettivo bisogno sanitario e, conseguentemente, non sempre appropriata sul piano organizzativo.

Storicamente, infatti, l'offerta ospedaliera della Regione è stata caratterizzata dalle seguenti criticità:

- eccesso di ricoveri ospedalieri;
- rete ospedaliera pubblica ridondante, anche per la presenza di strutture ospedaliere di ridotte dimensioni;
- presenza, all'interno delle strutture sanitarie, di servizi/unità assistenziali non definiti in una logica di rete coordinata;
- carente offerta di riabilitazione e lungodegenza post acuzie pubblica e conseguente concentrazione della stessa nel sistema privato non sempre in continuità con l'assistenza per acuti.

Per contrastare tali fenomeni, la rimodulazione della rete ospedaliera ha definito:

- la riconversione delle strutture ospedaliere con casistica ridotta e non in grado di dare risposte coerenti con la funzione ospedaliera, in strutture per l'assistenza residenziale;
 - la riconversione di posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione e lungodegenza;
- anche per rispondere alle esigenze di allineamento agli standards previsti dal Patto per la Salute del 3.12.2009 che prevedono a 0,7 posti letto di riabilitazione e lungodegenza per 1000 abitanti.

Gli obiettivi generali e specifici individuati per il completamento del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera fanno riferimento a:

- analisi della domanda e rimodulazione dell'offerta;
- riduzione del numero di posti letto ospedalieri per acuti e del numero delle Unità Operative Complesse e Semplici con conseguente allineamento ai parametri fissati dal Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;
- individuazione delle strutture in cui disattivare le funzioni di ricovero per acuti e/o oggetto di riconversione;
- trasferimento di prestazioni ospedaliere riferite a DRG ad alto rischio di inappropriatazza verso forme di assistenza alternative al ricovero anche territoriali (day service, ambulatorio, assistenza residenziale, domiciliare ecc.).

Nella prima fase del processo sono stati adottati i decreti assessoriali n. 1150/09 e n.1129/09, rispettivamente per il settore pubblico e privato, con i quali è stato definito, sulla base dell'analisi della domanda, il fabbisogno di posti letto per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza. In particolare, poichè l'offerta post acuzie della Regione risultava particolarmente carente, è stata prevista la rimodulazione di 2000 posti letto per acuti in posti di riabilitazione e lungodegenza, fino alla concorrenza dei parametri previsti nel Patto per la Salute del 3 dicembre 2009. Le riconversioni previste hanno lo scopo di indirizzare le prestazioni inappropriate in regime di ricovero verso forme di assistenza alternative più adeguate (assistenza residenziale e semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare).

Nella tabella sottostante sono messi a confronto per singola azienda, i posti letto risultanti dal Piano di rimodulazione con quelli ante rimodulazione, al fine di esporre la misura delle riconversioni della rete ospedaliera pubblica e privata che ha portato alla riduzione complessiva di c.a. **405 pl** passando da 19.880 posti letto esistenti nel 2008 a 19.475 attesi al completamento del processo (31/12/2011, vedi indicatori di risultato).

In particolare:

- **la rete ospedaliera privata** accreditata ha subito la totale riconversione di 553 p.l. in post acuti (di cui 220 pl di lungodegenza e 333 pl di riabilitazione);

- **la rete ospedaliera pubblica**, sulla base dei decreti di rimodulazione per singola azienda, ha previsto la riduzione di 1.772 posti letto per acuti, di cui 1.367 riconvertiti in posti letto post acuzie (535 pl di lungodegenza e 479 pl di riabilitazione); complessivamente il saldo tra la riduzione dei posti letto per acuti e l'incremento dei posti letto post acuzie comporta una riduzione di 405 pl.

In sintesi, in tutte le aziende sanitarie sono stati ridotti i posti letto per acuti in maniera proporzionale ai fabbisogni valutati sul territorio, tenendo conto dei dati di mobilità passiva intraregionale con il duplice scopo di riequilibrare le funzioni all'interno delle singole province e garantire l'autosufficienza a livello provinciale e/o comunque di bacino, attraverso l'individuazione di centri di riferimento.

All'interno della rete, sono stati individuati posti letto dedicati a specifiche patologie attraverso l'individuazione degli ospedali "hub" regionali e la creazione di centri di riferimento (es. unità spinali, trauma center, stroke unit, riabilitazione, ecc).

La Regione ha già provveduto a disattivare alcuni presidi e, segnatamente, il San Luigi Currò (in fase di attuale dismissione), il Santa Marta e l'Ascoli Tomaselli di Catania, l'Ospedale Casa del Sole (in fase di attuale dismissione), i presidi di Palazzo Adriano, l'Enrico Albanese, l'Ospedale Guadagna (in fase di attuale dismissione) e l'Istituto Materno Infantile di Palermo.

Dal punto di vista delle funzioni ospedaliere, la rimodulazione della rete ha comportato:

- la variazione del numero dei posti letto di alcune discipline, così come riportato nella tabella di riepilogo;

Riepilogo principali variazioni PL per funzioni ospedaliere ante e post rimodulazione				
Discipline	PL ante rimodulazione	PL post rimodulazione	Delta post-ante	Razionale della programmazione regionale
Terapie intensive	300	402	102	Carenze all'interno della rete regionale rispetto agli standard nazionali
Utin	96	138	42	
Nefrologia	199	245	46	
Cardiologia pediatrica	-	24	24	
Otorino e oculistica	649	310	- 339	Allineamento standard Patto Salute
Dermatologia	142	52	- 90	
Ostetricia e ginecologia	1.179	869	- 310	Revisione punti nascita e rete materno infantile;
Pediatria	860	566	- 294	

- l'inserimento progressivo in alcuni presidi di funzioni di tipo territoriale che si configurano prevalentemente in RSA (vedi azione 5.1), PTA (vedi azione 5.2), PTE, poliambulatori ecc.

Ai fini del completamento del processo avviato si prevede il seguente cronoprogramma:

- entro il 31 dicembre 2010: dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei D.A. di rimodulazione nella misura del 10%
- entro il 30 giugno 2011: dismissione delle funzioni ospedaliere, così come previsto nei D.A. di rimodulazione a livello aziendale, nella misura del 70%
- entro il 31 dicembre 2011: dismissione delle funzioni ospedaliere, così come previsto nei D.A. di rimodulazione a livello aziendale, nella misura del 20%.

L'attuazione, a regime, di tale Programma consentirà a livello di sistema il raggiungimento in termini percentuali della quota di **3,87** posti letto per mille abitanti, di cui **3,22 per acuti** (3,57 nel 2009) e **0,65 per riabilitazione e lungodegenza** (0,22 nel 2009), in misura tendente ai parametri introdotti dal Patto per la Salute (rispettivamente 3,3 e 0,7 x 1000 abitanti).

Tale processo, che si contestualizza nel nuovo assetto del SSR, comporta l'ulteriore riduzione, oltre quella già operata a seguito degli accorpamenti post L.5/2009, delle unità operative nonché delle posizioni organizzative (semplici e complesse) nella misura indicata dalle rispettive **azioni 1.2 e 9.1**.

I suddetti obiettivi troveranno completa attuazione solo alla fine del processo di revisione della rete previsto per la fine del 2011, mentre gli effetti correlati all'intervento saranno monitorati in progress per valutare lo stato di avanzamento del processo di dismissione delle attività, degli adeguamenti strutturali, tecnologici e dei processi di mobilità di personale e formazione dello stesso.

Il processo di razionalizzazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere, operato con l'obiettivo di spostare il baricentro dall'ospedale competente - solo per le patologie acute - al territorio, porterà ad elevare la qualità dei servizi offerti e l'efficienza nell'erogazione degli stessi, nonché ad adeguare il tasso di ospedalizzazione ad oggi più alto rispetto alla media nazionale.

Codice Azienda	PIANO DI RIMODULAZIONE					2008					DELTA 2010 -2008					Decreto Riordino riconversione rete ospedaliera e territoriale (PL 2010)	
	ACUTI	LDG	RIA	post acuzie	TOTALE	ACUTI	LDG	RIA	post acuzie	TOTALE	ACUTI	LDG	RIA	post acuzie	TOTALE		
ASP 201 AGRIGENTO	815	128	128	256	1.071	891	28	48	76	967	- 76	100	80	180	104	DA n°1370 / 2010	
ASP 202 CALTANISSETTA	676	60	56	116	792	831	4	6	10	841	- 155	56	50	106	- 49	DA n°1372 / 2010	
ASP 203 CATANIA	868	62	64	126	994	891	62	88	150	1.041	- 23	-	- 24	- 24	- 47	DA n°1371 / 2010	
ASP 204 ENNA	545	48	40	88	633	636	25	32	57	693	- 91	23	8	31	- 60	DA n°1373 / 2010	
ASP 205 MESSINA	794	48	40	88	882	815	32	22	54	869	- 21	16	18	34	13	DA n°1374 / 2010	
ASP 206 PALERMO	486	80	88	168	654	586	6	-	6	592	- 100	74	88	162	62	DA n°1375 / 2010	
ASP 207 RAGUSA	725	72	72	144	869	832	3	20	23	855	- 107	69	52	121	14	DA n°1376 / 2010	
ASP 208 SIRACUSA	750	40	40	80	830	846	8	20	28	874	- 96	32	20	52	- 44	DA n°1377 / 2010	
ASP 209 TRAPANI	760	92	60	152	912	930	4	-	4	934	- 170	88	60	148	- 22	DA n°1378 / 2010	
921 AO CANNIZZARO	560	-	-	-	560	560	-	4	4	564	-	-	-	4	- 4	DA n°1379 / 2010	
922 AO GARIBALDI	678	-	16	16	694	766	14	3	17	783	- 88	- 14	13	-	1	- 89	DA n°0758 / 2010
923 AOUP Catania	1.050	-	16	16	1.066	1.182	-	9	9	1.191	- 132	-	7	7	- 125	DA n°1382 / 2010	
924 AO Papardo - Piemonte	495	24	24	48	543	574	-	1	1	575	- 79	24	23	47	- 32	DA n°1380 / 2010	
925 AOUP Messina	660	-	32	32	692	775	-	18	18	793	- 115	-	14	14	- 101	DA n°1383 / 2010	
926 AO VILLA SOFIA - CERVELLO (compresa Cas	765	32	32	64	829	808	7	18	25	833	- 43	25	14	39	- 4	DA n°0757 / 2010	
927 AO CIVICO	900	24	24	48	948	1.065	14	2	16	1.081	- 165	10	22	32	- 133	DA n°1381 / 2010	
928 AOUP Palermo	660	16	24	40	700	871	-	8	8	879	- 211	16	16	32	- 179	DA n°1384 / 2010	
Totale pubblici senza IRCSS Bonino Pulejo	12.187	726	756	1.482	13.669	13.859	207	299	506	14.365	- 1.672	519	457	976	- 696		
960 IRCSS Bonino Pulejo	30	-	66	66	96	30	-	66	66	96	-	-	-	-	-		
Totale pubblici senza Villa delle Ginestre	12.217	726	822	1.548	13.765	13.889	207	365	572	14.461	- 1.672	519	457	976	- 696		
VILLA DELLE GINESTRE			66	66	66						0	0	66	66	66		
Totale pubblici	12.217	726	888	1.614	13.831	13.889	207	365	572	14.461	- 1.672	519	523	1.042	- 630		
OASI	88		264		352	88		264	264	352	0	0	0	0	0		
BUCCHERI	248	16	16		280	290			0	290	-42	16	16	32	-10		
ISMETT	76				76	76		50	50	126	0	0	-50	-50	-50		
SAN RAFFAELE	138	14	40		192	196	14	50	64	260	-58	0	-10	-10	-68		
PL POST ACUZIE DI NUOVA ATTIVAZIONE NON ASSEGN				353	353						0	0	0	353	353		
TOTALE pubblici con gest acc + PL post acuzie	12.767	756	1.208	2.317	15.084	14.539	221	729	950	15.489	- 1.772	535	479	1.367	- 405		
POSTI LETTO PRIVATI ACCREDITATI																	
Codice Azienda	PIANO DI RIMODULAZIONE					2008					DELTA 2010 -2008						
	ACUTI	LDG	RIA	post acuzie	TOTALE	ACUTI	LDG	RIA	post acuzie	TOTALE	ACUTI	LDG	RIA	post acuzie	TOTALE		
ASP 201 AGRIGENTO	150	-	-	-	150	150	-	-	-	150	-	-	-	-	-		
ASP 202 CALTANISSETTA	90	4	41	45	135	100	-	35	35	135	- 10	4	6	10	-		
ASP 203 CATANIA	973	98	313	411	1.384	1.219	-	165	165	1.384	- 246	98	148	246	-	DA 1150/2009 DA 1129/2009	
ASP 204 ENNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
ASP 205 MESSINA	617	24	131	155	772	677	-	95	95	772	- 60	24	36	60	-		
ASP 206 PALERMO	1.122	68	112	180	1.302	1.294	-	8	8	1.302	- 172	68	104	172	-		
ASP 207 RAGUSA	45	4	33	37	82	55	-	27	27	82	- 10	4	6	10	-		
ASP 208 SIRACUSA	321	11	59	70	391	349	-	42	42	391	- 28	11	17	28	-		
ASP 209 TRAPANI	148	11	16	27	175	175	-	-	-	175	- 27	11	16	27	-		
Totale privati	3.466	220	705	925	4.391	4.019	-	372	372	4.391	- 553	220	333	553	-		
TOTALE	16.233	976	1.913	3.242	19.475	18.558	221	1.101	1.322	19.880	- 2.325	755	812	1.920	- 405		
STANDARD PL x 1000 ab																	
POPOLAZIONE al 1° gennaio 2009	5.037.799																
TOTALE	3,87	19.475															
acuti	3,22	16.233															
post acuti	0,65	3.242															

Nel 2012 si prevede il mantenimento dell'assetto strutturale ed organizzativo della rete ospedaliera conseguito nel 2011 ivi compresa la verifica dell'aderenza di eventuali modifiche rispetto ai provvedimenti autorizzativi regionali e alle linee di programmazione contenute nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013.

Nel corso dello stesso anno, in coerenza con quanto previsto nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013, dovranno essere definite le reti cliniche secondo il modello Hub & Spoke per gli ambiti specialistici prioritari individuati nello stesso Piano, attraverso il coinvolgimento di gruppi multi professionali e multidisciplinari di professionisti, avuto riguardo, per l'articolazione delle singole reti, dell'analisi dei dati di produzione e delle variabili di contesto locale.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, discipline, numero di posti letto, dimensioni reparti, appropriatezza prestazioni e tasso di ospedalizzazione per provincia;
- Cronoprogramma delle riconversioni: dismissione/riconversione Presidi Ospedalieri in strutture dalla diversa natura assistenziale (RSA, PTA, etc..), accorpamenti unità operative, riconversione posti letto per acuti in riabilitazione e lungodegenza;
- Miglioramento del governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività.

INDICATORI DI RISULTATO

- entro il 31/12/2010 monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente ai DA dal 745 al 761 del 12/03/2010 modificati con DA dal 1370 al 1384 del 25/05/2010 e alla fine del processo di rimodulazione e approvazione del crono programma;
- entro il 31 dicembre 2010: dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei D.A. di rimodulazione nella misura del 10%
- entro il 30 giugno 2011: dismissione delle funzioni ospedaliere così come previsto nei D.A. di rimodulazione a livello aziendale nella misura del 70%
- entro il 31 dicembre 2011: dismissione delle funzioni ospedaliere così come previsto nei D.A. di rimodulazione a livello aziendale nella misura del 20%
- entro il 31/12/2012: decreti di definizione delle reti cliniche per gli ambiti specialistici prioritari individuati nel Piano Sanitario Regionale 2010-2013 .

IMPATTO ECONOMICO

L'impatto economico derivante dalla definizione del piano di riordino della rete ospedaliera è da ascrivere, principalmente, agli effetti di spesa correlati alla rideterminazione delle dotazioni organiche, per la cui quantificazione si rimanda alle relative azioni di cui al presente Programma.

Per quanto attiene invece l'impatto di economie sugli ulteriori fattori produttivi (beni e servizi) non si ritiene di dovere effettuare la quantificazione nell'assunzione che i costi cessanti derivanti dal processo di riconversione trovino compensazione nei costi sorgenti derivanti dal potenziamento del territorio.

Analogamente, per quanto attiene la definizione delle reti cliniche, la misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e del governo clinico.

Azione 1.1.1: Messa a regime delle sperimentazioni gestionali ISMETT di Palermo, San Raffaele Giglio di Cefalù e Fondazione Maugeri di Sciacca

L'art. 9-bis comma 3 della D.lgs. 502/92 cita: “ ..Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti”.

In coerenza con i principi fondamentali di cui al D.lgs 502/92 art.9-bis, la Regione si pone l'obiettivo di completare entro il 31/12/2010 la ricognizione sotto il profilo giuridico, economico e gestionale delle sperimentazioni gestionali esistenti nel SSR: ISMETT di Palermo, San Raffaele Giglio di Cefalù e Fondazione Maugeri di Sciacca.

La suddetta ricognizione è finalizzata a pervenire alla definizione di un provvedimento normativo volto alla stabilizzazione delle strutture d'interesse.

Con particolare riferimento all'ISMETT di Palermo, l'assetto organizzativo e le funzioni svolte nonché i requisiti e gli standards della struttura ne consentono l'avvio del processo di riconoscimento dello status e, conseguente classificazione, come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) ex D.lgs. 288/03, con la collegata definizione del processo di accreditamento istituzionale della stesso.

- Entro il 30/06/2011 adozione dei provvedimenti finalizzati al superamento della fase sperimentale;
- Entro il 31/12/2012 messa a regime del nuovo assetto amministrativo istituzionale delle strutture in questione.

Azione 1.2: Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire

La riduzione delle unità operative, delle posizioni organizzative e di coordinamento è stata realizzata solo in parte nei due anni pregressi ed un ulteriore intervento è previsto in sede di riadozione degli atti aziendali conseguenti al riordino della rete ospedaliera come indicato all'azione 1.1.

Il termine per l'attuazione di tale intervento da parte delle aziende e degli enti del SSR dall'adozione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali è previsto entro il 31/12/2010.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Adozione nuovi atti aziendali con riduzione rispettivamente del 5% e del 10% delle Unità Operative complesse, semplici e a valenza dipartimentale.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010 produzione report degli scostamenti ante e post rimodulazione per la valutazione della riduzione (in valore e numero assoluto) delle UU.OO. semplici e complesse conseguente ai D.D.A.A. dal 745 al 761 del 12/03/2010 così come modificati con DA dal 1370 al 1384 del 25/5/2010 e alla fine del processo di rimodulazione.
- Avvenuta approvazione del provvedimento di rideterminazione dei fondi contrattuali collegato alla rideterminazione delle piante organiche (vedi azione 9.2).

IMPATTO ECONOMICO

Si premette che l'obiettivo D.1.1 del precedente Piano di rientro, inerente la riduzione del 10% delle **strutture semplici**, risulta parzialmente raggiunto. Pertanto, si intende colmare la differenza pari all'1,9% nel corso del 2010, prevedendo **l'impatto economico calcolato su un numero di 42 strutture**.

Con riferimento all'obiettivo di riduzione del 5% delle **strutture complesse**, sebbene lo stesso risulti ampiamente raggiunto nel 2009 (**10,78%**), in esito alla rimodulazione della rete ospedaliera, il numero delle strutture complesse sarà ulteriormente ridotto per **68 unità**.

CALCOLO IMPATTO ECONOMICO ANNO 2011 PER L' OBIETTIVO DI RIDUZIONE DELLE POSIZIONI DIRIGENZIALI SEMPLICI E COMPLESSE								
Tipologia Struttura	Indennità struttura complessa A	Retr. Pos. Min. con ultimo CCNL C	Retribuzione Posizione totale D=A+C	N° strutture soppresse E	Impatto al netto oneri ed IRAP F=D*E	IRAP G=F*8,5%	Oneri (27%) H=F*27%	Totale Impatto al netto IRAP I=F+H
Struttura complessa	10.218	3.000	13.218	68	898.828	76.400	242.683	1.141.511
Struttura semplice	-	4.652	4.652	42	195.384	16.608	70.338	265.722
Totale complessivo	10.218	7.652	17.870	110	1.094.212	93.008	313.022	1.407.233

La quantificazione dei minori costi ha valenza strutturale in relazione all'attuazione delle azioni di cui ai punti 9.1 e 9.2.

Azione 1.3: Trasferimento prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza verso regime ambulatoriale e fissazione relative tariffe

Nel "Patto per la salute" del 3 dicembre 2009, nell'Allegato A (cfr articolo 6, comma 5) vengono riportate le "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery – trasferibili in regime ambulatoriale". Si programma pertanto la loro trasferibilità dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Per alcune prestazioni si dovrà prevedere un graduale trasferimento dal regime ordinario a quello diurno e solo successivamente al regime ambulatoriale.

La Regione ha già provveduto ad introdurre il day service quale modalità assistenziale alternativa al ricovero con particolare riferimento a sette DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui cinque chirurgici e due medici di cui ai DD.AA. 11 maggio 2009 e 19 marzo 2010.

In aderenza al Patto per la Salute, si prevede il trasferimento dal regime di ricovero a quello di day service di ulteriori DRG corrispondenti alle prestazioni di cui all'Allegato A (cfr articolo 6, comma 5) dello stesso Patto "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale". Ai fini di cui sopra si provvederà, entro il biennio di validità del presente programma, a determinare le relative tariffe per i DRG di cui alla seguente tabella.

Ciò concorrerà al **progressivo allineamento del tasso di ospedalizzazione** dal valore di 202,59 x 1000 abitanti¹ (Dati SDO anno 2009) ai **parametri nazionale (180 x 1000 abitanti)** di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Tali prestazioni sono assoggettate, in analogia alle altre prestazioni ambulatoriali, al vigente sistema di compartecipazione previsto per la modalità assistenziale del day service con DA n.348 del 17/02/2010

RISULTATI PROGRAMMATI

- Introduzione di forme di assistenza alternative al ricovero (day service, ambulatorio) per altri DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferibili in regime ambulatoriale di cui all'Allegato A del Patto per la Salute e determinazione delle relative tariffe

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31.12.2010, adozione del decreto di individuazione delle tariffe ambulatoriali sul territorio della Regione per le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza di cui alla seguente tabella
- Entro il 31.12.2011 allineamento tasso di ospedalizzazione ai parametri individuati dal Patto per la Salute

IMPATTO ECONOMICO

¹ Il dato è calcolato secondo i criteri del Questionario LEA

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide essenzialmente sulla qualità delle prestazioni.

Per le prestazioni rese dal pubblico, nella logica delle modalità di consolidamento regionale, la manovra non comporta effetti economici a sistema.

Per le prestazioni da privato, vigendo nel settore tetti cogenti, gli effetti della misura si traducono, nell'ambito dei tetti di spesa assegnati, in un miglioramento del setting assistenziale e nella conseguente riduzione dell'inappropriatezza.

Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza trasferibili in regime ambulatoriale

	NOT A	CODIC E	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI	TARIFFA PROPOSTA (€)	NOTE
1	H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		già in day service e valorizzato in € 900,00
2	H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00	Tariffa Regione Lazio (cfr. Piano di Rientro)
3	H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	516,50	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)
4	H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	516,50	Tariffa in branca 80 (DGR 712/00)
5	H	13.41	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.		già in day service e valorizzato in € 1000,00
6	H	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fahico)		già in day service e valorizzato in € 1000,00
7	H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE		già in day service e valorizzato in € 1000,00
8	HR	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO		già in day service e valorizzato in € 1000,00
9	HR	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
10	HR	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
11	HR	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
12	HR	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa Regione Veneto (DGR 3734/07)
13	HR	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa assimilata a quella della Regione Veneto (DGR 3734/07)
14	HR	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)	1.040,00	Tariffa assimilata a quella della Regione Veneto (DGR 3734/07)
15	HR	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti,	750,00	Tariffa Regione Lazio (cfr. Piano di Rientro)

Azione 1.4: Completamento del percorso di riconversione delle case di cura psichiatriche

Al 31 dicembre 2009 erano presenti all'interno della rete ospedaliera n. 204 p.l. per acuti di neuropsichiatria in case di cura private accreditate.

A seguito della rimodulazione della rete ospedaliera sono stati mantenuti n. 113 p.l. per ricoveri ordinari per acuti per malattie psichiatriche.

L'attività di ricovero di tali strutture, caratterizzata da una degenza media compresa in un range di 9-12 gg. e da un peso medio di circa 1,2, è prevalentemente rivolta, al trattamento di psicosi nella misura di circa il 60% del totale dei ricoveri e per la restante quota, di patologie psichiatriche minori e neurologiche.

RISULTATI PROGRAMMATI

- I restanti n.91 posti saranno riconvertiti entro il 30 giugno 2012 in posti residenziali funzionalmente integrati con il Dipartimento di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Provinciali.

INDICATORI DI RISULTATO

Entro il 30/06/2012 completamento del Programma di riconversione dei n.91 posti letto di cui sopra in n. 91 posti residenziali.

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide essenzialmente sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi assistenziali.

Intervento 2: Completamento del processo di riordino del sistema emergenza urgenza

Intervento 2 Completamento del processo di riordino del sistema emergenza urgenza			
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO
Azione 2.1	Programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre	Convenzione quadro Regione - Seus	Piano Industriale SEUS da presentare entro 3 mesi dalla entrata in vigore della Convenzione
		Individuazione del personale medico e infermieristico dedicato al servizio del 118	Entro il 31/12/2010 decreto di determinazione delle risorse da destinare al personale dedicato al 118
			Entro il 30/06/2011 completamento del corso regionale di riqualificazione del personale per il profilo OSS
			Entro il 31/12/2011 definizione delle procedure concorsuali per l'assunzione di 400 operatori socio sanitari da parte delle aziende sanitarie della Regione
Azione 2.2	Definizione rete ospedaliera dell'emergenza	Implementazione della rete di emergenza pediatrica	Entro il 31/03/2011 decreto di riorganizzazione della rete dei punti nascita
			Entro il 31/12/2011 definizione dell'esecuzione del processo di aggregazione dei punti nascita
		Definizione requisiti organizzativi/strutturali/tecnologici per i diversi livelli di emergenza (PTE, PS, e DEA di I e II livello)	Entro il 31/03/2011 definizione dei requisiti dei livelli di emergenza e relativo cronoprogramma
		Mappatura esistente e cronoprogramma attivazione livelli della rete di emergenza urgenza	Entro il 30/06/2011 mappatura dei centri rispondenti ai requisiti

Azione 2.1: Programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre

L'attuale livello assistenziale di urgenza ed emergenza sanitaria in Regione Sicilia viene garantito attraverso un sistema di servizi e prestazioni articolato in tre settori strettamente interconnessi:

- **il servizio del 118 di allarme sanitario**, in diretta connessione con le centrali operative Emergenza Urgenza
- **il servizio territoriale di soccorso** organizzato in 3 livelli di risposta: mezzi di soccorso di base (MSB), mezzi di soccorso avanzato (MSA) ed Elisoccorso (ELI)
- **la rete dei servizi e presidi ospedalieri dotati di servizi di emergenza-urgenza.**

In atto il sistema regionale 118 è organizzato su 4 Centrali Operative ubicate a Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta, 52 M.S.A., 204 M.S.B. e 5 eliambulanze h 24.

Per quanto riguarda il personale medico ed infermieristico che presta servizio di elisoccorso lo stesso è dipendente del SSR, mentre il personale tecnico, piloti, ecc., è in forza alla società che gestisce il servizio di elisoccorso regionale.

Il Servizio di elisoccorso regionale è svolto, in atto, dalla ATI INAER Helicopter Italia S.p.A. ed ELILOMBARDA s.r.l.. Esso è regolamentato da apposito contratto stipulato in data 14.01.2004 a seguito di formale gara d'appalto ad evidenza pubblica con scadenza al 15.01.2013.

Per l'attività di elisoccorso su tutto il territorio regionale, isole minori comprese, vengono utilizzati cinque elicotteri, operativi h24, di stanza presso le seguenti basi:

per la ATI INAER Helicopter Italia S.p.A.:

- Palermo, c/o L'A.O. Cervello-Villa Sofia

- Caltanissetta, c/o il P.O. S.Elia
- Messina, c/o l’A.O. Papardo-Piemonte

Per la ELILOMBARDA s.r.l.:

- Catania, c/o l’A.O. Cannizzaro
- Lampedusa, c/o l’aeroporto

L’operatività dell’elicottero di base a Catania sarà portato da h24 ad h12 e le economie conseguenti saranno destinate a compensare il maggior costo derivante dall’inserimento nella flotta di un elicottero con performance più adeguate, in sostituzione di quello esistente, alle esigenze di un collegamento rapido a “lungo raggio” ivi comprese le isole minori.

Il costo annuo del servizio di elisoccorso, escluso il costo riferito al personale del SSR (medici e infermieri) è di circa 18 mln di euro (vedi tabella riepilogativa dei costi del servizio di emergenza urgenza)

Per quanto concerne il trasporto terrestre, dal punto di vista del numero di mezzi, in una prima fase, Luglio-Ottobre 2010, sarà mantenuta l’attuale dotazione di 256 mezzi di soccorso dislocati nelle 9 Province; successivamente, dal mese di Ottobre 2010, il numero di mezzi medicalizzati (M.S.A.) sarà di 66 su 256 ambulanze complessive, per arrivare a regime entro il 31.12.2011 con 79 M.S.A. su 251 ambulanze complessive.

Da Gennaio 2011 il sistema 118 prevede una riduzione dei mezzi di soccorso in convenzione che saranno complessivamente 251 e la contestuale creazione di nuove aree di attività in armonia con lo scopo sociale della SEUS. Da Gennaio 2011, come previsto dagli standard regionali sul numero delle ambulanze, il sistema d’Emergenza Urgenza 118 avrà 79 M.S.A., quasi una ogni 60.000 abitanti.

Mezzi di soccorso	1Gen/30 Set. 2010	1 Ott/31 Dic.2010	2011	2012
M.S.A.	52	66	79	79
M.S.B.	204	190	172	172
TOT.	256	256	251	251

A Dicembre 2009 si è costituita la nuova Società SEUS Scpa, che è costituita dalla Regione e da tutte le Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

Sin dal momento della sua costituzione il nuovo organismo si è sottoposto al vincolo istituzionale di mantenere i livelli occupazionali della precedente gestione, pur attingendo a sgravi fiscali che bilanciano, per i primi 18 mesi di attività, la rigidità costituita dal costo del lavoro dell’elevato numero di autisti soccorritori.

L’avvio autonomo delle attività di trasporto sanitario terrestre 118 per l’intero territorio regionale, da parte del nuovo gestore SEUS Scpa, è stato, pertanto, il primo passo per garantire la continuità del servizio di emergenza-urgenza.

A fine Maggio 2010 si sono concluse le operazioni di conciliazione dei 3.093 autisti/soccorritori della CRI/SI.SE con la firma dell’accordo transattivo tra la SI.S.E e i lavoratori in ordine alle eccedenze orarie ed ai rispettivi emolumenti vantati dagli stessi nei confronti della SI.SE .

L’accordo di transazione è stato firmato dalla totalità degli autisti soccorritori, tranne 44 che non hanno aderito. Con il citato accordo è stato positivamente concluso il contenzioso relativamente al suddetto debito che ammontava circa € 44 ML per il periodo 2006-2009.

Infatti, nell’Atto di conciliazione, sottoscritto dai lavoratori, è stata riconosciuta una somma **omnicomprensiva**, a titolo di transazione generale e novativa **“pro bono pacis”**, pari ad € 600,00 per i

lavoratori che prestavano attività lavorativa con contratto part-time (130 ore mensili) ed € 300,00 per i lavoratori che prestavano attività lavorativa con contratto full-time (156 ore mensili)

E' di tutta evidenza che la somma corrispondente alla richiesta dei lavoratori, a titolo di attività svolta in plus orario, oggetto del contenzioso, risulta essere sostanzialmente abbattuta, a seguito delle n. 2955 conciliazioni già sottoscritte dai medesimi, per un valore, ad oggi, pari ad € 2.086.200,00, il cui onere è a carico dell'Amministrazione Regionale, in forza dell'art. 4 della Convenzione transitoria del 09/04/2010,

Si è fatto fronte alle obbligazioni correlate alle conciliazioni, senza ulteriore oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale del corrente esercizio in quanto i relativi importi erano stati già scontati negli esercizi finanziari precedenti.

Dal 24 Giugno al 16 Luglio 2010 la nuova Società SEUS S.c.p.a., in maniera graduale e per ambiti provinciali, ha assunto la gestione completa del trasporto terrestre 118 nella Regione.

La Regione, sulla base dei suddetti presupposti, sta proseguendo nell'azione di riordino del sistema di emergenza – urgenza.

Questa prima fase del percorso si è consolidata attraverso la stipula della Convenzione Quadro 2010 -2013 avvenuta nel mese di settembre 2010 con la società SEUS Scpa, nuovo soggetto gestore del trasporto terrestre.

Nell'ambito della suddetta convenzione quadro tra la Regione e SEUS Scpa , quest'ultima, infatti, fornirà per il triennio Luglio 2010 - Giugno 2013 il servizio di trasporto terrestre, mettendo a disposizione delle quattro Centrali Operative n. 256 mezzi nella fase I (luglio/30 Sett.), n. 251 nella fase II (1 Ott/31Dic 2011), nella fase III (2012) e nella fase IV (I semestre 2013).

Oltre la gestione del soccorso di emergenza urgenza 118, sarà previsto lo sviluppo di nuove linee d'intervento, impiegando a tale scopo il personale autista-soccorritore "eccedente" ed eventuali mezzi SEUS Scpa, nelle seguenti aree di attività extra servizio 118:

- trasporto sanitario intra ed extraospedaliero per le Aziende sanitarie della Regione
- trasporto emodializzati per le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione

Per queste due attività le Aziende Sanitarie sostengono attualmente dei costi per le "convenzioni" con associazioni di trasporto private, che complessivamente ammontano a circa €18 ML./anno per il trasporto dei pazienti emodializzati e €2,5 ML/anno per i trasporti intra ed extra ospedalieri.

Per quanto riguarda il personale, con l'inizio della II fase di operatività della Convenzione, n. 400 unità di personale autista-soccorritore, essendo in "esubero" con il nuovo assetto organizzativo identificato dall'accordo quadro tra Regione e Società SEUS Scpa, saranno avviate al corso di riqualificazione regionale per Operatore Socio Sanitario che avrà termine nel mese di Giugno 2011.

Al termine del suddetto corso attraverso il conseguimento del titolo di operatore socio-sanitario, il personale potrà partecipare alla selezione pubblica per l'inserimento nelle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie, cessando così di essere un costo per la Seus Scpa e quindi per il corrispettivo che la Regione eroga alla Società SEUS, senza comportare costi aggiuntivi per le aziende.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Individuazione del personale medico e infermieristico dedicato al servizio del 118

INDICATORI DI RISULTATO

- Piano Industriale SEUS da presentare entro 3 mesi dalla entrata in vigore della Convenzione
- Entro il 31/12/2010 decreto di determinazione delle risorse da destinare al personale medico e infermieristico dedicato al 118
- Entro il 30/06/2011 completamento del corso regionale di riqualificazione del personale per il profilo OSS.

- Entro il 31/12/2011 definizione delle procedure concorsuali per l'assunzione dei 400 operatori socio-sanitari da parte delle Aziende Sanitarie della Regione.

IMPATTO ECONOMICO

Il Programma operativo 2010-2012 per il Servizio Regionale d'emergenza urgenza, così come precedentemente illustrato, prevede un piano pluriennale dei costi complessivi del servizio, suddivisi tra costo del personale dipendente del SSR impegnato sui mezzi di soccorso e costi riconducibili alle convenzioni per il servizio di elisoccorso, di trasporto terrestre e per i servizi di telefonia delle centrali operative (costi Telecom).

L'impatto economico del nuovo modello organizzativo del servizio regionale di emergenza – urgenza, per gli anni 2010 – 2012, comporta i seguenti effetti:

- **nel 2010**, a parità di costo del personale SSR e del servizio di elisoccorso, **si prevede un maggior costo della convezione** per il trasporto terrestre derivante dalla proroga del contratto alla ex SISE;
- **nel 2011 si prevede un maggior costo del personale SSR** derivante dalla medicalizzazione di ulteriori mezzi di soccorso avanzato (è previsto complessivamente di medicalizzare 27 MSA, di cui 14 nel 2010 e 13 nel 2011) **e un minor costo della convenzione SEUS Scpa** rispetto al 2010 in quanto viene meno il costo del servizio dei primi 6 mesi svolto da SISE e di cui si stimano gli effetti degli sgravi fiscali.
- **nel 2012 l'incremento del costo è ascrivibile** al venir meno del beneficio degli sgravi fiscali.

Il piano industriale della SEUS prevede altresì la produzione di altre linee di attività extra 118 che impiegheranno circa 280 autisti soccorritori. Da queste ulteriori attività precedentemente illustrate la SEUS stima ricavi per € 0,943 ML (2010) , €5,160 ML (2011), €6,111 ML (2012).

Nell'ambito del presente Programma operativo si è ritenuto prudenzialmente di non valorizzare le economie derivanti dal subentro di SEUS nei servizi suddetti, attualmente esternalizzati dalle Aziende sanitarie.

COSTO CONVENZIONE RIFERITO ESCLUSIVAMENTE PER IL SERVIZIO EMERGENZA URGENZA (€/MGL) CON SEUS S.c.p.a.			
DESCRIZIONE	2° Semestre 2010	2011	2012
Costo complessivo	56.665	99.000	112.000
<i>-- di cui costo del personale</i>	<i>43.124</i>	<i>77.592</i>	<i>90292</i>

Il valori di costo del Personale sono stati desunti dal Piano Industriale 2010/2013 della società SEUS Scpa ed approvati dal Consiglio di Gestione della medesima Società e presentati ed illustrati alle OO.SS in data 21/07/2010. In merito si evidenzia che le variazioni annuali sono strettamente correlate agli sgravi fiscali di cui sarà beneficiaria la nuova Società e che saranno vigenti per un periodo di mesi 18 dal Luglio 2010 al 31/12/2011.

COSTI DEL SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA (€.MGL)								
DESCRIZIONE	2009	2010	DELTA 2010-2009	2011	DELTA 2011-2009	2012	DELTA 2012-2009	
a	COSTO DEL PERSONALE CENTRALI OPERATIVE	4.181	4.181	0	4.181	0	4.181	0
b	COSTO DEL PERSONALE SSR M.S.A.	29.000	30.367	1.367	39.718	10.718	39.718	10.718
c	COSTO DEL PERSONALE SANITARIO ELISOCORSO	2.146	2.146	0	1.931	-215	1.931	-215
d=Σa+b+c	TOT COSTO DEL PERSONALE SSR	35.327	36.694	1.367	45.830	10.503	45.830	10.503
e	COSTO CONVENZIONE EX SISE (nel 2010 solo periodo 1/1 - 30/6)	104.059	64.000	-40.059		-104.059	0	-104.059
f	COSTO CONVENZIONE SEUS (da luglio 2010)		56.665	56.665	99.000	99.000	112.000	112.000
g=Σe+f	TOT COSTO CONVENZIONE	104.059	120.665	16.606	99.000	-5.059	112.000	7.941
h	COSTO TELECOM	1.500	1.500	0	1.500	0	1.500	0
i	COSTO CONVENZIONE PER UTILIZZO N° 5 ELICOTTERI	18.321	18.321	0	18.536	215	18.536	215
l=Σd+g+h+i	TOTALE COSTI DEL SERVIZIO EMERGENZA	159.207	177.180	17.973	164.866	5.659	177.866	18.659
	Altri costi correlati alla convenzione con SEUS (da Luglio 2010)		2010	DELTA 2010-2009	2011	2011	2012	2012
m	Rimborso costi assicurato dalla Regione alla SEUS per il periodo Ottobre 2010 /Dicembre 2011 correlato ai n°400 autisti soccorritori in esubero da avviarsi ai corsi di riqualificazione per OSS - (Articolo 11 comma 3 dello Schema di Convenzione approvato con Delibera di Giunta del 04/08/2010)		2.532	2.532	7.882	7.882	0	0
t=l+m	TOTALE COSTI (per acquisto di servizi di trasporto sanitario + personale)	159.207	179.712	20.505	172.748	13.541	177.866	18.659

In particolare, per quanto attiene ai valori esposti nella precedente Tabella, i rimborsi dei costi assicurati dalla Regione alla SEUS Scpa sono correlati al costo che la stessa sosterrà nel periodo ottobre 2010/dicembre 2011 per gli oneri derivanti dalla riqualificazione di n°400 autisti-soccorritori, quantificati rispettivamente per il periodo ottobre/dicembre 2010 in €mgl. 2.532 e per il periodo Gennaio/Dicembre 2011 in €mgl.7.882.

Tale componente di costo a decorrere dal 01/01/2012 non graverà più sulla Convenzione con SEUS Scpa.

La Regione ha intrapreso il percorso di riqualificazione del personale per il profilo di Operatore Socio Sanitario, nella considerazione della estrema carenza di tale figura nelle piante organiche regionali. Pertanto, il personale che risulterà riqualificato O.S.S., atteso il rilevante fabbisogno di tale figura nelle piante organiche, parteciperà alla procedura selettiva finalizzata all'inquadramento presso le Strutture del S.S.R. della Regione

In estrema sintesi, dall'illustrato processo di riorganizzazione del Servizio di Emergenza-Urgenza 118, la Regione ritiene di potere assicurare un servizio di maggiore efficacia e qualità alla collettività e nel contempo assicurare un più efficiente utilizzo delle risorse impiegate.

Azione 2.2: Definizione rete ospedaliera dell'emergenza

Strettamente correlata alla definizione della rete ospedaliera dell'emergenza, è l'individuazione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture ospedaliere e territoriali in funzione dei diversi livelli di intensità di cure. In quest'ambito, si colloca la definizione dei diversi livelli di emergenza (PTE, PS e DEA di I e II livello).

La rete dei presidi afferenti al sistema di emergenza-urgenza, organizzata secondo il modello "hub & spoke", sarà strutturata su diversi livelli di operatività in relazione al grado di complessità delle patologie da trattare e dei setting organizzativo-assistenziali nonché della presenza di adeguate tecnologie.

In tal senso, la Regione si impegna, entro il 31.03.2011, a definire, con apposito provvedimento, i requisiti identificativi dei diversi livelli della rete cui seguirà, entro il 30.06.2011, la mappatura dei centri rispondenti ai suddetti requisiti e la contestuale costruzione delle rete stessa.

Le azioni di dettaglio saranno esplicitate nel provvedimento specifico attuativo della misura, anche in coerenza con quanto previsto al riguardo nel nuovo piano sanitario regionale, il cui iter è in corso di approvazione.

Contestualmente, si procederà, alla **riorganizzazione della rete materno-infantile** con la progressiva messa in sicurezza dei "punti nascita" in linea con il documento tecnico "Linee di indirizzo per la promozione e il

miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" presentato alle Regioni dal Ministero della Salute il 4 novembre 2010 e in atto all'esame della Conferenza Stato-Regioni e alla definizione di idonei protocolli atti a garantire la sicurezza della madre e del neonato.

A tal fine è, dunque, necessario razionalizzare le UU.OO di Ostetricia e Ginecologia, di Pediatria e di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, organizzandone i livelli di assistenza in rapporto alla complessità dell'intervento ed ai requisiti organizzativi posseduti dalle singole strutture.

Tuttavia, in considerazione della disomogenea distribuzione delle Ostetricie e Ginecologie e delle condizioni orogeografiche del territorio, nonché della distanza dei centri *spoke* dai centri *hub* e della conseguente dilatazione dei tempi di trasporto, si rende indispensabile valorizzare ulteriormente il collegamento funzionale dei punti nascita e delle neonatologie con la rete regionale di emergenza ed inoltre potenziare il Servizio di Trasporto per le Emergenze Neonatali (STEN) su base regionale e attivare il Servizio di Trasporto Materno Assistito (STAM) quali componenti essenziali di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali. Tale riorganizzazione avverrà ad invarianza economica per le Aziende.

Con decreto, da emanarsi entro il 31.03.2011, verranno individuati i Centri Regionali per lo STEN e per lo STAM, le modalità di attivazione e intervento dei servizi, attraverso il coinvolgimento del servizio di Emergenza urgenza 118, le risorse strutturali (ambulanze attrezzate con termoculla ed eliambulanza) e le figure professionali dedicate (neonatologi ed ostetriche già presenti nelle dotazioni organiche), nonché i protocolli operativi condivisi, gli indicatori di processo e di esito del servizio, il monitoraggio trimestrale e la verifica annuale dell'attività, finalizzata ad eventuale revisione organizzativa.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Definizione requisiti organizzativi/strutturali/tecnologici per i diversi livelli di emergenza (PTE, PS, e DEA di I e II livello)
- Mappatura esistente e cronoprogramma attivazione livelli della rete di emergenza urgenza
- Implementazione della rete di emergenza pediatrica

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/03/2011 decreto di riorganizzazione della rete dei punti nascita
- Entro il 31/12/2011 definizione dell'esecuzione del processo di aggregazione dei punti nascita
- Entro il 31/03/2011 definizione dei requisiti dei livelli di emergenza e relativo cronoprogramma
- Entro il 30/06/2011 definizione della mappatura dei centri rispondenti ai requisiti afferenti alla rete

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide essenzialmente sulla qualità delle prestazioni, sulla gestione dell'emergenza e sulla sicurezza dei pazienti.

Intervento 3: Tessera Sanitaria

Intervento 3 Tessera Sanitaria			
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO
Azione 3.1	Aggiornamento anagrafiche assistiti	Completamento trasmissione dati assistiti con dettaglio esenzione e medico associato	Attività a regime entro il 30/06/2011
Azione 3.2	Implementazione sistema di controllo della trasmissione dati ricette specialistica art. 50 per le ASP che presentano elevate criticità (Catania, Palermo, Ragusa)	Implementazione a livello di ASP di un sistema di controllo della trasmissione dati delle ricette in aderenza al tracciato previsto da decreto 18 marzo 2008	Entro il 30/06/2011 verifica, attraverso la produzione di un report, del raggiungimento della soglia del 97% di dati trasmessi coerentemente al tracciato previsto dal decreto del 18 marzo 2008
Azione 3.3	Piano di recupero straordinario trasmissione associazione medico - ricettario	Procedure inerenti l'associazione Medico / Ricettario da parte delle Aziende	Entro il 30/06/2011 raggiungimento della soglia inferiore all' 1 % delle ricette inviate e non assegnate al medico
		Monitoraggio mensile sul Portale TS degli indicatori di qualità	Dal 30/06/2011 report di monitoraggio semestrale sul Portale TS degli indicatori di qualità
Azione 3.4	Implementazione utilizzo Tessera Sanitaria	Utilizzo TS per: <ul style="list-style-type: none"> • prescrizioni ed erogazioni farmaci e prestazioni ambulatoriali; • ricoveri programmati • prenotazioni CUP 	Entro il 31/12/2012 accesso al 50% delle prestazioni tramite TS

La Regione si impegna al rispetto degli impegni di cui al Progetto Tessera sanitaria e alle sue evoluzioni di cui alla ricetta elettronica (articolo 1, comma 810, della legge finanziaria 2007 e DPCM 26/03/2008).

Azione 3.1: Aggiornamento anagrafiche assistiti

L'anagrafica assistiti allo stato attuale presenta un disallineamento residuale tra i dati memorizzati nella Nuova Anagrafe Regionale (NAR) e quelli presenti nel portale TS. Per ridurre tale disallineamento sarà effettuato il confronto dei dati sopra citati al fine di riallineare le posizioni difformi. L'archivio di cui trattasi riguarda gli assistiti nel loro complesso, nonché i MMG e i PLS e le relative posizioni medico assistito. Il sistema web service dovrebbe garantire, per il futuro, il mantenimento dell'allineamento tra le due basi dati.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completamento trasmissione dati assistiti con dettaglio esenzione e medico associato entro il 30/06/2011

INDICATORI DI RISULTATO

- Attività a regime entro 30/06/2011

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati e quindi degli strumenti di programmazione e di monitoraggio.

Azione 3.2: Implementazione sistema di controllo della trasmissione dati ricette specialistica (art. 50)

Attualmente in alcune province siciliane (CT, PA e RG) sono presenti alcune criticità sulla corretta applicazione di quanto previsto dall'art.50 della L.326/2003 e relativi decreti attuativi. Con l'attuazione di un monitoraggio mensile degli indicatori di qualità forniti dal Sistema TS saranno effettuate le conseguenti segnalazioni alle Aziende Sanitarie interessate, affinché le stesse pongano in essere le opportune azioni correttive.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Implementazione a livello di ASP di un sistema di controllo della trasmissione dati delle ricette in aderenza al tracciato previsto da decreto 18 marzo 2008

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 30/06/2011 verifica, attraverso la produzione di un report, del raggiungimento della soglia del 97% di dati trasmessi coerentemente al tracciato previsto dal decreto del 18 marzo 2008

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati e quindi degli strumenti di programmazione, controllo e monitoraggio.

Azione 3.3: Piano di recupero straordinario trasmissione associazione medico – ricettario

Il Decreto 18 marzo 2008 prevede che i punti di distribuzione dei ricettari SSN individuati dalle ASP riportino sul portale TS l'avvenuta assegnazione del ricettario al medico prescrittore. Dall'entrata in vigore della normativa, che prevede l'attribuzione dei ricettari ai medici prescrittori ed il relativo monitoraggio degli indicatori di qualità, si sono evidenziate delle criticità sulle ricette trasmesse dalle Aziende Sanitarie Al portale TS. Attualmente le criticità riguardano i ricettari trasmessi dall'anno 2008 ad oggi. Allo scopo di porre in essere le opportune azioni correttive sarà attuato il monitoraggio mensile dei relativi indicatori forniti dal sistema TS e saranno coinvolti i Direttori dei Distretti delle rispettive Aziende Sanitarie Provinciali.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Procedure inerenti l'associazione Medico / Ricettario da parte delle Aziende
- Monitoraggio mensile sul Portale TS degli indicatori di qualità

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 30/06/2011 raggiungimento della soglia inferiore all' 1 % delle ricette inviate e non assegnate al medico
- Dal 30/06/2011, con cadenza semestrale, report di monitoraggio sul Portale TS degli indicatori di qualità

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati e quindi degli strumenti di programmazione e di monitoraggio.

Azione 3.4: Implementazione utilizzo Tessera Sanitaria

La Regione si impegna al monitoraggio dei tetti di spesa specialistica fissati per le strutture private convenzionate attraverso l'utilizzo dei dati del sistema tessera sanitaria e a comunicare al sistema i tetti riferiti ad ogni singola struttura erogatrice.

Nell'ottica di agevolare l'accesso alle prestazioni si prevede di estendere l'utilizzo della Tessera Sanitaria per la prescrizione e per il ritiro dei farmaci, nonché per la prescrizione e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Si prevede inoltre l'utilizzo della Tessera Sanitaria per l'accettazione dei ricoveri non urgenti e per le prenotazioni presso il CUP.

RISULTATI PROGRAMMATI

Utilizzo del sistema TS per:

- prescrizioni ed erogazioni farmaci e prestazioni ambulatoriali;
- ricoveri programmati
- prenotazioni CUP

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2012 accesso al 50% delle prestazioni tramite il sistema TS

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati e quindi degli strumenti di programmazione e di monitoraggio e sul governo delle liste di attesa.

Intervento 4: Monitoraggio razionalizzazione rete laboratoristica

Intervento 4 Monitoraggio razionalizzazione rete laboratoristica				
AZIONI	RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO	AREA/SERVIZIO	
Azione 4.1	Monitoraggio attuazione Piani Aziendali di accorpamento	Implementazione della metodologia di monitoraggio utilizzata da altre Regioni in piano di rientro	Entro il 31/12/2010 elaborazione report di monitoraggio dei piani di adeguamento aziendali al Programma Regionale e analisi degli scostamenti ante e post razionalizzazione.	SERVIZIO PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE
			Entro il 31/12/2010 pubblicazione di una linea di indirizzo in merito ai programmi di VEQ	
			Entro il 31/12/2010 pubblicazione del nuovo nomenclatore tariffario regionale	
			Entro il 30/06/2011 predisposizione di un nuovo "Piano di Aggregazione" che promuova l'aggregazione dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue.	
			Entro il 30/06/2012 verifica del nuovo "Piano di Aggregazione" dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue nella prospettiva di addivenire entro il 2012 al consolidamento di una soglia minima di 200.000 esami.	

Azione 4.1: Monitoraggio attuazione Piani Aziendali di accorpamento

Rete dei laboratori pubblici

La Regione Sicilia, attraverso l'emanazione dei D.A. 62 del 16/1/09 e D.A.1133 del 12/06/09 ha avviato il riordino della rete laboratoristica pubblica, che prevede, al fine di incrementare la qualità del servizio e ridurre i costi per il Sistema Sanitario Regionale, la riduzione del numero dei laboratori con il mantenimento dei punti di accesso (prelievo e consegna dei referti) sul territorio e la contestuale centralizzazione delle attività di analisi in un minor numero di strutture.

Il processo di riordino dell'offerta laboratoristica pubblica ha comportato una riduzione del numero di laboratori centralizzati da **122 a 56** (sui 53 previsti dal D.A.) cui afferisce una rete di 118 punti prelievo distribuiti sul territorio, **24 dei quali, presenti nei PP.OO. territoriali**, hanno mantenuto una diagnostica di base per garantire le urgenze.

Anche il numero dei laboratori specialistici presenti nelle Aziende Universitarie e Ospedaliere, pur con maggiori difficoltà per le peculiarità di analisi, è in via di riduzione secondo i piani aziendali.

Conclusa questa prima fase, è prevista un'analisi più dettagliata di difformità, contesti, dati di produzione e costi al fine valutare la funzionalità della rete nella prospettiva di implementare ulteriori azioni per la razionalizzazione dell'offerta. Si prevede inoltre un costante monitoraggio dello sviluppo del processo attraverso specifici report somministrati alle Aziende territoriali, ospedaliere e universitarie.

Per l'anno 2011, la Regione intende perseguire un risultato di ulteriore aggregazione dei laboratori, la cui entità a tendere non è al momento quantificabile. Questa ulteriore fase di sviluppo del programma di riordino della medicina di laboratorio è direttamente correlata:

- alla realizzazione delle misure strutturali di rimodulazione della rete ospedaliera e conseguente rifunzionalizzazione di alcuni presidi, i cui laboratori saranno trasformati in "punti prelievo"; a seguito del processo di trasformazione degli stessi presidi in strutture territoriali (Presidi Territoriali di Assistenza)

- all'ulteriore aggregazione della rete laboratoristica interna alle Aziende Ospedaliere ed ai Policlinici Universitari sulla base delle risultanze della mappatura delle attività di laboratorio (entro dicembre 2010).

Rete dei laboratori privati

La Regione Sicilia, attraverso l'emanazione dei D.A. 1933 del 16/09/2009 e D.A. 2674 del 18/11/2009, ha avviato il riordino della rete laboratoristica privata, che prevede una riduzione del numero degli erogatori e la centralizzazione delle attività analitiche in strutture con dotazione tecnologica e strumentale di livello elevato, anche attraverso forme di incentivazione economica.

In base alle delibere di proposta di riorganizzazione della rete laboratoristica delle strutture private presentate dalle Aziende territoriali, è stata raggiunta una riduzione media delle strutture del 34% (con notevole variabilità tra le province (dall'0% di Enna, in cui non sono state presentate domande di aggregazione, al 55,6% di Ragusa). Complessivamente **il numero dei laboratori si è ridotto da 663 a 438**.

Con i già citati D.A. 1933 e 2674, oltre alla riduzione del numero complessivo dei laboratori privati, sono stati raggiunti i seguenti risultati, coerenti con i "criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" indicati dal Ministero:

- *regolamentazione dei meccanismi di reale aggregazione fra strutture*: i D.A. 1933 e 2674 prevedono la costituzione di aggregazioni, sulla base delle formule previste dal codice civile, che prevedano l'esistenza di un "Nuovo soggetto gestore", che diviene l'unico soggetto riconosciuto nel rapporto con il SSR (l'aggregazione comporta anche l'automatica aggregazione giuridico-amministrativa in capo allo stesso soggetto giuridico che gestisce l'aggregazione). Nell'aggregazione non possono essere ammessi soci diversi da quelli previsti dall'art. 25 c. 2 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR ed in particolare non possono essere ammessi soggetti attualmente non accreditati o privi di contratto. L'aggregazione prevede l'utilizzazione di un laboratorio comune e centralizzato da parte dei soggetti associati, le cui rispettive sedi di originaria attività vengono trasformate in "punti di accesso", ove provvedere ai prelievi. I laboratori centralizzati potranno integrare eventuali settori specialistici carenti, previa richiesta e attestazione del possesso dei requisiti all'azienda sanitaria di appartenenza, che provvede al rilascio dell'autorizzazione sanitaria ed alla verifica ai fini dell'accreditamento istituzionale;
- *percorso di accreditamento istituzionale e regolamentazione degli "aspetti organizzativi" e dei "carichi di lavoro massimo erogabili"*: la Regione Sicilia con il D.A. 890 17/06/02 e s.m. - *Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana* - ha già definito i criteri-base anche per le strutture di laboratorio, pubbliche e private. Con i D.A. 1933 e 2674 sono stati, inoltre, previsti nuovi standard organizzativi ed i relativi carichi di lavoro massimi erogabili (compreso il rispetto degli standard per i punti prelievo);
- *partecipazione a VEQ esterne*: i D.A. 1933 e 2674 prevedono la partecipazione obbligatoria a VEQ esterne, certificata annualmente a garanzia del mantenimento di adeguati livelli qualitativi delle performance. In considerazione della raccomandazione ministeriale di prendere in considerazione programmi di VEQ di valenza nazionale o internazionale, entro dicembre 2010 sarà emessa dall'Assessorato Reg.le della Salute una linea di indirizzo in merito;
- *regolamentazione del sistema di "service di laboratorio"*: i D.A. 1933 e 2674 prevedono una specifica regolamentazione del "service", sulla base delle indicazioni emergenti dai dati di letteratura, attivabile solo tra strutture di laboratorio autonome accreditate e in possesso dei requisiti che consentono l'esecuzione delle prestazioni richieste presso i settori specializzati annessi. Ciò al fine di garantire elevata qualità in tutto il processo relativo e corretti meccanismi di contabilizzazione delle prestazioni;
- nella attività della rete di laboratori nello scambio di campioni biologici, il *dimensionamento della dotazione di personale* al livello di attività svolta e la *regolamentazione dei carichi di lavoro massimi erogabili*.

Consolidata questa prima fase, nel 2011 verrà effettuata una ulteriore valutazione della rete, relativamente ai dati di produzione e alla distribuzione dell'offerta, anche alla luce dei criteri di razionalizzazione già definiti dal gruppo tecnico nazionale con la prospettiva di un'ulteriore aggregazione.

Tale processo è sottoposto a monitoraggio attraverso specifici report somministrati alle Aziende territoriali.

Per l'anno 2011, la Regione intende perseguire un risultato di ulteriore aggregazione dei laboratori presumibilmente pari al 20 % a seguito della predisposizione di un nuovo "Piano di Aggregazione" che promuova l'aggregazione dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue, coerentemente sulla base di quanto indicato dal competente Ministero (vedi Documento su "criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", elaborato e diffuso dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, che completa e aggiorna quanto già indicato nelle "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale" del Marzo 2009).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Implementazione della metodologia di monitoraggio, proposta dal Ministero nell'ambito delle attività di affiancamento alla Regione, finalizzata a verificare lo stato di avanzamento dei Piani Regionali di riordino della rete dei laboratori.
- Aggiornamento del *nomenclatore tariffario* relativo alle prestazioni di laboratorio, al fine di ridurre la possibilità di prescrivere indagini obsolete o di utilità non dimostrata. Tale intervento si inserisce in un più ampio programma di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, che sarà sviluppato nei diversi tavoli tecnici con i professionisti dipendenti e convenzionati, in particolare nell'ambito dei percorsi assistenziali per le patologie croniche.
- Emanazione di linee di indirizzo per i programmi di VEQ di valenza nazionale o internazionale.
- Definizione di un nuovo "Piano di Aggregazione" finalizzato ad addivenire progressivamente, entro il 2012, a una soglia minima di 200.000 esami/anno, attraverso la promozione dell'aggregazione dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue, coerentemente a quanto indicato dal competente Ministero (per l'anno 2011 la Regione intende perseguire un risultato di ulteriore aggregazione dei laboratori presumibilmente pari al 20 %).

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010 elaborazione report di monitoraggio dei piani di adeguamento aziendali al Programma Regionale e analisi degli scostamenti ante e post razionalizzazione.
- Entro il 31/12/2010 pubblicazione del nuovo nomenclatore tariffario regionale
- Entro il 31/12/2010 pubblicazione di una linea di indirizzo in merito ai programmi di VEQ
- Entro il 30/06/2011 predisposizione di un nuovo "Piano di Aggregazione" che promuova l'aggregazione dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue ai fini di un incremento dell'aggregazione dei laboratori presumibilmente nella misura attesa del 20 % entro lo stesso anno,.
- Entro il 30/06/2012 verifica del nuovo "Piano di Aggregazione" dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue nella prospettiva di addivenire entro il 2012 al consolidamento di una soglia minima di 200.000 esami.

IMPATTO ECONOMICO

Il processo di aggregazione dei laboratori pubblici, a seguito del quale si attende l'efficientamento della rete di offerta, un aumento del livello qualitativo delle prestazioni diagnostiche nonché l'ottimizzazione delle risorse impiegate, non ha al momento un riflesso economico nelle valutazioni del CE tendenziale e programmatico. Le valutazioni d'impatto economico, infatti, sono subordinate alla disponibilità dei dati che saranno rilevati anche tramite l'adozione degli strumenti suggeriti dal Ministero della Salute.

Con riferimento alla rete dei laboratori privati, il relativo processo di riordino non comporta economie a sistema in quanto avviene nell'ambito dei tetti di spesa assegnate alle strutture private.

Assunto che il disallineamento in atto rilevato tra i dati forniti da questa Regione rispetto ai dati NSIS è connesso al processo di aggregazione, la cui definitiva formalizzazione è prevista nei termini indicati dal presente Programma, la Regione si impegna contestualmente ad assumere specifici provvedimenti mirati a garantire l'allineamento con l'attribuzione dei nuovi codici alle strutture risultanti dall'aggregazione.

Asse 1.b) Interventi di sviluppo

Il processo di riqualificazione del sistema sanitario regionale passa inevitabilmente dalla **valorizzazione dei servizi territoriali**, in sinergia con la rimodulazione della rete ospedaliera.

La linea strategica fondante l'azione di risanamento e riqualificazione del sistema sanitario regionale consiste nel riordinare complessivamente i servizi per la salute a favore dei cittadini della Regione Siciliana, agendo in particolare sul consolidamento e miglioramento dei servizi territoriali e promuovendo azioni volte all'**integrazione ospedale-territorio**, avuto riguardo delle caratteristiche epidemiologiche della regione e dei bisogni di salute della stessa, nonché azioni volte all'affermarsi delle **logiche di appropriatezza e di governo clinico**.

La Regione Siciliana, dando corpo ai principi indicati della L.R. 5/2009 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, sta sviluppando una serie di azioni sui versanti:

- dell'innovazione del sistema organizzativo
- del miglioramento delle performance e dei risultati di salute, di efficienza e di qualità dell'offerta
- del rinforzo e miglioramento dei "meccanismi operativi" che stanno alla base dell'innovazione dei comportamenti organizzativi e gestionali, con prioritaria attenzione ai sistemi di valutazione, ai processi formativi a supporto dei piani di innovazione, alla cura dei processi negoziali con i principali partner del sistema.

Dal punto di vista dell'innovazione del sistema organizzativo, i capisaldi di questa area di azione sono rappresentati, innanzitutto, dal **rinforzo della rete della domiciliarità e della residenzialità**, aree, queste, che sono state sempre estremamente critiche nella Regione Sicilia e sulle quali, come verrà meglio specificato in seguito, si stanno attivando specifiche azioni.

L'impegno nell'area di innovazione organizzativa a livello territoriale è altrettanto prioritariamente centrato sulla realizzazione di nuove strutture ed in particolare dei **PTA- Presidi Territoriali di Assistenza**, che, come sarà meglio chiarito in seguito, costituiscono la principale sfida del territorio per la generazione di risultati di efficienza, di efficacia e di complessivo miglioramento della qualità di offerta. Questa nuova struttura sarà foriera non solo di un mero processo aggregativo ma anche di una complessiva riorganizzazione dell'offerta, basata sulla realizzazione di "**Ambulatori Infermieristici**", inesistenti fino ai nostri giorni, di "**Punti di Primo Intervento**" con apertura h12 diurne per la gestione territoriale di codici bianchi e, in parte, verdi, di "**Ambulatori di Gestione Integrata**" (con partecipazione attiva dei MMG, chiamati a svolgere un "debito orario" presso i PTA ed i poliambulatori distrettuali per gestire in modo integrato con lo Specialista e l'Infermiere distrettuale i propri pazienti cronici), ed infine di **Day Service Ambulatoriali Territoriali** per la gestione dei pazienti cronici più complessi, anche attraverso l'integrazione con gli Specialisti ospedalieri.

Tale processo si accompagnerà al progressivo sviluppo di un sistema di integrazione virtuale, basato in primis sulla realizzazione di un sistema **CUP**, con un'articolazione provinciale ed una sovrastruttura regionale, che sta alla base del rafforzarsi delle **logiche di governance del sistema**, alla quale potranno collegarsi tutti i partner, anche privati, del sistema.

Dal punto di vista del miglioramento delle performance e dei risultati di salute, di efficienza e di qualità dell'offerta, vanno messe in luce alcune azioni "di sistema" che integreranno le azioni organizzative precedentemente citate. Tra queste risultano degne di particolare nota lo sviluppo delle "**reti assistenziali**" e dei "**percorsi assistenziali**" nella prospettiva dello sviluppo di un sistema di appropriatezza basato sulla necessità di garantire l'intervento "giusto" al paziente giusto (appropriatezza clinica), al momento giusto (appropriatezza temporale), nel posto giusto (appropriatezza assistenziale), erogato dal professionista giusto (appropriatezza professionale) in tempi coerenti con il grado di bisogno.

Questo processo è finalizzato sia a garantire risultati di efficienza, legati all'appropriatezza del *setting* nonché all'appropriatezza prescrittiva, sia risultati di efficacia documentabile, legati alla riduzione della frequente variabilità nella gestione clinica dei pazienti e, ancora, risultati in termini di sicurezza del paziente, legati alla riduzione delle pratiche superflue.

In ragione di ciò, la Regione Siciliana si sta orientando verso la costituzione di “*panel* regionali e aziendali” multiprofessionali, mirati all’approfondimento di specifici temi che, attraverso le tecniche di *audit* e l’uso degli strumenti dell’*evidence-based medicine* mettano a punto “protocolli” sulle prestazioni a più elevato rischio di inappropriata e a maggiore variabilità comportamentale e producano “raccomandazioni” di buona pratica clinico-assistenziale (non solo diagnosi e terapia, quindi, ma anche “processo assistenziale”) la cui concreta applicazione può realizzarsi nei contesti aziendali attraverso il metodo dei “percorsi assistenziali”.

Dal punto di vista del rinforzo e del miglioramento dei “meccanismi operativi” che stanno alla base dell’innovazione dei comportamenti organizzativi e gestionali, la Regione Siciliana è attualmente impegnata nello sviluppo dei nuovi sistemi di valutazione delle Direzioni Generali delle aziende e, più in generale, dei dirigenti, costituendo, questi, una leva fondamentale che incide sulla motivazione e sui comportamenti organizzativi.

Particolare cura si sta, inoltre, ponendo ai processi formativi che dovranno sostenere i piani di innovazione. La formazione, che sarà attuata attraverso momenti “centrali” (regionali) e “periferici” (aziendali), sarà una formazione “on the job” e sarà sviluppata attraverso specifici piani formativi, di cui alcuni già articolati ed altri in corso di definizione.

La Regione Siciliana ha, inoltre, identificato nella “leva negoziale” basata sulla trasparenza e sul coinvolgimento attivo dei partner, una leva fondamentale per la vita e per il miglioramento del sistema,. In particolare, ha dedicato impegno ed energie nella stesura degli Accordi Integrativi Regionali (già conclusi con la Medicina Generale e con la Continuità Assistenziale), nonché nella negoziazione con i privati convenzionati. Questo “nuovo corso” negoziale, in particolare nell’ambito dell’assistenza primaria, costituisce indubbiamente un importante requisito di “credibilità” del sistema.

Intervento 5: Potenziamento del territorio

Intervento 5: Potenziamento Territorio			
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO
Azione 5.1	Potenziamento rete regionale delle residenze sanitarie assistite (RSA) e dell'integrazione sociosanitaria	Attivazione della rete secondo modalità e tempi indicati nell'allegato al D.A. 1325/10 (GURS n.29 del 25/6/10) Perfezionamento del processo di integrazione sociosanitaria per le forme di lungoassistenza all'interno delle strutture residenziali a "normale" integrazione sociosanitaria	Report di monitoraggio attuazione dei programmi aziendali predisposti dalle ASP e rispetto del relativo cronoprogramma Entro il 31/12/2011 definizione del protocollo di intesa tra gli Assessorati della Salute e della Famiglia e delle Politiche Sociali per l'adeguamento al DPCM 14/02/2001 in tema di compartecipazione per le forme di lungoassistenza Entro il 31/12/2012 esecuzione del protocollo e messa a regime delle nuove modalità di compartecipazione
Azione 5.2	Attivazione PTA	Attivazione dei PTA secondo cronoprogramma con formali delibere aziendali	Entro il 31/12/2010 attivazione 19 PTA Entro il 31/12/2011 attivazione 10 PTA Entro il 31/12/2012 attivazione 18 PTA
Azione 5.3	Rinnovo dell'Accordo Integrativo regionale per le cure primarie	Definizione dell'accordo in concerto con le OS di categoria	Entro il 30/06/2011, stipula dell'accordo dell'Accordo con i Pediatri di Libera Scelta
Azione 5.4	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate	Definizione delle linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari	Entro il 31/12/2010 decreto di approvazione linee guida regionali
		Incremento dei casi trattati in ADI dei soggetti anziani di 65 anni e oltre del 20% nel 2010 rispetto al 2009 di un ulteriore 60% nel 2011 e di un ulteriore 68% nel 2012 rispetto al 2011	Report, con cadenza annuale, di monitoraggio dello sviluppo dell'assistenza in ADI sia in termini di casi trattati che di spesa sostenuta
		Rispetto del vincolo di spesa (spesa non inferiore a quella sostenuta nel 2005)	
Azione 5.5	Potenziamento rete regionale cure palliative e terapia del dolore	Attuazione della rete secondo le modalità indicate dal D.A. n. 873 del 8/5/2009 (GURS n.23 del 22/5/09) e relativo cronoprogramma	Report annuale di monitoraggio/verifica attuazione dei programmi aziendali predisposti dalle ASP secondo cronoprogramma
Azione 5.6	Attivazione Punti Unici di Accesso	Individuazione/raccolta dati di partenza e analisi del fabbisogno per lo studio di fattibilità di un sistema gestionale regionale per le cure territoriali e residenziali	Entro il 31/05/2011, avvio della sperimentazione gestionale attraverso il sistema informativo Entro il 31/12/2011, completamento della sperimentazione gestionale per la successiva estensione nel corso del 2012 del sistema informativo ai presidi che adotteranno il sistema regionale.
Azione 5.7	CUP regionale	Attivazione CUP regionale	Entro il 30/11/2010, elaborazione di un Piano d'azione per ogni Azienda Entro il 31/03/2011, attivazione del CUP regionale in tre Aziende Entro il 30/06/2012, attivazione del CUP regionale in tutte le Aziende Sanitarie Nel corso del 2012, verifica semestrale del funzionamento a pieno regime del Centro Unico di Prenotazione
Azione 5.8	Realizzazione di attività semiresidenziali	Attivazione di complessivi 18 Centri Diurni, per complessivi 180 posti, per pazienti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti in modo totale o parziale in assenza di gravi turbe comportamentali, (coeff. 1,8 posti/10.000 anziani), presso strutture con i requisiti strutturali adeguati al trattamento della disabilità	Entro il 31 marzo 2011, individuazione dei centri diurni, definizione dei protocolli di programma e relativa formazione sulle metodologie da attuare Entro il 31 dicembre 2011, attivazione dei centri diurni e contestuale avvio delle procedure operative e delle metodologie di intervento e del sistema di valutazione e rivalutazione periodica dei pazienti Entro il 31 dicembre 2012, messa a regime delle attività di assistenza semiresidenziale e produzione del relativo report annuale

Azione 5.1 : Potenziamento Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite e dell'integrazione sociosanitaria

Con il Decreto Assessoriale del 24 maggio 2010 n.1325, nell'approvare gli indirizzi per la riorganizzazione ed il potenziamento della rete regionale delle RSA, è stata definita la programmazione complessiva di 2.500 posti di RSA su base regionale, individuando nel dettaglio il fabbisogno su base provinciale (vedi tabella seguente). Considerato il numero dei posti già attivati alla data di approvazione del programma, sono stati individuati tempi e modalità per il completamento della rete entro il periodo 2010-2013, in relazione al riordino della rete ospedaliera secondo quanto previsto dalla L.R. n. 5/09 e dai relativi atti di programmazione.

ASP	POSTI PROGRAMM.	POSTI ATTIVATI	POSTI DA ATTIVARE
AGRIGENTO	242	90	152
CALTANISSETTA	138	10	128
CATANIA	492	421	71
ENNA	98	40	58
MESSINA	368	140	228
PALERMO	587	32	555
RAGUSA	154	90	64
SIRACUSA	190	-	190
TRAPANI	231	129	102
TOTALE	2.500	952	1.548

Nell'ambito dei posti letto da attivare, c.a. 500 perverranno dal processo di rifunionalizzazione delle strutture ospedaliere (vedi azione 1.1).

L'attuale programmazione regionale nel settore, disciplinata con il citato DA 1325/2010, intervenendo a superamento dei precedenti atti programmatori, prevede quindi complessivamente 2500 posti di residenzialità di cui 952 già attivati e 1548 da attivare secondo il cronoprogramma di cui alla seguente tabella.

L'attivazione dei posti programmati consentirà alla Regione di incrementare significativamente l'indicatore dei posti di residenzialità per 1000 anziani (da 1,1 a circa 2,7 pl) e di tendere progressivamente all'allineamento agli standard nazionali.

La risposta assistenziale, specificamente rivolta alle fasce fragili della popolazione, verrà altresì implementata con la contestuale realizzazione di attività semiresidenziali, ad oggi non presenti in Sicilia, da avviarsi come descritto nella successiva azione 5.2.

Inoltre, per le forme di lungoassistenza, all'interno delle strutture residenziali a "normale" integrazione sociosanitaria, queste sono soddisfatte dalle strutture assistenziali "Comunità protette" in atto disciplinate nella Regione dalla seguente normativa di settore:

- l.r. 9 maggio 1986 "Riordino dei servizi e delle attività socioassistenziali in Sicilia";
- -DPR 28 maggio 1987 "Regolamento-tipo sull'organizzazione dei servizi socioassistenziali"
- DPR 28 giugno 1988 "Standard strutturali ed organizzativi dei servizi e degli interventi socioassistenziali previsti dalla l.r. 22/86"
- DPR 4 giugno 1996 "Approvazione degli schemi di convenzione-tipo per la gestione da parte dei comuni della Regione dei servizi socioassistenziali previsti dalla l.r.n.22/86.

Quest'ultimo Regolamento disciplina gli aspetti tariffari a carico del Comune (art.14) stabilendo (art.16) per gli ospiti che necessitano di un trattamento assistenziale differenziato per una condizione di non autosufficienza non inferiore al 74%, debitamente accertata e documentata dall'Azienda sanitaria, quest'ultima è tenuta a corrispondere, a carico del SSR, un'integrazione della retta giornaliera (quota sanitaria) in misura proporzionale al grado di non autosufficienza e fino al limite massimo del 100%.

Infine, la l.r. 18 maggio 1996 n.33 ha disciplinato all'art.59 modalità e tempi per il riconoscimento dell'integrazione della retta giornaliera da parte delle Aziende sanitarie territoriali, avuto anche riguardo del trattamento curativo e riabilitativo assicurato dall'Ente in rapporto ai bisogni degli ospiti, fatto salvo il caso in cui le stesse Aziende non abbiano assunto interamente o in convenzione gli oneri dell'assistenza sanitaria per il ricovero dei soggetti anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali.

A proseguimento del processo di integrazione sociosanitaria si prevede di attivare, entro il 2011, specifico protocollo di intesa tra gli Assessorati della Salute e della Famiglia e delle Politiche Sociali, per ottimizzare il percorso di integrazione in aderenza alle indicazioni di cui al DPCM 14/2/2001 in tema di compartecipazione nonché di porre in essere, entro il 2012, le iniziative di competenza dell'Assessorato per pervenire ad un intervento legislativo di riordino del settore.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Attivazione della rete secondo modalità e tempi indicati nell'allegato al D.A. 1325/10 (GURS n.29 del 25/6/10).
- Perfezionamento del processo di integrazione sociosanitaria per le forme di lungoassistenza all'interno delle strutture residenziali a "normale" integrazione sociosanitaria

INDICATORI DI RISULTATO

- Report annuale di monitoraggio attuazione dei programmi aziendali predisposti dalle ASP e rispetto del relativo cronoprogramma:

Cronoprogramma potenziamento rete RSA

Scadenze	31/12/2010	31/12/2011	31/12/2012	
% (*)	30%	30%	40%	100%
posti da attivare	464	464	620	1.548

(*) le percentuali dei posti da attivare fa riferimento al numero complessivo dei posti letto pubblici e privati

- Entro il 31/12/2011 definizione del protocollo di intesa tra gli Assessorati della Salute e della Famiglia e delle Politiche Sociali per l'adeguamento al DPCM 14/02/2001 in tema di compartecipazione per le forme di lungoassistenza
- Entro il 31/12/2012 esecuzione del protocollo e messa a regime delle nuove modalità di compartecipazione

IMPATTO ECONOMICO

L'impatto economico, come di seguito stimato, è segnatamente riferito al potenziamento della rete regionale delle RSA e non comprende le forme di lungoassistenza, non comportando per queste, il previsto adeguamento al DPCM 14/2/2001, sostanziali variazioni alle attuali misure di compartecipazione per la quota sanitaria della retta a carico del SSR,

Ai fini della valorizzazione della manovra², schematicamente riportata nella tabella sottostante, si è tenuto conto di:

- numero dei posti letto di RSA da attivare;

² La metodologia utilizzata per la valorizzazione della manovra, in linea con quanto riportato nella relazione tecnica di accompagnamento al D.A.1325/10 già inviato ai competenti Ministeri, prevede l'utilizzo della tariffa giornaliera per la remunerazione degli erogatori privati al fine di fornire una stima dei costi sostenuti per l'implementazione dei nuovi posti RSA che saranno attivati nelle quote previste per il pubblico e per il privato nei limiti di quanto indicato dall'art.25 comma 2 della L.5/09 ai fini dell'accesso alla programmazione regionale.

- valore medio a carico del SSR della tariffa giornaliera pari a 83,85 € ottenuto come media tra il valore dalla quota della retta pro-capite a carico del SSR in vigore dall'1 ottobre 2007 (111,8 €) e il valore conseguente all'applicazione del 50% della quota della retta a carico del SSR per i ricoveri che superano il 60° giorno.

Rete Regionale delle Residenze Sanitarie Integrate					
	Anni	2009	2010	2011	2012
A	Posti letto attivati al 2009 e da attivare (2010/2012)	952	1.416	1.880	2.500
B	incremento annuo di posti RSA		464	464	620
C	Tariffa giornaliera (vigente dall'1/10/2007) €/mg	0,112	0,112	0,112	0,112
D=C/2	Tariffa giornaliera (vigente dall'1/10/2007) oltre	0,056	0,056	0,056	0,056
E=(C+D)/2	Tariffa giornaliera media	0,084	0,084	0,084	0,084
F=B*E*365	costo incrementale annuo (€.mgl.)		14.200,84	14.200,84	18.975,26

Azione 5.2: Attivazione PTA

“..l'Assessore Regionale emana le linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale prevedendo l'istituzione dei Presidi Territoriale di Assistenza (P.T.A.) costituenti il punto di accesso alla rete territoriale, anche attraverso il Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di:

- a) cure primarie (accoglienza, servizi sanitari di base e specialistici);
- b) servizi socio-sanitari integrati con le prestazioni sociali, con funzioni di presa in carico, valutazione multidisciplinare e formulazione del piano personalizzato di assistenza, attraverso l'integrazione professionale di operatori appartenenti alle aziende sanitarie provinciali e ai comuni, a favore di persone e famiglie con bisogni complessi;
- c) servizi a favore dei minori e delle famiglie con problemi socio-sanitari e sociali;
- d) servizi di salute mentale (SERT).”

Il PTA (Presidio Territoriale di Assistenza) introdotto dall'art. 12 comma 8 della L.R. n. 5/2009 rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali al fine di riqualificare le funzioni e l'offerta delle cure primarie e prevenire l'ospedalizzazione. All'interno del PTA, i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, potranno essere integrati in un'unica piattaforma comune che costituirà la porta di ingresso del cittadino-utente alle cure territoriali.

Il PTA è il risultato della riorganizzazione della rete dei servizi **che mira ad integrare e mettere in collegamento (in una logica di rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.** Esso assumerà una connotazione differente in relazione al fabbisogno di integrazione che i servizi distrettuali dovranno soddisfare rispetto al contesto di riferimento della specifica ASP.

All'interno dei PTA saranno attivati anche i **Punti Unici di Accesso (PUA) alle cure domiciliari**, finalizzati ad assicurare una più efficace attivazione e il monitoraggio di tale tipo di assistenza. Per ulteriori dettagli sulle funzioni del PTA si rimanda alle specifiche linee guida sulla organizzazione e sulle funzioni di tali presidi approvate e diffuse alle Aziende con D.A. n. 723 del 10/03/10 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 16 del 02/04/10. Al fine di accompagnare il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale è stato istituito un tavolo tecnico regionale cui partecipano i referenti di ogni Azienda territoriale, ospedaliera ed universitaria.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Il programma regionale di riorganizzazione dell'attività territoriale prevede l'**attivazione** nel territorio regionale di Presidi Territoriali di Assistenza gradatamente realizzati nelle diverse Aziende Sanitarie. Nel presente Programma Operativo si individuano gli ambiti territoriali, sedi, rispettivamente, **di n. 19 PTA da realizzarsi entro il 31 dicembre 2010, n. 10 PTA da realizzarsi entro il 31 dicembre 2011 e n. 18 da realizzarsi entro il 31 dicembre 2012, per un totale di 47 PTA** come schematicamente riportato nella tabella sottostante:

ASP	Entro il 31/12/2010			Entro il 31/12/2011			Entro il 31/12/2011			TOTALE
	PTA da Presidi Ospedalieri rifunz	PTA territoriali	PTA totali	PTA da Presidi Ospedalieri rifunz	PTA territoriali	PTA totali	PTA da Presidi Ospedalieri rifunz	PTA territoriali	PTA totali	
AGRIGENTO	1	1	2	0	1	1	0	5	5	8
CALTANISSETTA	1	1	2	1	1	1	1	2	3	6
CATANIA	1		1	0	1	1	2		2	4
ENNA	2		2	0	1	1	0	1	1	4
MESSINA	2		2	1	1	2	1	1	2	6
PALERMO	2	1	3	1		1	2		2	6
RAGUSA	2		2	0		0	0	1	1	3
SIRACUSA	1	1	2	1	2	3	0	1	1	6
TRAPANI	2	1	3	0		0	1		1	4
TOTALE	14	5	19	4	6	10	7	11	18	47

L'attivazione complessiva comporta, per **n. 14** Presidi Territoriali di Assistenza nel 2010, **n. 4** nel 2011 e **n. 7** nel 2012, la rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri, come da tabella, che dovranno trasferire parte dell'attività assistenziale per acuti verso forme alternative di assistenza:

ASP	Distretto/Azienda Ospedaliera	Codice Struttura di Ricovero	Presidio Ospedaliero da rifunzionalizzare	Ambito Territoriale	N° PTA entro il 31/12/2010	N° PTA entro il 31/12/2011	N° PTA entro il 31/12/2012
	Distretto Osp AG 2	19030400	P.O. F.lli Parlapiano	Ribera	1		
AGRIGENTO Totale					1	0	0
	Distretto Osp CL 1	19030800	P.O. M. Raimondi	San Cataldo		1	
	Distretto Osp CL 2	19031000	P.O. Santo Stefano	Mazzerano	1		
	Distretto Osp CL 2	19031100	P.O. Suor Cecilia Basarocco	Niscemi			1
CALTANISSETTA Totale					1	1	1
	Distretto Osp CT 1	19031300	P.O. San giovannio di Dio	Giarre	1		
	Distretto Osp CT 2	19031600	P.O. SS Salvatore	Paternò			1
	Distretto Osp CT 3	19031800	P.O. Basso Ragusa Marino	Militello in V. di CT			1
CATANIA Totale					1	0	2
	Distretto Osp EN 1	19032000	P.O. Chiello	Piazza Armerina	1		
	Distretto Osp EN 2	19032100	P.O. Ferro Capra Branciforte	Leonforte	1		
ENNA Totale					2	0	0
	Distretto Osp ME 1	19032300	P.O. Cutroni Zodda	Barcellona	1		
	Distretto Osp ME 1	19032400	P.O. Civile	Lipari		1	
	Distretto Osp ME 2	19032700	P.O. S. Salvatore	Mistretta	1		
	Distretto Osp ME 2	19032900	P.O. S. Agata di Militello	S. Agata di Militello			1
MESSINA Totale					2	1	1
	AO Villa Sofia - Cervello	19092604	PO Casa del Sole (Ex AUSL 6)	Regione Siciliana		1	
	Distretto Osp PA 1	19033000	St Ospedale di Corleone	Corleone			1
	Distretto Osp PA 1	19033100	P.O. Regina Margherita	Palazzo Adriano	1		
	Distretto Osp PA 2	19033300	P.O. Barone Paolo Agliata	Petralia			1
	Distretto Osp PA 3	19033600	P.O. E. Albanese (*)	Palermo	1		
PALERMO Totale					2	1	2
	Distretto Osp RG 2	19033900	P.O. Regina Margherita	Comiso	1		
	Distretto Osp RG 2	19034100	P.O. Busacca	Sciacca	1		
RAGUSA Totale					2	0	0
	Distretto Osp SR 1	19034400	P.O. Trigona	Noto	1		
	Distretto Osp SR 2	19034600	P.O. Muscatello	Augusta		1	
SIRACUSA Totale					1	1	0
TP	Distretto Osp TP 1	19034900	P.O. San Vito Santo Spirito	Alcamo			1
	Distretto Osp TP 1	19035000	P.O. B. Nagar	Pantelleria	1		
	Distretto Osp TP 2	19035500	P.O. V. Emanuele III	Salemi	1		
TRAPANI Totale					2	0	1
TOTALE					14	4	7

INDICATORI DI RISULTATO

- Attivazione dei PTA secondo cronoprogramma con formali delibere aziendali.

IMPATTO ECONOMICO

L'analisi per la valorizzazione dei costi conseguenti all'**implementazione dei PTA non può prescindere dalla legge di riordino della rete ospedaliera** in base alla quale i PTA dovranno sostituire progressivamente i presidi di cui si è pianificata la riconversione.

Sulla base del modello organizzativo definito nelle “Linee guida sulla riorganizzazione dell’attività territoriale (PTA-Cure primarie-gestione integrata-day service territoriale) ex D.A. n. 723 del 10/03/10 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 16 del 02/04/10, sono stati stimati costi di start-up e gestione dei nuovi PTA principalmente riconducibili a:

- Formazione del personale e change management i cui oneri sono già scontati nella determinazione delle voci di costo relative ai singoli fattori produttivi;
- Gestione della logistica della conversione dei presidi in PTA (allestimento spazi, trasferimento apparecchiature, etc);
- Gestione della fase transitoria di compresenza tanto dei presidi in via di dismissione quanto dei nuovi PTA appena avviati, con conseguente duplicazione di alcuni costi gestionali (es.utenze, appalti di servizi).

La Regione prevede di far fronte ai suddetti costi incrementali per mezzo dei costi cessanti che deriveranno dalla riconversione dei presidi individuati assumendo che una parte dei costi rimanga invariata dal momento che:

- la **principale voce di spesa prevista è quella del personale** che si assume possa essere riconvertito attraverso un percorso di accompagnamento alle nuove funzioni, **coerentemente con la consistenza prevista dalla ridefinizione della pianta organica e delle relative economie di spesa** (vedi intervento 9-area personale).
- non ci sono costi incrementativi per ammortamento/leasing delle attrezzature potendo riutilizzare quelle già in uso presso gli ambulatori dei presidi riconvertiti o poliambulatori sedi di PTA o collegati funzionalmente ad essi;
- una parte dei costi gestionali dei nuovi PTA risulterà presumibilmente **inferiore** rispetto ai costi dei presidi convertiti, in relazione alle economie che si genereranno per effetto di:
 - dismissione di alcuni plessi, con la conseguente cessazione e/o riduzione dei costi di gestione ad essi connessi (ad.es. riduzione costo per manutenzione, utenze etc);
 - disattivazione dei posti letto per acuti con conseguente cessazione e/o riduzione dei costi connessi al regime di degenza (es. servizio di ristorazione degenti, lavanderia, indennità di reperibilità e altro).

Complessivamente, pertanto, si ritiene che l’attivazione dei previsti PTA possa avvenire senza costi incrementali a carico del sistema.

Azione 5.3: Rinnovo dell'Accordo Integrativo regionale per le cure primarie

La Regione Sicilia, nel rispetto dell’art. 8 del D.lgs 502/92 e s.m.i. ed in armonia con il dettato normativo della LR 5/09 ha siglato, con le organizzazioni sindacali rappresentative a livello regionale e sulla base del ACN del 2009, l’accordo Integrativo regionale per le Cure Primarie.

Le aree di maggior sviluppo individuate sono:

- **riqualificazione dell’associazionismo:** vengono incentivate nell’ambito della riorganizzazione delle cure primarie di cui al DA 723/2010 riferite nell’azione 5.3 forme di associazionismo più evolute, nelle modalità indicate nell’Accordo integrativo regionale approvato con DA 02151/2010, quali la rete ed il gruppo a fronte di una progressiva riduzione della forma “semplice”, garantendo così al paziente una migliore accessibilità all’assistenza ed una maggiore appropriatezza delle cure.

- **potenziamento dell'area "governo clinico"** con l'incentivazione della partecipazione attiva e monitorata ai programmi di screening delle neoplasie e alla gestione delle patologie croniche a maggior prevalenza e sul territorio, in particolare Diabete Mellito tipo 2 e Scompenso Cardiaco, secondo percorsi di gestione integrata con gli altri attori dell'assistenza.
- **integrazione nel PTA/Distretto**, con la finalità di creare uno spazio di effettiva partecipazione del MMG alle attività del Distretto, dedicata prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici a medio-alta complessità, e dei pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione.
- implementazione di nuove formule aggregative, quali AFT e UCCP, sulla base degli indirizzi chiaramente esplicitati nel A.C.N. 2009, attraverso la promozione e applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM, al fine di migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Il percorso, per la Medicina Generale, è già nella fase conclusiva: è stato sottoscritto l'Accordo Regionale di Assistenza Primaria tra la Regione e le OO.SS. di categoria il 12 agosto 2010 e reso esecutivo con D.A. n. 02151 del 6 settembre 2010.

Per la Pediatria di Libera Scelta è stato siglato un pre-accordo in data 22 luglio 2010 in cui sono stati condivisi obiettivi e strumenti ed è in corso il confronto sull'articolato generale dell'Accordo Integrativo.

Gli accordi prevedono la costituzione di tavoli tecnici per la definizione degli strumenti (indicatori e standard) necessari al monitoraggio delle azioni definite negli accordi stessi.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 30/06/2011 stipula dell'Accordo dei Pediatri di Libera Scelta con pubblicazione su Gazzetta Ufficiale Regione Sicilia.

IMPATTO ECONOMICO

Gli effetti economici della misura sono sinteticamente riportati nella seguente tabella:

MMG: ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE		
Descrizione	Costi 2010	Costi 2011
Associazionismo	€663.778	€2.655.113
Governo Clinico	€4.968.428	€2.629.710
Area "Compiti di Servizio" e Area "Paziente competente" (Ex Prog.	€713.740	€2.854.960
Integrazione Organizzativa con Pta-Distretto su Governo Clinico dei	€378.807	€3.181.979
Nuove formule aggregative (ex art. 26 bis e ter dell' ACN 2009)	€84.000	€336.000
TOTALE	€ 6.808.753	€ 11.657.762

Azione 5.4: Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate

Con il Decreto Assessoriale del 2 luglio 2008 è stata definita la nuova caratterizzazione dell'assistenza domiciliare e degli interventi domiciliari.

Nell'ambito degli obiettivi del Quadro Strategico Nazionale 2000-2013 l'asse II S-06 "Presa in carico degli anziani per il servizio ADI" prevede il raggiungimento entro il 2012 del target del 3,5% dei pazienti over 64 trattati in programmi di cure domiciliari integrate (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana di 65 anni e oltre.

Tale condizione è vincolante per l'accesso al meccanismo premiale legato al suddetto obiettivo di servizio rientrante tra quelli finanziati con risorse FAS, di cui alla delibera CIPE n. 82 del 3 agosto 2007.

Nella Regione Sicilia è stato rilevato nel 2008 un indice dello 0,9%, di gran lunga inferiore al valore di riferimento assunto a livello nazionale (3,5%) come indicativo del rispetto di tale livello essenziale di assistenza; pertanto, al fine di migliorare la qualità della risposta assistenziale, è stata prevista la definizione di apposite linee guida regionali per fornire gli indirizzi operativi per i distretti sanitari-sociosanitari e i Comuni al fine di attivare le risorse necessarie a mettere in campo le azioni ritenute indispensabili a sostenere il coordinamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali interessati e l'integrazione delle prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale. Quanto sopra anche al fine di raggiungere il target nazionale indicato nello specifico settore assistenziale.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Definizione delle linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari
- Incremento dei casi trattati in ADI dei soggetti anziani di 65 anni ed oltre, del 20% nel 2010 rispetto al 2009, di un ulteriore 60% nel 2011 rispetto al 2010 e di un ulteriore 68% nel 2012 rispetto al 2011
- Rispetto del vincolo di spesa (spesa non inferiore a quella sostenuta nel 2005)

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010 decreto di approvazione linee guida regionali
- Report, con cadenza annuale, di monitoraggio dello sviluppo dell'assistenza in ADI sia in termini di casi trattati che di spesa sostenuta

IMPATTO ECONOMICO

Ai fini della valorizzazione della suddetta manovra è stato preso in considerazione che l'esperienza consolidata negli anni e le *best practice* hanno dimostrato che per circa il 50% dei casi le cure domiciliari erogate sono di media complessità, il 30% riguarda cure di elevata intensità mentre il restante 20% si caratterizza per forme di bassa complessità.

Dall'analisi storica dei dati delle cure domiciliari riferita agli anni precedenti (numero casi trattati, spesa sostenuta) risulta che il costo medio regionale è pari a circa €1.460,00 a caso trattato.

Da ulteriori approfondimenti con le ASP si ricava che il costo medio delle cure domiciliari di alta complessità è di €2.250, di media complessità è di €1.200 e di bassa complessità è di €900.

Considerato che la presente azione prevede un incremento del 20% dei casi trattati rispetto all'anno 2009, di un ulteriore incremento per l'anno 2011 del 60% rispetto al 2010 e di un ulteriore 68% nel 2012, si rappresenta nella tabella sottostante il seguente impatto economico

VALORIZZAZIONE EFFETTI ECONOMICI DI INCREMENTO COSTO CONSEGUENTI AL POTENZIAMENTO E RIORDINO DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

DESCRIZIONE				2009	2010	2011	2012
	totale casi trattati in ADI (2009) e da trattare (2010-2012)			14.697	17.636	26.454	34.390
A	totale casi trattati in ADI dei soggetti anziani di 65 anni e oltre (2009) e da trattare (2010-2012)			9.986	11.983	19.173	32.287
B	Incremento casi dei soggetti anziani di 65 anni e oltre per singolo anno				1.997	7.190	13.114
	variazione % rispetto anno precedente				20%	60%	68%
C	Percentuale casi trattati ad elevata intensità		30%				
D	Percentuale casi trattati a media intensità		50%				
E	Percentuale casi trattati a bassa intensità		20%				
F=B*C	incremento annuo casi trattati ad elevata intensità				599	2.157	3.934
G=B*D	incremento annuo casi trattati a media intensità				999	3.595	6.557
H=B*E	incremento annuo casi trattati a bassa intensità				399	1.438	2.623
I=F*a	Costo medio per casi trattati ad elevata intensità (€.mgl.)	a	2,25		1.348	4.853	8.852
L=G*b	Costo medio per casi trattati a media intensità (€.mgl.)	b	1,2		1.198	4.314	7.869
M=H*c	Costo medio per casi trattati a bassa intensità (€.mgl.)	c	0,92		367	1.323	2.413
	costo incrementale annuo (€.mgl.)				2.914	10.490	19.134

Azione 5.5: Potenziamento Rete regionale cure palliative e terapia del dolore

Con il Decreto Assessoriale 873 del 8 maggio 2009, nel definire la nuova organizzazione delle cure palliative in Sicilia, è stata fissata la dislocazione delle strutture hospice e la relativa dotazione di posti residenziali.

Con particolare riferimento all'attivazione dei posti residenziali in hospice, è previsto il **progressivo allineamento** dell'indicatore regionale al **parametro medio nazionale** (0,47 per 10.000 ab), pervenendo **alla fine del triennio 2010-2012 al parametro di 0,31 posti letto per 10.000 abitanti**, secondo il cronoprogramma riportato nel citato DA.

Contestualmente all'implementazione della rete regionale e al governo della stessa attraverso un apposito Coordinamento Regionale, sono in corso procedure finalizzate all'allineamento dei dati contenuti nei flussi informativi in coerenza con l'effettivo stato di avanzamento del processo di implementazione dei posti residenziali in Hospice

RISULTATI PROGRAMMATI:

- Attuazione della rete secondo le modalità indicate dal D.A. 873 del 8/5/2009 (GURS n.23 del 22/5/09) e relativo cronoprogramma.

INDICATORI DI RISULTATO

- Report annuale di monitoraggio/verifica attuazione dei programmi aziendali predisposti dalle aziende sanitarie

IMPATTO ECONOMICO

Nel modello proposto, il **calcolo dell'impatto economico della misura è stimato** a partire dal numero dei **posti letto pubblici** da attivare nel triennio 2010-2012 ex cronoprogramma e delle seguenti ipotesi:

Parametro/Driver	Fonte informativa	Ipotesi regionali
Costo medio figure professionali	Conto Annuale Regione Siciliana - Anno 2008	Il costo non comprende la quota dei fondi accessori poiché s'ipotizza l'invarianza dei fondi contrattuali a livello regionale
Full Time Equivalent (FTE) minimi a garanzia assistenza 24h (per modulo)	Decreto 5 Dicembre 2001 "Linee guida per la realizzazione del programma regionale di cure palliative"; Decreto n. 32881 del 9 Ottobre 2000, con il quale è stato approvato il programma regionale "Realizzazione della rete di assistenza ai malati in fase avanzata e terminale"; Documento riguardante "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" approvato in Commissione Hospice il 30 Maggio 2007.	Ipotesi di: - assistenza medica sulle 24 ore con reperibilità (3 FTE minimi per modulo) ; - presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore (6 FTE minimi per modulo); - presenza continuativa operatori tecnici dell'assistenza sulle 24 ore (6 FTE minimi per modulo). Minuti assistenza pazienti: - medico '30; - infermiere '180; - personale di assistenza '180; - fisioterapista '7; - psicologo '8; - assistente sociale '8; - assistente spirituale '5.
Ore anno (da contratto)	CCNL dirigenza medica e non medica, CCNL comparto	Ore annue medici pari a 38 ore a settimana (esclusi 34 gg di ferie annue); Ore infermieri 36 ore a settimana (esclusi 30 gg di ferie, 38 h di permessi anno e 100 h formazione annui).
Metri quadrati per posto letto	Modello costi dell' hospice esistente presso l'ARNAS CIVICO di Palermo (14 pl)	Inclusi spazi comuni
PL minimi per modulo	DPCM 20 gennaio 2000 "Atto d'indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative";	La programmazione regionale della Regione Siciliana prevede l'attivazione mediamente di moduli con 8-10 pl
Costo ammortamenti	Decreto legge 450 del 1998, convertito con legge 39 del 26 febbraio 1999	Gli ammortamenti non sono considerati perché si ipotizzano sterilizzati anche ai sensi dei finanziamenti ex L.39/1999
Costo operativi diversi dal personale	Modello costi dell' hospice esistente presso l'ARNAS CIVICO di Palermo (14 pl)	- Giornate di degenza assunto come driver per i costi relativi a prodotti farmaceutici, beni non sanitari, lavanderia, mensa e utenze telefoniche; - Mq assunto come driver dei costi di pulizie, riscaldamento, smaltimento rifiuti e utenze elettricità; - Le manutenzioni sono considerate una percentuale pari a 0,50% sul subtotale costi operativi.
Mesi di attivazione nuovi PL		Ipotizza l'apertura graduale dei posti letto da attivare in ciascun anno

Nella tabella sottostante è esposto il modello per l'elaborazione dei costi di attivazione dei posti letto di hospice ex DA 873/09, partendo da n. 69 posti letto già attivati al 2009:

Elaborazione costi attivazione HOSPICE - ipotesi e benchmark regionale								
ASSUNZIONI E INPUT								
Anni	2009	2010	2011	2012				
PL da attivare		51	31	14				
Tariffa da privato		220	220	220				
PL minimi per modulo		10	10	10				
Moduli previsti		5	3	2				
Capacità produttiva teorica per modulo (gg=365* PL)		18.615	11.315	5.110				
Capacità produttiva a regime con TO al 70%		13.031	7.921	3.577				
Mq medi per PL (inclusi spazi comuni)		75	75	75				
Mq totali		3.825	2.325	1.050				
Personale per profilo	min/paz/ die da garantire	ore anno (da contratto)	costo medio annuo	FTE minimi a garanzia assistenza 24h (per modulo)				
<i>di cui medici</i>	30	1.761	101.464	3				
<i>di cui infermieri</i>	180	1.554	37.085	6				
<i>di cui fisioterapisti</i>	7	1.554	33.891					
<i>di cui personale di assistenza</i>	180	1.554	28.543	6				
<i>di cui psicologi</i>	8	1.761	71.300					
<i>di cui assistente sociale</i>	8	1.554	30.054					
<i>di cui assistente spirituale</i>	5	1.554	27.594					
STIMA RISORSE A REGIME								
Personale per profilo		Stima FTE	Stima FTE	Stima FTE				
<i>di cui medici</i>		15	9	6				
<i>di cui infermieri</i>		30	18	12				
<i>di cui fisioterapisti</i>		1	1	1				
tot personale sanitario		46	28	19				
<i>di cui personale di assistenza</i>		30	18	12				
<i>di cui psicologi</i>		1	1	1				
<i>di cui assistente sociale</i>		2	1	1				
<i>di cui assistente spirituale</i>		1	1	1				
TOTALE Personale - FTE		80	49	34				
Elaborazione costi attivazione HOSPICE per mesi di apertura								
mesi di attivazione nuovi PL		2	6	6				
PL equivalenti (tenuto conto dei mesi di apertura)		9	67	89				
<i>relativi alle aperture 2010</i>		9	51	51				
<i>relativi alle aperture 2011</i>		-	16	31				
<i>relativi alle aperture 2012</i>		-	-	7				
STIMA COSTI in funzione dei mesi di attivazione dei PL (driver x pl equivalenti)								
Costo Personale		613.949	84%	4.812.355	84%	6.720.594	85%	
di cui collaborazioni		471.233		3.699.171		5.179.264		
di cui altri servizi sanitari da privato (OSS)		142.716		1.113.183		1.541.331		
Voci di costo	valore unitario	driver di calcolo						
prodotti farmaceutici	11,70 € gg degenza		25.409 €	3%	198.792 €	3%	266.052 €	3%
beni non sanitari	0,15 € gg degenza		326 €	0%	2.549 €	0%	3.411 €	0%
lavanderia degenti	4,00 € gg degenza		8.687 €	1%	67.963 €	1%	90.958 €	1%
lavanderia dipendenti	125,00 € n° personale sanitario		958 €	0%	7.500 €	0%	10.438 €	0%
pulizie	36,00 € mq		22.950 €	3%	179.550 €	3%	240.300 €	3%
mensa degenti	7,00 € gg degenza		15.202 €	2%	118.935 €	2%	159.177 €	2%
mensa dipendenti	5,18 € gg degenza		11.250 €	2%	88.012 €	2%	117.791 €	1%
riscaldamento	5,50 € mq		3.506 €	0%	27.431 €	0%	36.713 €	0%
smaltimento rifiuti	0,15 € mq		96 €	0%	748 €	0%	1.001 €	0%
utenze telefoniche	0,15 € gg degenza		326 €	0%	2.549 €	0%	3.411 €	0%
utenze elettricità	34,22 € mq		21.816 €	3%	170.677 €	3%	228.425 €	3%
manutenzioni	0,50% totale subcosti operativi		3.603 €	0%	28.233 €	0%	39.180 €	0%
ammortamenti	0,00% totale subcosti operativi		0 €	0%	0 €	0%	0 €	0%
Costi di produzione da pubblico (proxy = costi standard)		728.078	100%	5.705.293	100%	7.917.449	100%	

Nota metodologica 1

Il modello per il calcolo dell'impatto economico tiene conto della progressiva attivazione dei posti letto hospice (posti letto equivalenti), di conseguenza i costi di competenza dell'anno sono rilevati per 2 mesi nel 2010 e 6 mesi nel 2011 e 2012.

Il costo esposto a conto economico per il 2010 e i successivi incrementi per il 2011 e 2012 sono finanziati, di anno in anno, con le risorse previste dagli obietti di Piano Sanitario Nazionale (vedi sezione "Ipotesi di costruzione del tendenziale e programmatico" pag. 11 e 12).

Nota metodologica 2

Il modello di analisi individua, sulla base della normativa vigente, una dotazione organica di personale minima per l'attivazione dei nuovi posti letto che dovrebbe essere raggiunta attraverso l'utilizzo di personale dipendente già presente nelle aziende. Tuttavia l'analisi della dotazione organica delle aziende del SSR evidenzia alcune criticità:

- una dotazione non sempre sufficiente in termini quantitativi per tutte le aziende;
- una scarsa rispondenza delle professionalità presenti rispetto alle prestazioni richieste agli operatori deputati all'assistenza ai pazienti inseriti in programmi di cure palliative.

Al fine di favorire il raggiungimento degli standard di personale previsti dalla normativa nazionale, si ritiene necessario procedere al potenziamento del personale in aggiunta alla dotazione organica attualmente presente nelle aziende, con eventuale ricorso a forme di collaborazione coordinata e continuativa.

Le forme di collaborazione riguarderanno tutte le figure professionali indicate nel modello, fino a concorrenza del tetto di spesa previsto per ciascuna azienda, ad eccezione del personale di assistenza (OSS), per le quali le aziende potranno ricorrere a servizi esternalizzati (ad es. privato sociale, onlus, etc). Prudenzialmente il costo relativo al personale di assistenza viene imputato interamente nella voce B02490 "Altri servizi sanitari da privato".

Azione 5.6: Attivazione Punti Unici di Accesso

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta il punto unico di riferimento territoriale per il cittadino.

In particolare il PUA è rivolto alle persone fragili al fine di facilitarne l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, escluse quelle ricomprese nell'emergenza, attraverso la segnalazione del medico di medicina generale dello stesso utente e/o dei familiari.

Obiettivo del PUA è:

- Semplificare l'accesso alla rete territoriale dei servizi
- Orientare la domanda del cittadino verso la risposta idonea al proprio bisogno
- Analisi del bisogno e avvio della presa in carico integrata della persona e del nucleo familiare, secondo percorsi, modalità e tempi appropriati (Valutazione multidimensionale "SVAMA", Piano di Assistenza Individualizzato "PAI")
- Implementare i percorsi di cura in ambito domiciliare
- Favorire il raccordo tecnico-collaborativo tra i servizi sanitari ed i servizi sociali
- Introdurre forme e strumenti innovativi del sistema di gestione.

La costituzione del PUA nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi territoriali, assume particolare importanza nel processo di riqualificazione dell'assistenza territoriale, con specifico riferimento alla Rete delle Cure Domiciliari e, più in generale, all'accesso ai servizi socio-sanitari erogati da tale Rete.

A supporto delle azioni organizzativo-gestionali dei PTA, è prevista pertanto una fase di informatizzazione trasversale che consentirà la gestione dei presidi, attraverso la realizzazione di sistemi che integrano, in prima istanza, i processi dei PUA alle cure domiciliari e residenziali. Tutte le informazioni socio-sanitarie di ciascun assistito saranno raccolte e registrate in un'apposita **Cartella Socio-Sanitaria individuale**.

Tale intervento è volto alla pianificazione di azioni mirate all'erogazione dei servizi secondo procedure comuni e condivise, mettendo in collegamento i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale, attraverso un'organizzazione a rete.

L'introduzione di un **Sistema Informativo Sanitario Regionale delle Cure Domiciliari e Residenziali** induce ad ottenere diversi benefici, quali:

- miglioramento dell'accessibilità e dell'appropriatezza di utilizzo dei servizi;

- integrazione tra i vari attori coinvolti nella “presa in carico” dell’assistito e l’unitarietà del percorso assistenziale;
- miglioramento della interrelazione tra ospedale e territorio, a garanzia di una continuità dell’assistenza, che si traduce in riduzione della durata della degenza e contenimento dei ricoveri impropri;
- maggiore efficacia nella tutela delle fasce sociali più vulnerabili, grazie all’integrazione dell’assistenza in percorsi unitari che consentono una gestione integrata delle fragilità;
- accrescimento dell’appropriatezza dei percorsi assistenziali, attraverso una valutazione attenta e multidimensionale dei bisogni ed una gestione complessiva e integrata degli stessi;
- rilevazione completa delle informazioni relative al bisogno della persona;
- possibilità di promuovere monitoraggi dei bisogni di salute e di assistenza orientati alla costruzione di percorsi di prevenzione della disabilità e di mantenimento delle autonomie possibili.

L’implementazione di una piattaforma comune costituisce, quindi, la porta di ingresso al cittadino-utente ai servizi territoriali anche in collegamento con:

- **Punti di Primo Intervento (PPI)**, il cui compito è quello di offrire un punto di riferimento alternativo all’Ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi).
- **Punti Territoriali di Emergenza (PTE)**, inclusi nella rete dell’Emergenza-Urgenza, che offrono un punto di riferimento alternativo all’Ospedale per la presa in carico dei casi acuti, finalizzata ad una gestione in loco, ove ciò si rendesse possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel Presidio Ospedaliero più idoneo.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Individuazione/raccolta dati di partenza e analisi del fabbisogno per lo studio di fattibilità di un sistema gestionale regionale per le cure territoriali e residenziali

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/05/2011, avvio della sperimentazione del gestionale attraverso il sistema informativo
- Entro il 31/12/2011, completamento della sperimentazione del gestionale per la successiva estensione, nel corso del 2012, del sistema informativo ai presidi che adotteranno il sistema regionale.

IMPATTO ECONOMICO

L’investimento programmato per l’informatizzazione delle cure domiciliari e residenziali, riguarda sia la realizzazione del software di gestione e l’adeguamento dell’infrastruttura tecnologica centrale che l’addestramento e la formazione degli operatori. L’onere di tale investimento sarà sostenuto dalla Regione mediante l’impiego di risorse del proprio bilancio regionale, pertanto nell’ambito del presente Programma non sono rilevati impatti economici a carico del FSR.

Azione 5.7: CUP regionale

Nell'ambito del percorso di innovazione tecnologica del Servizio Sanitario Regionale e al fine di garantire una migliore gestione delle attività erogate sul territorio ed un più agevole accesso ai servizi, la Regione Siciliana ha programmato l'attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale.

Il progetto prevede un forte impegno della Regione nel dotare di un sistema completo e moderno le Aziende che ne fossero sprovviste e nell'integrare tutti i sistemi validi già esistenti in un "sovra CUP", garantendo la possibilità di monitoraggio delle attività a livello regionale.

E' stato effettuato, presso ogni Azienda, un *assessment* dei sistemi CUP laddove esistenti, utile a individuare un Piano delle azioni – con relativa tempistica - che ogni singola Azienda dovrà compiere per superare i punti critici rilevati. Nell'arco dei prossimi mesi e a partire da una ASP "pilota" (Trapani), saranno realizzati o integrati i CUP in tutte le Aziende. In una prima fase saranno attivati i CUP in almeno tre Aziende ed il processo sarà completato entro il 2012.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Attivazione CUP Regionale

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 30/11/2010, elaborazione di un Piano d'azione per ogni Azienda
- Entro il 31/03/2011, attivazione del CUP regionale in tre Aziende
- Entro il 30/06/2012, attivazione del CUP regionale in tutte le Aziende Sanitarie
- Nel corso del 2012, report sintetico delle attività per la verifica del funzionamento a pieno regime del Centro Unico di Prenotazione

IMPATTO ECONOMICO

L'investimento programmato riguarda la realizzazione del software di gestione, dell'hardware e della formazione degli operatori. L'onere di tale investimento sarà sostenuto dalla Regione mediante l'impiego di risorse del proprio bilancio regionale, pertanto nell'ambito del presente Programma non sono rilevati impatti economici a carico del FSR.

Il costo del personale dedicato non comporta variazioni in quanto già previsto nell'ambito dei costi aziendali (dotazioni organiche) e pertanto la misura è complessivamente ad invarianza di spesa.

Azione 5.8: Realizzazione di attività semiresidenziali

Circa il 3% della popolazione ultrasessantacinquenne è affetta da malattia di Alzheimer e circa il 6% da una forma di demenza. Alla luce di tali evidenze si prevede di intervenire attraverso l'offerta di servizi socio-sanitari integrati specificamente a carattere semiresidenziale e strutture di sollievo. Tra questi servizi si ritiene che il Centro Diurno rappresenti una delle risposte valide poiché esso è volto ad evitare l'istituzionalizzazione del paziente attraverso il mantenimento delle capacità residue, al controllo dei problemi comportamentali, al miglioramento dell'autonomia personale, al recupero mediante la riabilitazione fisica e psichica fornendo, al tempo stesso, sostegno alla famiglia.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Attivazione di complessivi 18 Centri Diurni, per complessivi 180 posti, per pazienti con deterioramento cognitivo, prioritariamente anziani, non autosufficienti in modo totale o parziale in assenza di gravi turbe comportamentali, (coeff. 1,8 posti/10.000 anziani), presso strutture con i requisiti strutturali adeguati al trattamento della disabilità

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31 marzo 2011, individuazione dei centri diurni, definizione dei protocolli di programma e relativa formazione sulle metodologie da attuare
- Entro il 31 dicembre 2011, attivazione dei centri diurni e contestuale avvio delle procedure operative e delle metodologie di intervento e del sistema di valutazione e rivalutazione periodica dei pazienti
- Entro il 31 dicembre 2012 messa a regime delle attività di assistenza semiresidenziale e produzione del relativo report annuale

IMPATTO ECONOMICO

L'impatto economico dell'azione è determinata nella misura, su base annua, per ciascun centro, di circa 200 €mgl.

Intervento 6: Programma istituzione sistema di governo clinico

Intervento 6		Programma istituzione sistema di governo clinico		
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO	AREA/SERVIZIO
Azione 6.1	Attivazione del sistema regionale per la gestione del rischio clinico	Individuazione di un Comitato Aziendale per la gestione dei contenziosi e i rapporti con le assicurazioni	Entro il 31.12.2011, decreto per l'istituzione un comitato aziendale per la gestione dei contenziosi e il rapporto con le assicurazioni	
		Formazione avanzata in tema di gestione del rischio clinico	Entro il 31.12.2011, avvio corso per la Formazione avanzata in tema di gestione del rischio clinico	
		Attivazione flusso SIMES eventi sentinella e sinistri	Entro il 31.12.2011, alimentazione flusso SIMES eventi sentinella e sinistri, come previsto dall'intesa stato regioni 20 marzo 2008 e dal D.M. 11 dicembre 2009	
Azione 6.2	Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO	Definizione metodologie di valutazione	Entro il 31/12/2011, produzione /elaborazione di un metodo di valutazione per i diversi obiettivi previsti da programma regionale	SERVIZIO QUALITA' GOVERNO CLINICO E SICUREZZA PAZIENTI
		Individuazione dei coordinatori aziendali Attivazione dei NOC che avranno il compito di effettuare la valutazione delle cartelle cliniche e di valutare la qualità della codifica delle SDO	Entro il 31/12/2012, provvedimenti aziendali di individuazione dei coordinatori aziendali ed attivazione NOC	
		Attività formativa per i NOC	Entro il 31/12/2012, progettazione ed erogazione dell'attività formativa per i NOC	
		Definizione delle modalità raccolta dati	Entro il 31/12/2011, Formalizzazione di un protocollo operativo basato sulla sistematicità dei controlli che definisce le modalità raccolta dati	
		Definizione sistemi di controllo esterni	Entro il 31/12/2012 Formalizzazione di una metodologia per la definizione di sistemi di controllo esterni	
Azione 6.3	Miglioramento delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Produzione linee guida regionali per l'adeguamento delle modalità prescrittive a quanto previsto dalla normativa regionale (art. 97, l.r. n. 11/2010)	Entro il 15/11/2010 produzione linee guida regionali per l'adeguamento delle modalità prescrittive a quanto previsto dalla normativa regionale. Report di monitoraggio, a cadenza annuale, quali-quantitativo delle prescrizioni attraverso il portale TS.	SERVIZIO PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE/ AREA INTERDIPARTIMENTALE SISTEMI INFORMATIVI
Azione 6.4	Adeguamento del sistema regionale per il governo dei tempi attesa rispetto alle indicazioni contenute nel "Piano Nazionale di governo della liste di attesa per il triennio 2009-2011"	Adeguamento dell'attuale sistema rispetto alle indicazioni contenute nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa	Entro il 31/12/2012 adozione del decreto assessoriale "Piano Regionale di governo della liste di attesa" a seguito dell'adozione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa.	SERVIZIO QUALITA' GOVERNO CLINICO E SICUREZZA PAZIENTI
Azione 6.5	Programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private nel nuovo sistema integrato di politiche per la qualità il governo clinico e la sicurezza dei pazienti.	Elaborazione e pubblicazione di un rapporto sul livello di raggiungimento dei requisiti di accreditamento da parte di tutte le strutture pubbliche e private	Entro il 30/06/2011, elaborazione e pubblicazione di un rapporto sul livello di raggiungimento dei requisiti di accreditamento da parte di tutte le strutture pubbliche e private, analisi delle relative criticità e proposte per migliorare la compliance delle strutture, compresi i requisiti strutturali	AREA INTERDIPARTIMENTALE ACCREDITAMENTO
		Revisione del D.A. 890/2002	Entro il 31/12/2011, revisione del D.A. 890/2002 con particolare riferimento all'integrazione dei requisiti organizzativi con i nuovi orientamenti in tema di qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti provenienti dalle evidenze internazionali, nazionali e regionali	
		Coinvolgimento dei professionisti nel processo di accreditamento, in relazione ai diversi setting assistenziali e progettazione e realizzazione dei relativi processi di consultazione	Entro il 30/06/2012, definizione dei processi di consultazione finalizzati al coinvolgimento dei professionisti nel processo di accreditamento, in relazione ai diversi setting assistenziali.	
		Realizzazione del network regionale delle UUOO Accredimento che operi a supporto in stretta interconnessione con l'Assessorato.	Entro il 31/12/2010 costituzione della rete regionale delle UUOO di accreditamento	
		Coinvolgimento e valorizzazione e formazione del personale delle UUOO di accreditamento delle ASP	Entro il 31/12/2012 produzione del piano di formazione	

Azione 6.1 Attivazione Sistema regionale per la gestione del rischio clinico

L'azione si pone l'obiettivo di attivare un sistema regionale per la **gestione del rischio clinico** che migliori la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza delle cure e risponda anche a quanto previsto:

- dall'intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008, che istituisce l'osservatorio nazionale sugli eventi sentinella e l'osservatorio nazionale sui sinistri e polizze assicurative;

- dal successivo D.M. 11 dicembre 2009 (pubblicato su G.U del 12 gennaio 2010) che istituisce il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) e che prevede "entro sessanta (60) giorni dalla pubblicazione del presente decreto, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano mettono a disposizione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, le informazioni relative agli eventi sentinella verificatesi dal 1° Gennaio 2009 ed alle denunce dei sinistri presentate a partire dal 1 luglio 2009". Tale attività è ricompresa fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni il 23 marzo 2005 e successive integrazioni e modifiche.

Tale azione si integra anche all'affidamento del servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo per conto delle aziende sanitarie della regione siciliana tramite bando regionale e relativo disciplinare di gara di cui all'azione 10.2 del presente Programma operativo.

Le attività comprese all'interno dell'azione 6.1. mirano a rafforzare l'organizzazione tramite la funzione aziendale per la gestione del rischio clinico, includendo anche la gestione dei contenziosi ed i rapporti con le assicurazioni, attivare un percorso formativo avanzato in tema di *risk management* e migliorare il sistema aziendale di monitoraggio degli eventi avversi e dei sinistri.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Individuazione di un comitato aziendale per la gestione dei contenziosi e il rapporto con le assicurazioni
- Formazione avanzata in tema di gestione del rischio clinico
- Attivazione flusso SIMES eventi sentinella e sinistri

INDICATORI DI RISULTATO

Relativamente ai risultati programmati, di cui sopra, si riportano rispettivamente i seguenti indicatori di risultato

- Entro il 31.12.2011, decreto per l'istituzione un comitato aziendale per la gestione dei contenziosi e il rapporto con le assicurazioni
- Entro il 31.12.2011, avvio corso per la Formazione avanzata in tema di gestione del rischio clinico
- Entro il 31.12.2011, alimentazione flusso SIMES eventi sentinella, come previsto dall'intesa stato regioni 20 marzo 2008 e dal D.M. 11 dicembre 2009
- Entro il 31.12.2011, alimentazione flusso SIMES sinistri, come previsto dall'intesa stato regioni 20 marzo 2008 e dal D.M. 11 dicembre 2009

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza delle cure attraverso il rafforzamento degli strumenti di gestione del governo clinico e di monitoraggio degli eventi avversi e dei sinistri.

Azione 6.2: Programma regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO

La Regione si è impegnata ad avviare una attività sistematica di controlli finalizzata all'appropriatezza dei ricoveri ed alla qualità della codifica nella SDO, con lo scopo di:

- consolidare l'uso del Protocollo per la Valutazione dell'Appropriatezza (PVA) come strumento ordinario di valutazione delle prestazioni ospedaliere a supporto della programmazione regionale e delle scelte di organizzazione dei processi assistenziali per le Aziende sanitarie;
- migliorare la qualità della codifica delle diagnosi e delle procedure nella SDO;
- rispondere al dettato legislativo disposto dall'art. 88 comma 2 della L. 23/12/2000 n° 388 che prevede che le regioni assicurino un controllo analitico annuo del 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera, in conformità a specifici protocolli di valutazione;
- valorizzare e sviluppare le competenze dei valutatori RS-PVA e dei codificatori SDO presenti sul territorio regionale, presupposto fondamentale per attivazione dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC).

RISULTATI PROGRAMMATI

- Definizione metodologie di valutazione
- Individuazione dei coordinatori aziendali Attivazione dei NOC che avranno il compito di effettuare la valutazione delle cartelle cliniche e di valutare la qualità della codifica delle SDO
- Definizione delle modalità raccolta dati
- Definizione sistemi di controllo esterni
- Attività formativa per i NOC

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2011, produzione /elaborazione di un metodo di valutazione per i diversi obiettivi previsti da programma regionale.
- Entro il 31/12/2012, provvedimenti aziendali di individuazione dei coordinatori aziendali ed attivazione dei NOC
- Entro il 31/12/2012, progettazione ed erogazione dell'attività formativa per i NOC
- Entro il 31/12/2011, formalizzazione di un protocollo operativo basato sulla sistematicità dei controlli che definisce le modalità raccolta dati
- Entro il 31/12/2012 formalizzazione di una metodologia per la definizione di sistemi di controllo esterni

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sull'appropriatezza dei ricoveri e sulla qualità della codifica nelle SDO.

Azione 6.3: Miglioramento delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

La legge regionale 12 maggio 2010, n.11 prevede, all'art.97, l'introduzione dell'obbligo di riportare nelle prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, la formulazione del quesito diagnostico, il relativo livello di priorità clinica e l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista, la cui presenza è condizionante ai fini della rimborsabilità. Con l'introduzione di tale obbligo all'atto della prescrizione, la Regione intende fornire strumenti per **migliorare le attività di controllo e monitoraggio delle prescrizioni in termini quali-quantitativi e di appropriatezza** nonché per valutazioni inerenti il fenomeno della "prescrizione indotta" e il rispetto dei tempi di attesa per prestazioni "critiche". A tal fine la normativa prevede la produzione di apposite linee guida per le ASP da diffondere ai medici prescrittori cui dovrà accompagnarsi una sistematica attività di monitoraggio attraverso il portale dedicato del sistema TS.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Produzione linee guida regionali per l'adeguamento delle modalità prescrittive a quanto previsto dalla normativa regionale (art. 97, l.r. n. 11/2010)

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 15/11/2010 produzione linee guida regionali per l'adeguamento delle modalità prescrittive a quanto previsto dalla normativa regionale
- Report di monitoraggio, a cadenza annuale, quali-quantitativo delle prescrizioni attraverso il portale TS

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sull'appropriatezza delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e sul controllo quali-quantitativo delle attività.

Azione 6.4: Adeguamento del sistema regionale per il governo dei tempi attesa

A tutt'oggi il sistema di contenimento dei tempi di attesa della Regione Siciliana, regolato sulla base delle disposizioni del D.A. 2 luglio 2008 n.1544, di approvazione del Piano regionale di contenimento dei tempi delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, non ha trovato completa attuazione e presenta diverse criticità, che richiedono con carattere di urgenza la formulazione di soluzioni migliorative volte a **perfezionare il sistema di monitoraggio ex ante, ex post** e della sospensione delle attività di prenotazione, nonché individuare gli opportuni strumenti di governo clinico ai diversi livelli del sistema. Pertanto l'azione 6.4. si pone l'obiettivo di migliorare il sistema di governo regionale dei tempi di attesa adeguandolo alle indicazioni del nuovo piano nazionale.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Adeguamento dell'attuale sistema rispetto alle indicazioni contenute nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa, comprensivo della valutazione di impatto e del monitoraggio dell'implementazione delle azioni in esso contenute.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2012 adozione del decreto assessoriale "Piano Regionale di governo della liste di attesa" a seguito dell'adozione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa.

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sull'appropriatezza delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e sul controllo quali-quantitativo delle attività.

Azione 6.5: Programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private

Il processo di accreditamento istituzionale, avviato dal D.A. 890/2002, ha incontrato molteplici difficoltà e fattori ostacolanti al raggiungimento degli obiettivi prefissati: l'eccessiva burocratizzazione del processo, lo scarso coinvolgimento del mondo dei professionisti, l'eccessivo utilizzo del processo di accreditamento quale strumento per rimanere nel mercato sanitario piuttosto che strumento finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria, l'eccessiva focalizzazione sugli elementi strutturali piuttosto che sull'assistenza al paziente. La presente azione si pone, quindi, l'obiettivo di avviare un nuovo percorso che affronti le diverse criticità emerse dall'esperienza vissuta nell'ultimo decennio e si integri al nuovo sistema integrato di politiche regionali per la qualità, il governo clinico e la sicurezza dei pazienti (*risk management*, implementazione delle *best practices* e raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti, progetto regionale per il raggiungimento degli standard *Joint Commission*) aumentando il coinvolgimento del mondo dei professionisti e valorizzando il personale operante nelle UUOO per l'accreditamento delle Aziende Sanitarie.

Pertanto il programma regionale prevede lo sviluppo delle seguenti attività:

- Revisione delle criticità riscontrate nell'implementazione dei requisiti autorizzativi
- Integrazione del processo di accreditamento con i diversi strumenti per il miglioramento continuo della qualità e la sicurezza dei pazienti
- Coinvolgimento del mondo dei professionisti
- Valorizzazione e formazione del personale del personale operante nelle UU.OO per l'accREDITamento delle Aziende Sanitarie

La Regione intende pertanto, attraverso gli interventi di seguito indicati, ed in particolare attraverso la manutenzione e la revisione dei requisiti di accreditamento disciplinati con DA 890/2002, puntare al recupero qualitativo delle strutture in termini di maggiore selettività e qualificazione

RISULTATI PROGRAMMATI

- Elaborazione e pubblicazione di un rapporto sul livello di raggiungimento dei requisiti di accreditamento da parte di tutte le strutture pubbliche e private, analisi delle relative criticità e le proposte per migliorare la *compliance* delle strutture, compreso i requisiti strutturali (ad es. piani di investimento).
- Revisione del D.A. 890/2002 con particolare riferimento all'integrazione dei requisiti organizzativi con i nuovi orientamenti in tema di qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti provenienti dalle evidenze internazionali, nazionali e regionali (standard per la sicurezza in sala operatoria, raccomandazioni e *best practices* per la sicurezza dei pazienti etc).
- Coinvolgimento dei professionisti nel processo di accreditamento, in relazione ai diversi setting assistenziali e progettazione e realizzazione dei relativi processi di consultazione
- Realizzazione del network regionale delle UUOO di accreditamento delle Aziende Sanitarie che operi a supporto in stretta interconnessione con l'Assessorato.
- Coinvolgimento e valorizzazione e formazione del personale delle UUOO di accreditamento.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010 costituzione della rete regionale delle UUOO di accreditamento.
- Entro il 30/06/2011, elaborazione e pubblicazione di un rapporto sul livello di raggiungimento dei requisiti di accreditamento da parte di tutte le strutture pubbliche e private, analisi delle relative criticità e proposte per migliorare la *compliance* delle strutture, compresi i requisiti strutturali (ad es. piani di investimento)
- Entro il 31/12/2011, revisione del D.A. 890/2002 con particolare riferimento all'integrazione dei requisiti organizzativi con i nuovi orientamenti in tema di qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti provenienti dalle evidenze internazionali, nazionali e regionali (ad es. i 16 standard per la sicurezza in sala operatoria, le diverse raccomandazioni e *best practices* per la sicurezza dei pazienti, ..)
- Entro il 30/06/2012, definizione dei processi di consultazione finalizzati al coinvolgimento dei professionisti nel processo di accreditamento, in relazione ai diversi setting assistenziali.
- Entro il 31/12/2012, progettazione ed erogazione dell'attività formativa al personale delle UUOO di accreditamento delle Aziende Sanitarie .

IMPATTO ECONOMICO

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide essenzialmente sul miglioramento della qualità dell'organizzazione sanitaria del sistema di offerta in stretta connessione con le linee di programmazione regionale per il governo clinico e la sicurezza dei pazienti.

Intervento 7: Art. 79

Intervento 7		Art. 79		
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO	AREA/SERVIZI
Azione 7.1	Procedure per l'affidamento dei servizi di consulenza direzionale ed operativa di cui al D.A.799 del 12.03.2010	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento delle procedure di gara; • Affidamento dell'incarico; • Avvio e sviluppo del programma. • Potenziamento degli applicativi aziendali, idonei alla corretta e uniforme introduzione dei dati gestionali, mediante utilizzo di risorse finanziarie previste nel quadro di spesa dell'Intervento art. 79 • Messa a punto del modello regionale di controllo di gestione, in sinergia con gli esperti della Società Sicilia e-Servizi (Società strumentale della Regione Siciliana), coinvolta operativamente nella progettualità di insieme per la costruzione del SID (Sistema integrato Direzionale). La progettualità espressa dalla Società Sicilia e-Servizi è appositamente finanziata mediante risorse finanziarie reperite all'interno delle più ampie disponibilità regionali che fanno capo all'APQ Società Informazione 2005. • Introduzione sistematica del piano di accompagnamento e supporto alle aziende del SSR. 	<p>Entro il 31/12/2010 completamento delle procedure di aggiudicazione definitiva subordinatamente all'ammissione al finanziamento da parte del Ministero della Salute;</p> <p>Entro il 28/02/2011, stipula del contratto con la società aggiudicataria;</p> <p>Entro il 31/08/2011, definizione della procedura di analisi dei fabbisogni a livello aziendale di adeguamento dei sistemi informativi da parte della società aggiudicataria entro 6 mesi dalla dall'affidamento dell'incarico.</p> <p>Entro il 31/12/2012, assegnazione delle risorse necessarie alle aziende per il potenziamento degli applicativi gestionali</p> <p>Entro il 31/12/2012 Presentazione del modello regionale di controllo di gestione</p>	SERVIZIO GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI

Azione 7.1: Procedure per l'affidamento dei servizi di consulenza direzionale ed operativa di cui al D.A.799 del 12.03.2010

La Regione Siciliana si è avvalsa della possibilità offerta dal Legislatore attraverso l'art. 79 della Legge 133/2008, di utilizzare risorse ex art. 20 da investire nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale *"..per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVEAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS)"*.

La Regione Siciliana ha fatto ricorso alle risorse rese disponibili attraverso l'art. 79 (è escluso il finanziamento di hardware) per la progettazione e realizzazione del modello di monitoraggio del sistema sanitario al fine di garantire la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati provenienti dalle aziende e necessari:

- al **governo della spesa;**
- al **monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);**
- alla verifica sull'avanzamento delle azioni previste al fine del rientro dal disavanzo regionale e dell'**attuazione della riforma del SSR.**

In data 11 dicembre 2009 è stato sottoscritto l'Articolato contrattuale relativo all'Accordo di Programma tra i rappresentanti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali, quelli del Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Siciliana per la realizzazione del progetto che, seppur distinto in tre fasi, deve assicurare la necessaria sincronia ed integrazione delle attività da parte dei Soggetti coinvolti dal Programma di investimento e negli sviluppi delle componenti che vengono di seguito indicate:

1) una componente avente carattere "immateriale" orientata:

- alla progettazione e condivisione su base regionale e locale nonché all'avviamento operativo e al progressivo sviluppo di un **modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale;**

- allo sviluppo di un **piano di accompagnamento e di supporto alle aziende del SSR nell'attività di produzione dei dati necessari** all'alimentazione del modello di monitoraggio;
- alla **diffusione di competenze e di metodologie di analisi dei dati** sia a livello aziendale sia a livello regionale.

2) una componente dedicata agli interventi di **adeguamento dei sistemi informativi aziendali** che, in funzione dello specifico fabbisogno, renda più tangibile e duraturo il miglioramento dei processi di produzione e raccolta dei dati gestionali;

3) una componente comprendente la **realizzazione e l'implementazione del sistema di data-warehouse, business intelligence e reporting (SID)**, che verrà attuata a valere sulle risorse disponibili all'interno della cornice programmatica dell'APQ Società dell'Informazione 2005.

La Regione ha già predisposto tutti i documenti e espletato tutte le attività inerenti le procedure di gara per l'affidamento dell'incarico di cui al D.A. 799 del 12/03/2010 secondo il seguente crono- programma:

CRONOPROGRAMMA GARA ART.79	
ATTIVITA	SCADENZA
Inserimento estratto gara alla GUCE serie S n.65 del 2.04.2010 e inoltro dati di gara alla'Autorità di Vigilanza contratti pubblici per ottenere il CIG (n°0461818045)	31/03/2010
Invio bando di gara alla GURI serie speciale n.41 del 12.04.2010 e alla GURS n.15 del 16.04.2010 per la pubblicazione	07/04/2010
Inserimento sul sito internet dell'Assessorato dei documenti di gara	07/04/2010
Pubblicazione su quotidiani a diffusione nazionale e regionale, sul sito osservatorio-registrazione come stazione appaltante, sul sito www.serviziocontrattipubblici.it	da mese di Aprile 2010
Inserimento dati per l'ottenimento da parte del CIPE del codice CUP G74G10000010001 (Legge 144/1999; 289/2002; 3/2003)	24/05/2010
Termine ricevimento offerte o domande partecipazione	06/07/2010 h.12
Giorno apertura offerte da parte del Seggio di gara	07/07/2010 h.10
Nomina commissione tecnica (DDG n.02200 del 09/09/2010)	09/09/2010
Conclusione procedura di valutazione delle offerte tecniche da parte della Commissione Tecnica	30/09/2010

L'anno 2012 si caratterizza come l'anno centrale per lo sviluppo dell'attività da parte della società che risulterà aggiudicataria del servizio di consulenza direzionale, operativa e strategica finalizzata alla implementazione di un modello regionale di controllo di gestione. Tale attività, preceduta nel corso del 2011 da una intensa opera di ricognizione dell'esistente riguardo i modelli organizzativi e la capacità di trasferire informazioni gestionali da parte delle aziende, sarà orientata alla uniformizzazione delle procedure idonee al corretto e tempestivo trasferimento dei dati gestionali (dati contabili, dati di attività e dati di struttura), all'accrescimento della cultura aziendalistica negli operatori interni alle Aziende, al contestuale accrescimento delle metodologie di controllo e analisi da parte degli operatori regionali. Per ottenere informazioni confrontabili, infatti, è necessario assicurare che laddove si "creino" tali informazioni, cioè a livello aziendale, esse siano già strutturate e complete di tutti i dati necessari ai successivi livelli di governo.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Completamento delle procedure di gara;

- Affidamento dell'incarico;
- Avvio e sviluppo del programma.
- Potenziamento degli applicativi aziendali, idonei alla corretta e uniforme introduzione dei dati gestionali, mediante utilizzo di risorse finanziarie previste nel quadro di spesa dell'Intervento art. 79
- Messa a punto del modello regionale di controllo di gestione, in sinergia con gli esperti della Società Sicilia e-Servizi (Società strumentale della Regione Siciliana), coinvolta operativamente nella progettualità di insieme per la costruzione del SID (Sistema integrato Direzionale). La progettualità espressa dalla Società Sicilia e-Servizi è appositamente finanziata mediante risorse finanziarie reperite all'interno delle più ampie disponibilità regionali che fanno capo all'APQ Società Informazione 2005.
- Introduzione sistematica del piano di accompagnamento e supporto alle aziende del SSR, con contestuale trasferimento delle conoscenze e delle esperienze maturate nell'ambito dell'utilizzo degli strumenti di programmazione e controllo nei confronti degli operatori aziendali e regionali da parte delle Società, coinvolte (società aggiudicataria e società strumentale della Regione).

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010 completamento delle procedure di aggiudicazione definitiva subordinatamente all'ammissione al finanziamento da parte del Ministero della Salute;
- Entro il 28/02/2011, stipula del contratto con la società aggiudicataria;
- Entro il 31/08/2011, definizione della procedura di analisi dei fabbisogni a livello aziendale di adeguamento dei sistemi informativi da parte della società aggiudicataria entro 6 mesi dall'affidamento dell'incarico.
- Entro il 31/12/2012, assegnazione delle risorse necessarie alle aziende per il potenziamento degli applicativi gestionali
- Entro il 31/12/2012, presentazione del modello regionale di controllo di gestione

IMPATTO ECONOMICO

La misura non influenza il tendenziale economico, in quanto non impegna risorse di parte corrente, dal momento che l'intervento ha le caratteristiche proprie di un investimento in *asset* immateriali (capitale umano, applicativi e tecnologia correlata), le cui fonti non sono a carico del Fondo Sanitario.

Asse 2: INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO

Intervento 8: Farmaceutica Convenzionata

Intervento 8 Farmaceutica Convenzionata			
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO
Azione 8.1	Manovra ticket	Mantenimento dello stesso livello di compartecipazione	Entro il 31/12/2010, adozione del decreto di proroga al 31/12/2012, dell'attuale sistema di compartecipazione.
Azione 8.2	Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Contenimento dei costi dell'assistenza farmaceutica territoriale.	Entro il 15/12/2010: istituzione di un Osservatorio per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei consumi farmaceutici Entro il 15/12/2010: adozione del Decreto necessario all'introduzione dei parametri di riferimento per le prescrizioni di cui alle tabelle AIFA precedentemente richiamate.
		Contenimento della spesa attraverso l'incremento della prescrizione dei farmaci equivalenti che permette un risparmio legato a: - la prescrizione, all'interno di classi terapeutiche omogenee, di principi attivi scaduti in luogo di quelli ancora coperti di brevetto a parità d'indicazioni terapeutiche; - la prescrizione, a parità di Principio Attivo, delle forme farmaceutiche di cui esistano farmaci equivalenti.	Entro il 31/12/2011: adozione del Decreto di approvazione delle linee guida per l'impiego di farmaci a maggior impatto sui consumi e sulla spesa. Report annuale di monitoraggio delle prescrizioni rispetto alle soglie definite per i farmaci equivalenti, attraverso il portale TS e i relativi indicatori.
		Linee guida per l'impiego di farmaci a maggior impatto sui consumi e sulla spesa (antipertensivi, statine, antibiotico profilassi pre-operatoria). Formazione/Informazione sul corretto uso dei farmaci. Verifica dei risultati conseguiti da ciascun prescrittore da parte delle aziende sanitarie provinciali in relazione ai consumi dei propri assistiti, misurati sulla base del flusso regionale.	
Azione 8.3	Altre misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	Chiusura di tutte le schede di fine trattamento del Registro Monitoraggio Farmaci Oncologici, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di Risk Sharing; Monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci biologici destinati al trattamento dell'AR e dell'osteoporosi.	Entro il 31/12/2010 adozione di una direttiva per il completamento dell'iter di registrazione di tutte le fasi del trattamento per paziente con i farmaci oncologici sottoposti al Registro AIFA di Monitoraggio, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di condivisione del Rischio (Risk Sharing) e conseguente verifica semestrale. Entro il 31/03/2011 adozione della direttiva di approvazione di apposite schede regionali di monitoraggio per i farmaci biologici destinati al trattamento dell'AR e dell'osteoporosi Entro il 31/12/2012 elaborazione di un report sulle risultanze dell'analisi delle schede di monitoraggio

LEGGE 122/2010 – EFFETTI E IMPLICAZIONI SUGLI INTERVENTI DI EFFICIENTAMENTO

In relazione agli effetti dell'applicazione delle disposizioni del D.L. 78/2010, convertito in Legge 30 luglio 2010 n. 122, in ambito farmaceutico l'approccio regionale (sinteticamente rappresentato nella tabella sottostante) è stato prudentiale e ha considerato solo una parte di risparmi che deriveranno dall'attuazione delle misure previste.

Effetti Legge 122/2010 - Approfondimento Farmaceutica						
Riferimento	Intervento	Voce CE impattata	Scelta Regionale	Impatto economico		
				2010	2011	2012
art. 11 com. 6	1) Ridefinizione margini filiera e trattenuta sconto 1,82% a carico delle farmacie	C2 farmaceutica convenzionata	considerato nel tendenziale	- 9.368	- 19.537	- 19.830
	2) Corresponsione alle Regioni da parte delle aziende Farmaceutiche, sulla base delle tabelle AIFA, del 1,83% sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali erogati in regime SSN	A2 Entrate Proprie (pay back)	non considerato			
art. 11 com. 7, let. A	Individuazione dei farmaci ospedaliera da erogare attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale	C2 farmaceutica convenzionata B2 Prodotti farmaceutici, emoderivati	non considerato			
art. 11 com. 7, let. B	Definizione, sulla base di tabelle AIFA di raffronto della spesa farmaceutica territoriale delle singole Regioni, di soglie di appropriatezza prescrittiva	C2 farmaceutica convenzionata	considerato nelle manovre (impatto sul programmatico)	-	- 39.878	- 52.181
art. 11 com. 9	Ridefinizione prezzi massimi equivalenti sulla base dei prezzi medi europei	C2 farmaceutica convenzionata	non considerato			

In particolare, nella stesura del presente Programma, in relazione:

- alla ridefinizione dei margini della filiera (rif. Art 11, com. 6) si è considerato, inserendo nella definizione del tendenziale, il solo effetto della trattenuta a carico delle farmacie dello sconto del 1,82% sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto. Non si è invece considerato l'impatto della previsione secondo la quale, le aziende farmaceutiche, sulla base delle tabelle AIFA definite per Regione e per singola azienda, sono tenute a corrispondere alle medesime Regioni l'importo pari all'1,83% sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA dei medicinali erogati in regime SSN;
- alla soglie di appropriatezza prescrittiva (rif. Art 11, com. 7, lett. b), la Regione ha ipotizzato una serie di interventi sui prescrittori e ha inserito i risparmi attesi tra le manovre del presente Programma, con impatto sui valori di CE programmatico;
- all'individuazione dei farmaci suscettibili di uso ambulatoriale o domiciliare attualmente a carico dell'assistenza farmaceutica ospedaliera, da erogarsi attraverso l'assistenza farmaceutica territoriale (rif. Art 11, com. 7, lett. a), non si sono considerate le potenziali economie, non essendo ancora stato pubblicato l'elenco dei farmaci suscettibili di trasferimento da parte dell'AIFA ed essendo incerto l'effetto che potrà derivare dall'inclusione di tali farmaci nel tetto della spesa territoriale;
- alla ridefinizione dei prezzi dei medicinali equivalenti (rif. Art 11, com. 9), non si sono considerate le potenziali economie, non essendo l'AIFA ancora intervenuta in materia.

Azione 8.1 – Riconferma delle quote di compartecipazione (ticket) alla spesa farmaceutica

Con Decreto 443/07 sono state introdotte nuove quote di compartecipazione alla spesa farmaceutica. Tali quote, in ottemperanza a quanto disposto dal Piano di Rientro 2007-2009 sono state riconfermate per tutta la durata dello stesso.

Con D.A. 03145 del 22/12/2009 sono state riconfermate le suddette quote fino al 30 giugno 2010, sebbene siano stati previsti ulteriori esenti a seguito degli eventi calamitosi che hanno colpito alcune popolazioni

della provincia di Messina ad ottobre 2009 (D.A. 27 novembre 2009) e a febbraio 2010 (D. A. 28 maggio 2010).

Con successivo D.A. n. 1709 del 30 giugno 2010 si è prorogato l'attuale sistema di compartecipazione al 31 dicembre di quest'anno.

Diventa quindi indispensabile prorogare il sistema di compartecipazione fino a tutto il periodo di validità del presente programma con l'adozione dei provvedimenti specifici che ne confermino gli effetti sino al 31/12/2012.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Mantenimento del tendenziale dei costi registrati nell'anno 2009 per l'assistenza farmaceutica convenzionata attraverso la riconferma delle misure di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Per conseguire tale risultato è necessario mantenere l'attuale sistema di compartecipazione per tutta la durata del presente Programma operativo.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31 dicembre 2010, adozione del decreto di proroga al 31.12.2012, dell'attuale sistema di compartecipazione.

IMPATTO ECONOMICO

La misura, confermando le quote (già in essere nel 2009) di compartecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica, non produce ulteriori economie rispetto al 2009 ma può contribuire in maniera significativa sia a mantenere inalterato il livello dei costi in termini di non incremento tendenziale nel biennio di riferimento sia a fungere da elemento "calmieratore" dei consumi di prodotti farmaceutici.

Azione 8.2: Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

In ottemperanza al D.L. n. 78/2010, art. 11, comma 7b convertito in Legge 30 luglio 2010 n. 122, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha predisposto un documento "Indicatori, programmazione e controllo DL 78/2010 – Art. 11 comma 7b" contenente "le tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di **principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente**" al fine di "mettere a disposizione delle regioni strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro su base annua".

La Regione, richiamandosi alle disposizioni normative regionali in materia di appropriatezza prescrittiva e relativi aspetti sanzionatori, emanate, rispettivamente, con L.R. 12 maggio 2007, n. 12 (art. 9) e D.A. 19 settembre 2005, ribadite nel recente Accordo con i Medici di Medicina Generale (art. 10), intende adottare, nel triennio 2010-2012, ulteriori misure finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e al contenimento dei consumi e della spesa farmaceutica, con il progressivo allineamento, per le categorie indicate nel citato documento AIFA, ai valori percentuali di consumi per principi attivi non coperti da brevetto afferenti alle medesime, come da seguenti tabelle.

Intende altresì adottare ulteriori misure, di cui ai paragrafi successivi, finalizzate al progressivo contenimento dei consumi verso i valori medi nazionali per le categorie di interesse.

A tal fine la Regione interverrà introducendo dei parametri di riferimento per i medici prescrittori in termini di:

- incidenza minima dei farmaci equivalenti¹ sulla singola categoria terapeutica (es. statine);
- incidenza minima dei principi attivi a minor costo rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente (es. antiipertensivi).

L'intervento avrà come obiettivo di indurre comportamenti prescrittivi in linea con i parametri forniti dall'AIFA per le seguenti classi/categorie "alto spendenti" (a maggior impatto sulla spesa complessiva):

- C09 - Farmaci Attivi sul Sistema Renina Angiotensina:
 - prevista introduzione di una soglia minima di ACE-inibitori non associati (C09A) sul totale degli ACE-inibitori non associati (C09A) e dei sartani non associati (C09C)
 - prevista introduzione di una soglia minima di ACE-inibitori associati a diuretico (C09B) sul totale degli ACE-inibitori associati a diuretico (C09B) e dei sartani associati a diuretico (C09D)
 - prevista introduzione di una soglia minima di molecole a brevetto scaduto (vedi Losartan) sul totale della classe dei Sartani (C09CA)
- A02BC - Inibitori di Pompa Protonica, C10AA - Inibitori delle CoA-Reduttasi (Statine), N06AB - Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina (SSRI):
 - prevista introduzione di una soglia minima di molecole a brevetto scaduto.

La scelta di tale intervento, in linea con la L. 122/2010, è coerente con le citate disposizioni già emanate dal legislatore regionale con la l.r. 12 maggio 2007, n. 12 relativa all'incentivazione delle prescrizioni di equivalenti delle cosiddette classi "alto spendenti"³. Il nuovo intervento, pertanto, si presenta in continuità con quanto già attuato a livello regionale cui si farà riferimento per gli altri aspetti, anche sanzionatori (Accordo integrativo regionale MMG, LR 12/2007 e relativi decreti attuativi)

Si prevede, infine, di introdurre un sistema di monitoraggio delle prescrizioni e di reportistica destinata ai prescrittori, sulla base degli indicatori previsti dal Sistema tessera sanitaria .

RISULTATI PROGRAMMATI

- Contenimento dei costi dell'assistenza farmaceutica territoriale.
- Contenimento della spesa attraverso l'incremento della prescrizione dei farmaci equivalenti che permette un risparmio legato a:
 - la prescrizione, all'interno di classi terapeutiche omogenee, di principi attivi scaduti in luogo di quelli ancora coperti di brevetto a parità d'indicazioni terapeutiche;
 - la prescrizione, a parità di Principio Attivo, delle forme farmaceutiche di cui esistano farmaci equivalenti.
- Linee guida per l'impiego di farmaci a maggior impatto sui consumi e sulla spesa (antipertensivi, statine, antibiotico profilassi pre-operatoria).
- Formazione/Informazione sul corretto uso dei farmaci – Attivazione di servizi informativi innovativi mirati all'acquisizione di competenze per la comunicazione e informazione, per attività di counselling orientate agli operatori medici e al cittadino, per il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, il trasferimento dell'informazione farmaceutica indipendente, azioni tutte funzionali a realizzare l'obiettivo del miglioramento dell'appropriatezza.
- Verifica dei risultati conseguiti da ciascun prescrittore da parte delle aziende sanitarie provinciali in relazione ai consumi dei propri assistiti, misurati sulla base del flusso regionale.

INDICATORI DI RISULTATO

¹ Medicinali non coperti da brevetto, di cui è stato prodotto un generico, avente uguale composizione in Principio Attivo, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie.

³ Nel 2009 sono stati raggiunti gli obiettivi d'incidenza minima degli equivalenti sulle classi alto spendenti individuate dalla L.R. 12/2007.

- Entro il 15/12/2010: istituzione di un Osservatorio per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei consumi farmaceutici.
- Entro il 15/12/2010: adozione del Decreto necessario all'introduzione dei parametri di riferimento per le prescrizioni di cui alle tabelle AIFA precedentemente richiamate.
- Entro il 31/12/2011: adozione del Decreto di approvazione delle linee guida per l'impiego di farmaci a maggior impatto sui consumi e sulla spesa.
- Report annuale di monitoraggio delle prescrizioni rispetto alle soglie definite per i farmaci equivalenti attraverso il Portale TS ed i relativi indicatori.

IMPATTO ECONOMICO

In relazione a ciascuna delle classi/categorie terapeutiche "alto spendenti" indicate, il risparmio atteso è definito assumendo invariati per il triennio 2010-2012 i consumi riportati nelle tabelle di programmazione e controllo fornite dall'AIFA⁴.

Per ciascuna classe si è valorizzato il risparmio derivante dall'incremento:

- a) dell'incidenza minima dei farmaci equivalenti;
- b) dell'incidenza minima dei principi attivi a minor costo all'interno della classe.

Per la definizione del costo per DDD⁵ di tali farmaci e principi attivi rispetto a quelli attualmente in uso, si è fatto riferimento al costo minimo per DDD risultante dalle tabelle di raffronto della spesa farmaceutica regionale del documento AIFA.

Per la definizione della penetrazione obiettivo di tali farmaci e principi attivi, a partire dai riferimenti forniti nelle tabelle del documento AIFA (consumi teorici target), si sono fissate delle soglie programmatiche che tenessero conto del livello di penetrazione già raggiunto nel contesto regionale.

Nella valorizzazione del risparmio complessivo atteso nel triennio (rappresentato in tabella) si ritiene di aver adottato un **approccio prudentiale**, in relazione al fatto che:

- per ogni classe ATC di intervento si è assunto di poter raggiungere il potenziale risparmio stimabile sulla base dei parametri AIFA solo **parzialmente** (risultati raggiunti nella misura dell'**80% del totale stimabile**);
- per ogni classe ATC di intervento si è assunto di poter raggiungere il potenziale risparmio stimabile sulla base dei parametri AIFA **progressivamente** nel **periodo considerato** (risultati raggiunti **solo nel 2012**);
- come effetto dell'intervento sull'appropriatezza prescrittiva, nella stima del potenziale risparmio si è **considerato esclusivamente un riallineamento sui prezzi medi e sul mix prescrittivo** (farmaci equivalenti vs sotto brevetto) della Regione rispetto ai valori di benchmark individuati dall'AIFA. **Non** si è considerato l'impatto di tale intervento in termini di riallineamento ai dati di benchmark **sulle quantità** di farmaci prescritti. Proprio sui consumi, si ritiene di avere significativi margini di risparmio riportando i consumi per 1.000 abitanti ai valori di riferimento AIFA, stante gli scostamenti che caratterizzano la Regione tanto dai valori di benchmark, quanto dalla semplice media Nazionale (si veda tabella)

⁴ Si sono utilizzati come base di calcolo i dati delle tabelle predisposte da AIFA per il periodo gennaio-maggio 2010, proiettando in modo lineare tali valori sull'intero anno.

⁵ *Daily Defined Dose*

Consumi 2009 - Regione vs Benchmark vs Italia - DDD per 1000 ab.					
Classi terapeutiche	Regione	Bench	Italia	Δ Bench	Δ Italia
C09CA	59,7	33,0	48,2	81%	24%
C10AA	54,5	34,2	46,8	59%	16%
A02BC	83,1	26,0	52,3	220%	59%
N06AB	23,0	21,0	26,7	10%	-14%
C09A + C09C	157,0	89,0	136,6	76%	15%
C09B + C09D	67,8	52,2	65,8	30%	3%

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

Il risparmio complessivo atteso nel triennio è rappresentato in tabella.

Sintesi risparmi potenziali (su base 2009)				
Classi terapeutiche	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E	Risparmio cumulato
C09CA - Sartani	-	-2.676	-195	-2.871
C10AA - Statine	-	-2.894	-1.036	-3.930
A02BC - Inibitori di pompa	-	-16.694	0	-16.694
N06AB - Inibitori serotonina	-	-2.177	-1.520	-3.697
C09A + C09C - Ace Inibitori e sartani non associati	-	-7.602	-7.198	-14.801
C09B + C09D - Ace Inibitori e sartani associati	-	-7.834	-2.354	-10.188
Totale (ipotesi raggiungimento obiettivi 80%)	0	-39.878	-12.303	-52.181

Nel seguito si presenta il dettaglio dei dati di partenza, le assunzioni ed elaborazioni che portano per ciascuna categoria terapeutica ai risparmi sopra indicati.

Classe C09CA - SARTANI

Base Dati	2009	2010 (5 mesi)	2010 E**
consumi DDD Totali	101.656.646	46.047.054	110.512.930
DDD Losartan	11.487.201	5.157.270	12.377.448
Altre DDD	90.169.445	40.889.784	98.135.481
% Losartan	11,3	11,2	11,2
Costo DDD brevetto scaduto (Regione)	0,35	0,34	0,34
Spesa netta totale (€ 1000)	60.152	25.504	61.210
Spesa netta Losartan (€ 1000)	9.742	2.914	6.994

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

** Proiezione lineare dei primi 5 mesi dell'anno 2010

Assunzioni	Ipotesi AIFA 2009	Riferimento AIFA*	2010 E	2011 E	2011 E
% Obiettivo Brevetto scaduto**	13,4	13,0	11,2	12,00	13,00
Costo DDD brevetto scaduto (Bench)	0,34	0,33	0,33	0,33	0,33
Costo DDD brevetto NON scaduto (Regione)	0,56	0,55	0,55	0,55	0,55
Mesi applicazione manovra 2010	12	12	-	12	12
% obiettivo sul risparmio potenziale		80%			

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

**La % obiettivo del 13% è individuata sulla base della penetrazione attuale degli equivalenti nella regione Best in Class. Essendo misurata a pochi mesi dalla scadenza del brevetto, Aifa fornisce come ulteriore soglia obiettivo pari al 40%

Elaborazione Risparmio	Ipotesi AIFA 2009	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E
Consumi Teorici Losartan (DDD)	13.621.991	12.377.448	13.261.552	14.366.681
Consumi teorici non Losartan (DDD)	88.034.655	98.135.481	97.251.378	96.146.249
Spesa Teorica POTENZIALE (€ x 1000)	53.931	58.059	57.865	57.621
Risparmio POTENZIALE MASSIMO (€ x 1000)	-	-	3.345	3.588
Risparmio OBIETTIVO PERSEGUITO (€ x 1000)	-	-	2.676	2.871
Risparmio incrementale (€ x 1000)	-	-	2.676	195

Classe C10AA
Base Dati

	2009	2010 (5 mesi)	2010 E**
consumi DDD Totali	92.713.514	42.237.194	101.369.266
DDD brevetto scaduto	37.224.476	15.627.762	37.506.628
DDD brevetto NON scaduto	55.489.038	26.609.432	63.862.637
% brevetto scaduto	40,15	37,0	37,0
Costo DDD brevetto scaduto (Regione)	0,499232657	0,43	0,4
Spesa netta totale (€ 1000)	80.944	35.973	86.335
Spesa netta brevetto scaduto (€ 1000)	18.584	6.759	16.222

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

** Proiezione lineare dei primi 5 mesi dell'anno 2010

Assunzioni

	Ipotesi AIFA 2009	Ipotesi AIFA	2010 E	2011 E	2012 E
% Obiettivo Brevetto scaduto	43,3	41,8	37,0	40,00	41,80
Costo DDD brevetto scaduto (Bench)	0,45	0,39	0,39	0,39	0,39
Costo DDD brevetto NON scaduto (Regione)	1,12	1,10	1,10	1,10	1,10
Mesi applicazione manovra 2010	12	12	-	12	12
% obiettivo sul risparmio potenziale		80%			

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

Elaborazione Risparmio

	Ipotesi AIFA 2009	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E
Consumi Teorici brevetto scaduto (DDD)	40.182.037	37.506.628	40.547.706	42.372.353
Consumi teorici NON scaduto (DDD)	52.531.477	63.862.637	60.821.559	58.996.913
Spesa Teorica POTENZIALE (€ x 1000)	77.169	84.876	82.717	81.422
Risparmio POTENZIALE MASSIMO (€ x 1000)	- 3.775	- -	3.618 -	4.913
Risparmio OBIETTIVO PERSEGUITO (€ x 1000)		- -	2.894 -	3.930
Risparmio incrementale (€ x 1000)		- -	2.894 -	1.036

Classe A02BC
Base Dati

	2010 (5 mesi)*	2010 E**
consumi DDD Totali	65.147.192	156.353.261
DDD brevetto scaduto	60.586.889	145.408.533
DDD brevetto NON scaduto	4.560.303	10.944.728
% brevetto scaduto	93,0	93,0
Costo DDD brevetto scaduto (Regione)	0,55	0,55
Spesa netta totale (€ 1000)	37.323	89.576
Spesa netta brevetto scaduto (€ 1000)	33.338	80.010

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

** Proiezione lineare dei primi 5 mesi dell'anno 2010

Assunzioni

	Riferimento AIFA*	2010 E	2011 E	2012 E
% Obiettivo Brevetto scaduto	93,6	93,0	93,60	93,60
Costo DDD brevetto scaduto (Bench)	0,41	0,41	0,41	0,41
Costo DDD brevetto NON scaduto (Regione)	0,87	0,87	0,87	0,87
Mesi applicazione manovra 2010		-	12	12
% obiettivo sul risparmio potenziale		80%		

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

Elaborazione Risparmio

	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E
Consumi Teorici brevetto scaduto (DDD)	145.408.533	146.346.652	146.346.652
Consumi teorici NON scaduto (DDD)	10.944.728	10.006.609	10.006.609
Spesa Teorica POTENZIALE (€ x 1000)	69.139	68.708	68.708
Risparmio POTENZIALE MASSIMO (€ x 1000)	- -	20.868 -	20.868
Risparmio OBIETTIVO PERSEGUITO (€ x 1000)	- -	16.694 -	16.694
Risparmio incrementale (€ x 1000)	- -	16.694	-

Classe N06AB

Base Dati		
	2010 (5 mesi)	2010 E**
consumi DDD Totali	16.937.115	40.649.076
DDD brevetto scaduto	12.042.289	28.901.493
DDD brevetto NON scaduto	4.894.826	11.747.583
% brevetto scaduto	71,1	71,1
Costo DDD brevetto scaduto (Regione)	0,33	0,3
Spesa netta totale (€ 1000)	8.120	19.489
Spesa netta brevetto scaduto (€ 1000)	4.015	9.635

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

** Proiezione lineare dei primi 5 mesi dell'anno 2010

Assunzioni				
	Ipotesi AIFA	2010 E	2011 E	2012 E
% Obiettivo Brevetto scaduto	83,2	71,1	75,00	83,20
Costo DDD brevetto scaduto (Bench)	0,27	0,27	0,27	0,27
Costo DDD brevetto NON scaduto (Regione)	0,84	0,84	0,84	0,84
Mesi applicazione manovra 2010	12	-	12	12
% obiettivo sul risparmio potenziale	80%			

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

Elaborazione Risparmio				
	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E	
Consumi Teorici brevetto scaduto (DDD)	28.901.493	30.486.807	33.820.031	
Consumi teorici NON scaduto (DDD)	11.747.583	10.162.269	6.829.045	
Spesa Teorica POTENZIALE (€ x 1000)	17.671	16.768	14.868	
Risparmio POTENZIALE MASSIMO (€ x 1000)	- -	2.721 -	4.621	
Risparmio OBIETTIVO PERSEGUITO (€ x 1000)	- -	2.177 -	3.697	
Risparmio incrementale (€ x 1000)	- -	2.177 -	1.520	

Classe C09A + C09C (Ace Inibitori e sartani non associati)

Base Dati			
	2009	2010 (5 mesi)	2010 E**
consumi DDD Totali	267.396.236	117.608.377	282.260.105
DDD Ace Inibitori non associati - C09A	165.892.625	71.505.893	171.614.144
DDD Sartani non associati C09C	101.503.611	46.102.484	110.645.961
% C09A/(C09A + C09C)	62,04	60,8	60,8
Costo x DDD C09A (Regione)	0,184705728	0,17	0,2
Spesa netta totale (€ 1000)	90.794	37.466	89.919
Spesa netta Ace Inibitori non associati - C09A (€ 1000)	30.641	11.962	28.709

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

** Proiezione lineare dei primi 5 mesi dell'anno 2010

Assunzioni					
	Ipotesi AIFA 2009	Ipotesi AIFA	2010 E	2011 E	2012 E
% Obiettivo C09A/(C09A + C09C)	73,6	72,7	60,8	65,00	72,70
Costo x DDD C09A (Bench)	0,16	0,14	0,14	0,14	0,14
Costo x DDD C09C (Regione)	0,59	0,55	0,55	0,55	0,55
Mesi applicazione manovra 2010	12	12	-	12	12
% obiettivo sul risparmio potenziale		80%			

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

Elaborazione Risparmio					
	Ipotesi AIFA 2009	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E	
Consumi Teorici C09A (DDD)	196.910.588	171.614.144	183.469.068	205.203.096	
Consumi teorici C09C (DDD)	70.485.648	110.645.961	98.791.037	77.057.009	
Spesa Teorica POTENZIALE (€ x 1000)	73.527	85.324	80.416	71.418	
Risparmio POTENZIALE MASSIMO (€ x 1000)	- 17.266	- -	9.503 -	18.501	
Risparmio OBIETTIVO PERSEGUITO (€ x 1000)		- -	7.602 -	14.801	
Risparmio incrementale (€ x 1000)		- -	7.602 -	7.198	

Classe C09B + C09D (Ace Inibitori e sartani associati a diuretico)

Base Dati	2010 (5 mesi)	2010 E**
consumi DDD Totali	50.042.413	120.101.791
DDD Ace Inibitori associati - C09B	19.416.456	46.599.495
DDD Sartani associati C09D	30.625.957	73.502.296
% C09B/(C09B + C09D)	38,8	38,8
Costo x DDD C09B (Regione)	0,40	0,4
Spesa netta totale (€ 1000)	32.354	77.650
Spesa netta Ace Inibitori associati - C09B (€ 1000)	7.707	18.498

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

** Proiezione lineare dei primi 5 mesi dell'anno 2010

Assunzioni	Ipotesi AIFA	2010 E	2011 E	2012 E
% Obiettivo C09B/(C09B + C09D)	55,0	38,8	50,00	55,00
Costo x DDD C09B (Bench)	0,32	0,32	0,32	0,32
Costo x DDD C09D (Regione)	0,81	0,81	0,81	0,81
Mesi applicazione manovra 2010	12	-	12	12
% obiettivo sul risparmio potenziale	80%			

*Dato documento AIFA - Indicatori per la programmazione e il controllo - DL 78/2010 art. 11 comma 7b

Elaborazione Risparmio	4° trim 2010 E	2011 E	2012 E
Consumi Teorici C09B (DDD)	46.599.495	60.050.896	66.055.985
Consumi teorici C09D (DDD)	73.502.296	60.050.896	54.045.806
Spesa Teorica POTENZIALE (€ x 1000)	74.449	67.858	64.915
Risparmio POTENZIALE MASSIMO (€ x 1000)	- -	9.792 -	12.735
Risparmio OBIETTIVO PERSEGUITO (€ x 1000)	- -	7.834 -	10.188
Risparmio incrementale (€ x 1000)	- -	7.834 -	2.354

Azione 8.3: Altre misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero

I **farmaci antiblastici innovativi**, specialmente quelli biotecnologici, uniscono a grandi potenzialità diagnostiche e terapeutiche, scarse informazioni sulla sicurezza, un costo elevato e spesso anche un rilevante rischio di inappropriata prescrizione, per cui l'AIFA ne ha sottoposto l'impiego ad appositi Registri di monitoraggio. L'uso dei Registri permette di ridurre progressivamente gli impieghi *off-label* evidenziando perciò una **maggior appropriatezza d'uso** e garantendo la valutazione della sicurezza e dell'efficacia.

L'AIFA unitamente alla valutazione del potenziale innovativo dei farmaci ha dato avvio ad un nuovo approccio per la ripartizione/condivisione del rischio (*Risk Sharing*).

L'associazione di **Registri di monitoraggio** e accordi di *Risk Sharing* contribuisce alla definizione del **giusto costo da sostenere** da parte del SSN, sia definendo il **valore terapeutico del nuovo farmaco** nella pratica clinica, sia consentendone un uso più appropriato.

Analogamente, anche per i farmaci biologici per il trattamento dell'artrite reumatoide (AR) e dell'osteoporosi, per i quali si registrano elevati indici di consumo nella Regione, l'attenzione sull'appropriatezza d'uso degli stessi, attraverso l'elaborazione di apposite schede di monitoraggio regionali, può costituire uno strumento valido per garantire l'ottimizzazione dei benefici e la riduzione dei rischi.

Per tali finalità le schede dovranno riportare specificamente indicazioni su eventuali trattamenti pregressi sulla base delle condizioni di prescrivibilità già fissate all'atto dell'autorizzazione all'immissione in commercio e/o dalle relative Note AIFA.

Le iniziative proposte saranno implementate attraverso anche l'assegnazione di specifici obiettivi ai Direttori Generali con i relativi indicatori per la loro misurabilità nonché anche attraverso la revisione dei centri prescrittori secondo una logica di rete che ne definisca i livelli, le relative funzioni e le modalità di interazione all'interno della rete stessa.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Chiusura di tutte le schede di fine trattamento del Registro Monitoraggio Farmaci Oncologici, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di *Risk Sharing*;
- Monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci biologici destinati al trattamento dell'AR e dell'osteoporosi.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010 adozione di una direttiva per il completamento dell'iter di registrazione di tutte le fasi del trattamento per paziente con i farmaci oncologici sottoposti al Registro AIFA di Monitoraggio, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di condivisione del Rischio (*Risk Sharing*) e conseguente verifica semestrale.
- Entro il 31/03/2011 adozione della direttiva di approvazione di apposite schede regionali di monitoraggio per i farmaci biologici destinati al trattamento dell'AR e dell'osteoporosi
- Entro il 31/12/2012 elaborazione di un report sulle risultanze dell'analisi delle schede di monitoraggio

Intervento 9: Personale

Ferma restando l'applicazione delle disposizioni in materia di trattamento economico dei pubblici dipendenti recate dall'articolo 9, del DL 78/2010, la regione intende altresì adottare i seguenti interventi in materia di personale.

Intervento 9 Manovre Personale				
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO	AREA/SERVIZIO
Azione 9.1	Rideterminazione piante organiche aziende sanitarie	Contenimento spesa personale	Entro il 31/12/2010, adozione atti di rideterminazione dotazioni organiche da parte delle aziende. Monitoraggio trimestrale dell'andamento del personale (unità e costi) attraverso le Tab. D.1.2	SERVIZIO PERSONALE DIPENDENTE
		Riqualificazione profili professionali		
		Graduale superamento del "lavoro "precario" di tipo subordinato.		
Azione 9.2	Rideterminazione definitiva dei fondi contrattuali (art.16 L5/09)	Perequazione dei fondi a livello regionale	Adozione provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende entro due mesi dall'adozione del provvedimento assessoriale di approvazione delle dotazioni organiche.	SERVIZIO PERSONALE DIPENDENTE
			Entro il 30/04/2011 individuazione delle modalità di perequazione dei fondi in sede di confronto regionale con le OO.SS.	

Azione 9.1.: Rideterminazione dotazioni organiche aziende sanitarie

A seguito della riorganizzazione del SSR a far data dal 1° settembre 2009 sono state istituite le Aziende sanitarie provinciali (A.S.P.) e le Aziende ospedaliere (A.O.), ivi comprese le A.O.U., in numero totale di 17, che sono subentrate nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze delle 29 Aziende soppresse.

Con D.A. n. 736/2010, di emanazione delle linee guida per l'adozione dell'atto aziendale, le Aziende sono state chiamate ad individuare le "Strutture" nel rispetto delle indicazioni e degli apposti "standard" ivi previsti, con conseguente ridefinizione del numero delle Strutture (complesse/semplifici) e del relativo organico, fermo restando la riduzione di almeno il 5% del numero delle strutture complesse e il 10% del numero di strutture semplifici, nei termini di cui all'obiettivo D.1.1. del Piano di Rientro.

Da ciò la necessità di procedere a una analisi del fabbisogno di personale di ciascuna nuova azienda sanitaria, ai fini della emanazione di apposite linee di indirizzo regionali in materia sia di rideterminazione delle dotazioni organiche sia di disponibilità finanziaria, per gli anni 2010 e 2011, di ciascuna azienda in materia di spesa complessiva per il personale, fermo restando il rispetto del disposto di cui all'art. 2 – comma 71 e ss. della L.F. 2010.

Le linee di indirizzo regionali in materia di rideterminazione delle dotazioni organiche sono state adottate con D.A. n. 1868 del 22 luglio 2010, previa analisi del fabbisogno secondo la procedura di cui all'Allegato 1 delle stesse linee di indirizzo.

Il calcolo del fabbisogno delle unità di personale di ciascuna nuova azienda sanitaria della Regione Siciliana, è stato basato fondamentalmente su tre analisi:

1. analisi dei costi del personale per livello di assistenza;
2. analisi dei costi medi per ruolo;
3. individuazione dei parametri secondo i quali determinare il fabbisogno di ciascuna azienda del SSR.

Alla luce del risultato dell'analisi del fabbisogno di personale si è ritenuto di poter dare attuazione, per ciascuna azienda, nell'immediato, ad un incremento/riduzione di personale rispetto a quello in servizio al 31.12.2009, pari ad 1/3 .

Le dotazioni organiche delle nuove aziende sono state individuate, pertanto, come da "Allegato 2 " alle Linee di indirizzo approvate con il D.A. 1868/2010, per un numero totale, a livello regionale, di n. 52490 unità di tempo pieno annue , pari a n. 217 unità di tempo pieno annue in meno rispetto al totale del

personale in servizio ,con rapporto di lavoro di tipo subordinato (a tempo indeterminato + a tempo determinato), al 31.12.2009 (n. 52.707 come da tab. D.1.2. 4° trimestre) in termini di tempo pieno annui.

La riorganizzazione dell'area ospedaliera e territoriale, e la conseguente riduzione delle UU.OO. e delle posizioni organizzative nei termini di cui all'azione 1.2., nonché la previsione di appositi standard "tendenziali" per la Dirigenza Medica, come da linee di indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche, renderà possibile la riduzione, a regime, di tale numero di personale (n. 217 unità) entro il 2011.

Conseguentemente si è proceduto ad un ridimensionamento, a livello regionale, rispetto al consolidato 2009, della disponibilità finanziaria per assunzioni di personale, con **rideterminazione del tetto di spesa di ciascuna azienda** in linea con i posti della nuova dotazione organica, determinati sulla base di appositi standard per posto letto e popolazione assistita. Una diminuzione della spesa si prevede, altresì, quale conseguenza del diverso mix di profili professionali conseguente alla previsione di appositi standard (Min./Max.) cui le aziende dovranno attenersi.

L'individuazione del tetto di spesa di ciascuna nuova azienda sanitaria regionale è in linea con la rideterminazione della dotazione organica definitiva da determinarsi entro mesi due dall'approvazione della nuova dotazione organica e dell' individuazione di modalità per la perequazione di cui al D.A. 3127/09.

A seguito della riorganizzazione del SSR il disposto di cui all'art. 2 – comma 71 della Legge Finanziaria 2010 trova, pertanto, applicazione a livello regionale e non più a livello aziendale.

Il monitoraggio trimestrale, nei termini di cui all'art. 2 del D.A. n. 1868/2010, attraverso le tabelle D.1.2, delle spese per il personale permetterà di verificare che le spese del personale, a livello regionale, al netto degli rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. Tenuto conto che nella verifica del rispetto del citato obiettivo dell' 1,4% rileva l'ammontare della spesa al netto dei predetti rinnovi contrattuali, particolare attenzione sarà posta alla verifica della valorizzazione degli incrementi legati ai suddetti rinnovi.

Il rispetto delle linee di indirizzo di cui al D.A. n. 1868/2010 da parte delle Aziende Sanitarie permetterà, pertanto, di contenere, a livello regionale, il numero totale delle assunzioni, e nel contempo la spesa per il personale entro i limiti di cui alle vigenti disposizioni finanziarie nazionali, **senza ricorrere ulteriormente al blocco parziale del turn over nei termini di cui al Piano di Rientro**; ciò nella considerazione che il D.L. 78/2010 non prevede espressamente un blocco del turn over per gli enti del S.S.N.

In termini di politiche per il personale **tale Programma Operativo permette di operare nel rispetto delle vigenti disposizioni finanziarie in materia di contenimento delle spese per il personale**, e nel contempo di superare in modo radicale e definitivo il "lavoro precario" di tipo subordinato nelle aziende del SSR., con conseguente riqualificazione del personale in termini di profili e competenze.

La manovra è in linea con le disposizioni di riduzione della spesa di personale intervenute (D.L. n. 78/2010 – art. 9 comma 28) che incidono, a partire dal 2011, in maniera particolarmente restrittiva sull'utilizzo delle tipologie di lavoro flessibile, nonché in linea con il modello tipico dell'assunzione a tempo indeterminato nelle PP.AA. ex art. 36 del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.

Inoltre, il superamento graduale del divieto ad assumere attraverso l'introduzione del regime del turn-over, consentirebbe di programmare i fabbisogni di personale in maniera ordinaria, con l'attivazione di procedure finalizzate ad assunzioni a tempo indeterminato (mobilità/concorsi pubblici/scorrimento graduatorie) dopo espletamento delle procedure di cui agli artt. 33 e ss. del decreto legislativo n. 165/2001.

Per l'anno 2012 nell'ambito dei processi di riconversione Ospedale/Territorio non sono previsti variazioni in termini di numero e costo del personale, salvo parziali modifiche qualitative delle dotazioni organiche, ad invarianza di spesa ed entro il numero totale di posti autorizzati; ciò nell'ottica prioritaria di riqualificare i servizi sanitari, tenuto conto del diverso fabbisogno di personale nonché al fine di adeguare i profili professionali agli standard "tendenziali" di cui alle linee di indirizzo regionali ovvero agli standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza di cui all'art. 2 del Patto per la Salute 2010/2012,

RISULTATI PROGRAMMATI

- Contenimento della spesa per il personale
- Riqualificazione dei profili professionali
- Graduale superamento del “lavoro “precario” di tipo subordinato.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro il 31/12/2010: adozione atti di rideterminazione dotazioni organiche da parte delle aziende
- Monitoraggio trimestrale del personale attraverso le tabelle D.1.2.

IMPATTO ECONOMICO

La misura produrrà dei risparmi quantificabili in 17 €mln a valere sul biennio 2010-2011. Gli effetti economici derivanti dalla misura, riferiti prevalentemente a personale medico, sono analiticamente riportati nella tabella sottostante:

IMPATTO ECONOMICO DA RIDEFINIZIONE PIANTA ORGANICA DELLE AZIENDE DEL SSR (€/MGL)			
Descrizione	Elaborazione - Impatto	2010	2011
Spesa IV° trimestre 2009 al netto dei rinnovi contrattuali	2.428.689		
Unità di personale in servizio al 31/12/2009 (tempo indeterminato)	47.106		
Costo medio al lordo oneri ed IRAP conseguente al diverso mix profili	78		
Unità di personale ridotte a seguito della ridefinizione della pianta organica	217		
Impatto economico rispetto al 2009 al lordo oneri ed IRAP	17.000	992	16.008
<i>di cui Costo del personale escluso IRAP</i>	<i>15.938</i>	<i>930</i>	<i>15.008</i>
<i>di cui IRAP</i>	<i>1.062</i>	<i>62</i>	<i>1.000</i>

Azione 9.2. Rideterminazione fondi contrattuali (art.16 L.R. 5/09)

Con D.A. n. 3127/09 del 23 dicembre 2009, previa consultazione a livello regionale con le OO.SS., sono state emanate le “Linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi contrattuali”, a parziale integrazione e modifica del D.A. n. 1789/09.

Con tale D.A. è stato stabilito che entro mesi due dalla data di approvazione delle nuove dotazioni organiche le aziende procederanno alla rideterminazione dei fondi contrattuali e che, nelle more di quanto sopra, la contrattazione integrativa potrà essere effettuata nel limite del 95% della disponibilità dei fondi medesimi relativi all’anno 2010.

Tenuto conto della tempistica di cui all’art. 16 della L.R. 5/09, necessaria per l’adozione ed approvazione dei provvedimenti di rideterminazione delle dotazioni organiche, nonché della tempistica per la rideterminazione definitiva dei fondi destinati alla contrattazione integrativa, per le finalità di cui all’art. 2 – comma 71 e ss. della L.F. 2010, ai fini del controllo e contenimento della spesa per il personale, di quanto sopra è stato dato ulteriormente atto con il D.A. n. 1868/2010.

In particolare:

- all’art. 3 è stato dato atto che giusto D.A. n. 3127/09, nelle more della rideterminazione dei fondi contrattuali e dopo approvazione delle dotazioni organiche rideterminate per effetto delle linee di indirizzo regionali, la contrattazione integrativa aziendale per l’anno 2010 potrà aver luogo nel limite del 95% della disponibilità dei fondi medesimi;
- all’art. 4 è stato dato atto che le aziende dovranno procedere alla rideterminazione dei fondi contrattuali, nel rispetto delle relazioni sindacali, entro mesi due dall’approvazione della nuova dotazione organica;

- all'art. 5 che in sede di confronto regionale con le OO.SS, saranno individuate modalità di rideterminazione dei fondi contrattuali tali da permettere contestualmente la perequazione di cui al D.A. 3127/09.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Riduzione della spesa del personale tramite rideterminazione dei fondi contrattuali
- Perequazione dei fondi a livello regionale

INDICATORI DI RISULTATO

- Adozione provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende e trasmissione degli atti all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica, entro due mesi dall'adozione del provvedimento assessoriale di approvazione delle dotazioni organiche
- Entro il 30/04/2011, individuazione modalità di perequazione dei fondi, in sede di confronto regionale con le OO.SS;

IMPATTO ECONOMICO

L'azione non determina differenziali di costi rispetto al 2009 essendo già stata adottata una misura provvisoria di contenimento del costo nelle more della riduzione "strutturale" derivante dalla rideterminazione delle dotazioni organiche.

Intervento 10: Beni e Servizi

Intervento 10 Beni e servizi				
AZIONI		RISULTATI PROGRAMMATI	INDICATORI DI RISULTATO	AREA/SERVIZIO
Azione 10.1	Programmazione interaziendale di bacino	Raggiungimento della soglia minima di acquisti centralizzati a livello regionale e/o di bacino in misura pari al 40% del fabbisogno individuato per il 1° anno in cui è in vigore la procedura centralizzata e con un incremento minimo del 10% per ciascun anno.	Entro 31 dicembre 2010 completamento delle procedure di gara in corso sia per il Bacino Orientale che per il Bacino Occidentale	SERVIZIO GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI
		Aderenza alla gara nella misura non inferiore 90% dei beni aggiudicati.		
		Riduzione tempi di svolgimento gare; riduzione variabilità nei prezzi di acquisto; riduzione acquisti in economia	Report annuale di monitoraggio della riduzione degli acquisti in economia	
		Riduzione della spesa per acquisti di beni e servizi dell' assistenza sanitaria a gestione diretta;		
		Riduzione acquisti in economia.		
Azione 10.2	Procedure di gara regionale: 1) farmaci e vaccini; 2) servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo	Implementazione delle procedure di approvvigionamento su base regionale di farmaci e vaccini	Delibera di aggiudicazione da parte dell'azienda capofila e delibere aziendali di recepimento	
		Servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo	Entro il 31/12/2010, affidamento per servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo.	

Azione 10.1: Programmazione interaziendale di bacino

La legge 14 aprile 2009, n.5, di riordino del Servizio Sanitario regionale, nell'ambito dell'art.5 "Programmazione sanitaria locale" dispone al comma 8 che le Aziende sanitarie, in un coordinato sviluppo a rete del sistema sanitario regionale, realizzino la programmazione inter-aziendale di bacino finalizzata alla integrazione delle attività sanitarie, in relazione agli accertati fabbisogni sanitari.

La medesima Legge ha individuato al comma successivo i due Bacini, distinguendoli in quello occidentale ed in quello orientale, ed in quest'ultimo ha ritagliato una specifica area comprendente le province di Messina ed Enna, per specifici motivi riconducibili alla particolarità del territorio delle due province.

In esecuzione a quanto disposto dalla Legge, con decreto del 2 novembre 2009, sono state stabilite le modalità di costituzione e funzionamento dei Bacini e sono state individuate in modo più particolareggiato le relative funzioni, e definite le linee e i criteri per la centralizzazione e la razionalizzazione a livello di bacino delle attività non sanitarie.

Con Decreto assessorile del 17 dicembre 2009 è stato approvato il regolamento tipo a cui devono attenersi le Aziende sanitarie per gli acquisti in economia di beni e servizi, notificato alle medesime Aziende con nota prot./Area 1/ n.4797 del 24.12.2009, disponendo la presa d'atto con provvedimenti amministrativi delle Direzioni Generali.

E' stato successivamente disegnato, con circolare n.225 del 19/01/2010, un modello di reingegnerizzazione del sistema di approvvigionamento in ambito sanitario nella Regione Sicilia, in linea con la normativa dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

In data 3 marzo 2010 sono stati costituiti i gruppi di coordinamento dei Bacini orientali e occidentali e contestualmente sono state individuate le Aziende Capo-fila per la **gestione delle procedure centralizzate di gara**; le gare di bacino sono state determinate nei seguenti settori strategici di approvvigionamento per il materiale sanitario: dispositivi e protesi cardiologiche; suture, suturatrici e materiale laparoscopico; dispositivi per anestesia e rianimazione, materiale di consumo e service per i laboratori, materiale sanitario, pompe per infusione, protesi ortopediche.

Sono stati inoltre determinati percorsi di nomina delle commissioni di validazione dei capitolati attraverso le indicazioni dei singoli Direttori Generali e definizione congiunta dei capitolati tecnici.

In atto nel Bacino Orientale:

è in fase di indizione la gara dei presidi per incontinenza; la gara per il materiale di emodinamica è in fase di avanzato completamento (indizione prevista per la seconda metà di luglio); l'esame dei documenti di gara per le suturatrici meccaniche e per il materiale per la neurochirurgia e di anestesia è nella fase conclusiva (la commissione di esperti della prima concluderà i lavori entro la prima metà di luglio, della seconda entro settembre); sono stati attivati i confronti per la predisposizione dei documenti di gara per i prodotti dietetici.

Si fornisce prospetto di sintesi aggiornato al 30 settembre 2010:

AZIENDA CAPO FILA	OGGETTO DELLA PROCEDURA	STATO DELLA PROCEDURA
A.O. Papardo Piemonte di Messina	Emodinamica	I ^a seduta di gara 23/9/2010
A.O. Cannizzaro di Catania	Neurochirurgia	in attesa di adozione delibera di indizione
A.O. Garibaldi di Catania	Fili di sutura - laparoscopia	I ^a seduta di gara 18/11/2010
A.O. Cannizzaro di Catania	Dietetici e pompe infusionali	In corso di validazione capitolato tecnico
ASP Siracusa	Anestesia e Rianimazione	In corso di validazione capitolato tecnico
ASP Ragusa	Antisettici, vetreria Sistemi di prelievo	In corso di redazione capitolato tecnico
ASP Enna	Presidi per incontinenza	I ^a seduta di gara 23/9/2010
ASP Catania	Smaltimento rifiuti	In corso di validazione capitolato tecnico
ASP Messina	Presidi per chirurgia	In corso di predisposizione capitolato tecnico
	Diagnostici	È stata convocata per il 5/10/p.v. riunione di bacino per il sorteggio dei componenti la commissione di validazione del capitolato tecnico

In atto nel Bacino Occidentale:

- Emodinamica: è in fase di avanzato completamento (indizione prevista per la seconda metà di luglio); Sistemi di prelievo sottovuoto per laboratori: è in fase di avanzato completamento (indizione prevista per la seconda metà di luglio);

- Service per laboratori: l'esame dei documenti di gara è nella fase conclusiva (la commissione di esperti concluderà i lavori entro il mese di agosto e la gara verrà indetta entro il 15 settembre); pompe per infusione e materiale per anestesia e rianimazione: la commissione di esperti concluderà i lavori entro il mese di agosto e la gara verrà indetta entro il 15 settembre; suture, suturatrici, materiale laparoscopico e materiale sanitario: attivati i confronti per la predisposizione dei documenti di gara.

Si fornisce prospetto di sintesi con dati al 30 settembre 2010:

AZIENDA CAPOFILA	OGGETTO DELLA PROCEDURA	STATO DELLA PROCEDURA
A. O. Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello di Palermo	Procedura aperta in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura quinquennale sistemi di prelievo sottovuoto	Rinvio scadenza per la produzione delle offerte al 7.10.2010
Azienda ARNAS Civico di Palermo	Procedura aperta in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura dispositivi specialistici per emodinamica	Scadenza presentazione offerte 30.09.2010
Azienda ASP di Caltanissetta	Procedura aperta in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura sistemi infusionali	Il capitolato tecnico è già stato definito. E' in fase di quantificazione il fabbisogno complessivo
Azienda ASP di Trapani	Procedura aperta in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura dispositivi medici specialistici per anestesia e rianimazione	Il capitolato tecnico è già stato definito ed è in corso di validazione da parte degli esperti
Azienda ASP di Palermo	Procedura aperta in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura materiale sanitario	In fase di ultimazione la stesura del capitolato base
Azienda Universitaria Policlinico di Palermo	Procedura aperta in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura suture, suturatrici, materiale laparoscopico	In fase di redazione il capitolato di base
Azienda ASP di Agrigento	Procedura aperta (presumibilmente accordo quadro) in ambito di bacino occidentale per affidamento fornitura protesi ortopediche	In fase di redazione il capitolato di base

Si evidenzia altresì che è stato recentemente sottoscritto alla presenza dell'Assessore il Codice Etico e Protocollo di Legalità da parte delle Rappresentanze delle Associazioni di categoria di fornitori in campo nazionale e regionale, finalizzato ad adeguare i comportamenti a principi morali volti alla tutela della salute, al miglioramento del sistema sanitario ed allo sviluppo della società civile.

L'anno 2012 assume una connotazione di centralità nell'ambito della realizzazione dell'obiettivo prefissato di riduzione della spesa per beni e servizi, dal momento che ancora nel 2009 nella sanità siciliana si sono registrati costi per gli acquisti di beni e servizi sostenuti dalle aziende sanitarie superiori al dato programmatico fissato per il medesimo anno.

Dal momento che le procedure delle gare centralizzate di entrambi i bacini per gli acquisti di beni sanitari saranno completate tra il 2010 ed il 2011, si conferma prevede per il 2012 un ulteriore miglioramento economico in termini di minori risorse utilizzate per acquisti di beni e servizi da parte delle Aziende del SSR

Pertanto, in via prudenziale, si confermano per tale anno le medesime economie previste per gli anni 2010-2011.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Raggiungimento della soglia minima di acquisti centralizzati a livello regionale e/o di bacino in misura pari al 40% del fabbisogno individuato per il 1° anno in cui è in vigore la procedura centralizzata e con un incremento minimo del 10% per ciascun anno.
- Aderenza alla gara nella misura non inferiore 90% dei beni aggiudicati;
- Riduzione tempi di svolgimento gare; riduzione variabilità nei prezzi di acquisto; riduzione acquisti in economia;
- Riduzione della spesa per acquisti di beni e servizi dell'assistenza sanitaria a gestione diretta;
- Riduzione acquisti in economia.

INDICATORI DI RISULTATO

- Entro 31/12/2010 completamento delle procedure di gara in corso sia per il Bacino Orientale che per il Bacino Occidentale;
- Report annuale di monitoraggio della spesa per acquisti di beni e servizi e degli acquisti in economia.

IMPATTO ECONOMICO

Nelle more della definizione delle procedure di gara, non sussistono elementi sufficienti a determinare una articolata determinazione degli effetti economici derivanti dalla nuova programmazione interaziendale di bacino per l'approvvigionamento di beni e servizi.

Pur non di meno si stimano più che prudenzialmente economie quantificate di importo pari alla percentuale dell'1% sul valore di costo tendenziale 2011 relativo alle voci dell'aggregato "altri beni sanitari" e ulteriori economie pari all'1% sul costo tendenziale 2012 del medesimo aggregato.

Tabella economie su "altri beni sanitari"

Altri Beni Sanitari		C2009	2010	0% Tend.le 2010	2011	1% Tend.le 2011	2012	1% Tend.le 2012
			T2010	economie	T2011	economie	T2012	economie
				-		4.271		4.335
B01015	B.1.A.2) Ossigeno	10.533	10.691	-	10.851	109	11.014	110
B01020	B.1.A.3) Prodotti dietetici	3.258	3.307	-	3.356	34	3.407	34
B01025	B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	27.392	27.803	-	28.220	282	28.643	286
B01030	B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	85.669	86.954	-	88.258	883	89.582	896
B01035	B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta	12.544	12.732	-	12.923	129	13.117	131
B01040	B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	152.369	154.655	-	156.974	1.570	159.329	1.593
B01045	B.1.A.8) Materiali protesici	85.620	86.904	-	88.208	882	89.531	895
B01050	B.1.A.9) Materiali per emodialisi	13.633	13.837	-	14.045	140	14.256	143
B01055	B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	865	878	-	891	9	905	9
B01060	B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	22.707	23.048	-	23.393	234	23.744	237
totale		414.590	420.809	-	427.121	4.271	433.528	4.335

Azione 10.2: Procedure di gara regionale

Procedure di approvvigionamento su base regionale di farmaci e vaccini

Nel luglio 2008, con il supporto tecnologico di Consip, è stata avviata una procedura di gara centralizzata su base telematica, con validità triennale, per l'acquisto di prodotti farmaceutici da parte delle Aziende Sanitarie della Regione (esclusi emoderivati e vaccini).

Il valore a base d'asta per i lotti negoziati ammonta complessivamente ad € 731.695.372; tale valore già prevedeva un valore complessivo non superiore al valore di mercato per mezzo del quale le singole Aziende Sanitarie hanno acquistato i prodotti nel corso dell'anno 2009.

La gara si è conclusa, con il primo avviso, nel mese di agosto 2009 per un valore offerto per i lotti negoziati di complessivi € 629.570.246 consentendo di **stimare economie per circa 100 ML di euro** sul triennio 2010 - 2012.

Nell'anno in corso è stato definito il secondo avviso che ricomprende tutti i lotti non aggiudicati nel primo a cui si sono aggiunti i lotti relativi a quei principi attivi per i quali le specialità medicinali originari hanno perso la copertura brevettuale.

Con delibera n. 1185 del 29/9/2010 si è conclusa l'aggiudicazione dei lotti, i cui esiti sono stati notificati in data 01/10/2010 alle Aziende Sanitarie, ed è in corso la procedura negoziata per l'affidamento delle specialità medicinali non in precedenza aggiudicate.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Implementazione delle procedure di approvvigionamento su base regionale di farmaci e vaccini

INDICATORI DI RISULTATO

- Delibera di aggiudicazione da parte dell'azienda capofila e delibere aziendali di recepimento

IMPATTO ECONOMICO

Per l'anno 2010 i risparmi conseguiti con la manovra sono stati prudenzialmente considerati per un importo pari a 17€mln sulla base di un impatto complessivo annuo stimato in 34 €mln manifestatosi come economia su sei mesi. A partire dal 2011 è stato scontato il risparmio di 34 mln di euro.

Servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo

Nell'ambito delle procedure di gara in forma consorziata per l'acquisizione di beni e servizi per la parte relativa all'affidamento dei servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo, con atto deliberativo n. 404 del 09/04/2010, l'Azienda "Villa Sofia – Cervello" di Palermo, individuata quale capofila dall'Amministrazione Regionale, ha emanato il capitolato speciale ed il relativo bando di gara.

Sono già state espletate le procedure di ammissione dei concorrenti con verifica della documentazione amministrativa; è stata altresì nominata la Commissione tecnica per l'espletamento delle restanti fasi di gara e specificatamente per la valutazione della qualità delle offerte. La prima riunione della Commissione Tecnica è fissata per il giorno 6.10.2010.

RISULTATI PROGRAMMATI

- Entro il 31/12/2010, affidamento per servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo.

INDICATORI DI RISULTATO

- Riduzione dei costi per servizi di consulenza e brokeraggio assicurativo

IMPATTO ECONOMICO

Nelle more della definizione delle procedure di gara, non sussistono elementi sufficienti a determinare una articolata determinazione degli effetti economici derivanti dalla gara regionale.

Pur non di meno si stimano più che prudenzialmente economie quantificate di importo pari alla percentuale del 5% sul costo tendenziale 2011 relativo alle voci del conto economico relative ai premi assicurativi - per l'anno 2012 si ritiene prudenzialmente di mantenere l'economia stimata per l'anno 2011

Tabella Economie su "premi assicurativi"

Premi assicurativi		C2009	2010	0%	2011	5%	2012	0%
				Tend.le 2010		Tend.le 2011		Tend.le 2012
			-	-		2.560		-
			T2010	economiche	T2011	economiche	T2012	economiche
B02565	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	37.200	37.758		38.891	1.945	40.057	-
B02570	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	11.772	11.949		12.307	615	12.676	-
totale		48.972	49.707	-	51.198	2.560	52.734	-

A conclusione del presente Programma Operativo la Regione si riserva di perseguire, in linea con quanto previsto dal Legislatore Regionale, l'obiettivo di innalzare la soglia di accesso gratuito alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, vincolandone la fattibilità e il conseguente incremento dei costi che ne derivano, alla sostenibilità economica che la Regione consegnerà per l'anno 2010 (utile/perdita).

Innalzamento della soglia ISEE di esenzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

La Regione ha attualmente fissato la soglia ISEE per la partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in €9.000.

Con Legge Regionale n.11/2010 art.97, comma 1, il Legislatore Regionale ha previsto “.....compatibilmente con la previsione di ripartizione delle risorse del FSR”, la possibilità di rideterminazione ad incremento del valore vigente ISEE entro la soglia massima di €20.000.

La Regione, nell’ambito degli obiettivi economici previsti nel presente Programma, ritiene sostenibile un innalzamento della soglia ISEE per la partecipazione al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel limite di €15.000 a decorrere dall’anno 2011.

Per la stima dell’impatto economico nel quadro tendenziale e programmatico del presente Programma, si è proceduto ad effettuare (sulla base dei dati ISTAT dell’anno 2006-ultimo dato disponibile-), un *benchmarking* dei redditi medi delle famiglie in base alla composizione del nucleo familiare e alla distribuzione geografica nel contesto nazionale (Nord, Centro, Sud e Isole).

Dalla suddetta analisi è emerso che il reddito netto familiare (esclusi i fitti imputati) per ripartizione geografica e per caratteristiche della famiglia e del principale percettore di un nucleo familiare comunque composto, è inferiore mediamente a €30.000,00.

Assunto che :

- il ticket riscosso nell’anno 2009, sia da strutture private convenzionate che da strutture pubbliche ammonta complessivamente a €78.959.424;
- il volume delle ricette di prestazioni specialistiche in esenzione per condizioni di reddito incide per oltre il 48% sul complessivo;
- al valore di reddito di €30.000 corrisponde mediamente un valore ISEE pari a circa €15.000;
- al di sotto di un reddito medio annuo di € 30.000 si colloca mediamente il 63% delle famiglie siciliane;
- in assenza di altre e più specifiche informazioni, vi sia una correlazione lineare tra il numero di ricette relative a prestazioni specialistiche rese in regime di esenzione per reddito e il numero, in termini percentuali, di famiglie con reddito ISEE inferiore a €15.000.

Per quanto assunto, la stima di impatto economico derivante dal proposto innalzamento del valore massimo ISEE a €15.000, al di sotto del quale si configura l’esenzione dalla compartecipazione al costo delle prestazioni specialistiche, ammonta a complessivi €56.182.000.

	TICKET 2009 (valore in €mgl.)	ticket riscosso tra pubblico e privato	riscosso (valore in €mgl)	note
riscosso da strutture pubbliche (dato modello CE consuntivo 2009)	41.754	53%	29.710	valore in decremento dei ricavi da ticket delle strutture pubbliche
riscosso da strutture private convenzionate (dato flusso specialistica ambulatoriale 2009)	37.205	47%	26.473	incremento di costo degli acquisti da privato convenzionato determinato assumendo invariato il volume delle prestazioni erogate rispetto al 2009
totale	78.959		56.182	

Determinando che del totale ticket riscosso nell’anno 2009 pari ad €78.959.424, la percentuale del 53% è riscossa da strutture pubbliche e la restante parte del 47% è riscossa da strutture private convenzionate, si stima che l’impatto economico dell’innalzamento della soglia ISEE in argomento comporti una riduzione delle entrate proprie delle strutture pubbliche nel 2011 di €29.710.000 ed un incremento dei costi di specialistica ambulatoriale da privato (fermo restando il volume di prestazioni erogate nel corso dell’anno 2009) pari ad €26.473.000

Si riporta di seguito la tabella con i razionali di calcolo della misura:

n°ricette di specialistica convenzionata in esenzione rispetto al totale rese	ticket complessivo riscosso (valore in €mgl.)	percentuale famiglie siciliane con reddito ISEE inferiore a €15.000	valore decremento ticket riscosso (valore in €mgl.)
A	B	C	$D=B*(1-C)/(1-A)$
48%	78.959	63%	56.182

La Regione intende potenziare le attività di verifica e controllo delle prescrizioni erogate in regime di esenzione avvalendosi delle informazioni di cui al flusso ex art.50 attraverso specifici accordi con le Amministrazioni dello Stato (Guardia di Finanza e Agenzia delle Entrate), competenti per i controlli in materia fiscale e finanziaria.

In particolare, la Regione ha stipulato apposito protocollo di intesa con la Guardia di Finanza, mentre ha espresso formale richiesta di adesione alla convenzione per l'utilizzo del servizio SIATEL dell'Agenzia delle Entrate, per l'accesso all'anagrafe tributaria.

La Regione assume l'impegno entro il 31/12/2011, di uniformare il quadro normativo regionale in tema di esenzioni per reddito e le derivanti disposizioni applicative, al contesto normativo nazionale di cui all'art. 8, comma 16 della Legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modifiche e integrazioni, all'art. 1, comma 275 delle Legge Finanziaria 2006, all'art. 79, comma 1 sexies del D.L. n. 122/2008 convertito dalla Legge n. 133/2008 e di attuare le previsioni di cui al D.M. 11/12/2009.

GOVERNANCE AZIENDALE

Data la centralità e la responsabilità del management nella gestione del SSR, la Regione attua il processo di reclutamento e di valutazione dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie provinciali, ospedaliere e ospedaliere universitarie, pubblici attraverso una analitica ricognizione delle condizioni e dei requisiti richiamati dagli articoli 3 e 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni ed effettivamente posseduti, fra gli aspiranti aventi titolo inseriti in appositi elenchi, da rendere accessibile attraverso pubblicazione sul sito web della Regione.

In particolare, è accertata la coerenza fra i requisiti posseduti e le funzioni da svolgere anche in riferimento al possesso del diploma di laurea, al possesso di qualificata esperienza professionale di direzione tecnica ed amministrativa svolta in piena aderenza con i limiti temporali indicati e con le modalità previste, la reale corrispondenza delle strutture dirette con la tipologia richiesta per le strutture da dirigere.

In relazione ai processi di valutazione del management aziendale la Regione, attraverso le articolazioni competenti, effettua il controllo, anche attraverso verifiche trimestrali, sui risultati conseguiti dai direttori generali in relazione agli obiettivi programmatici assegnati.

In base alle risultanze delle verifiche di cui sopra e per il tramite dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, si procede alla valutazione delle attività dei direttori generali, attraverso apposita metodologia basata su specifici criteri, parametri e scale di valutazione, assumendo le conseguenti determinazioni sulla base delle vigenti disposizioni di legge.

L'operato del management delle Aziende del S.S.R. è monitorato e valutato durante l'espletamento del mandato ed a conclusione dello stesso secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 502/92 e s.m.i..

ALLEGATO 1 : QUADRO DEI CONTI ECONOMICI TENDENZIALI E PROGRAMMATICI

**PROSPETTO ECONOMICO TENDENZIALE E PROGRAMMATICO DEL
SISTEMA SANITARIO REGIONALE NEL PERIODO 2010 / 2012**

		CONSUNTIVO 2009	TENDENZIALE 2010	PROGRAMMATIC O 2010	TENDENZIALE 2011	PROGRAMMATIC O 2011	TENDENZIALE 2012	PROGRAMMATIC O 2012
		CONS 2009	TEND 2010 post L.122/2010	PROGR 2010	TEND 2011 post L.122/2010	PROGR 2011	TEND 2012 post L.122/2010	PROGR 2012
A1	Contributi F.S.R.	8.204.373	8.495.954	8.495.954	8.568.029	8.568.029	8.757.071	8.757.071
A2	Entrate Proprie	265.516	231.648	231.648	231.648	201.938	231.648	201.938
A3	Costi Capitalizzati	100.299	100.299	100.299	100.299	100.299	100.299	100.299
A	Totale Ricavi Netti	8.570.188	8.827.901	8.827.901	8.899.976	8.870.266	9.089.018	9.059.308
B1	Personale	2.971.726	3.036.433	3.037.341	3.023.433	3.020.289	3.023.433	3.021.769
B2	Prodotti Farmaceutici, Emoderivati	452.551	488.755	471.780	532.743	498.941	586.017	552.282
B3	Altri Beni Sanitari	414.590	420.809	420.809	427.121	422.850	433.528	424.921
B4	Beni Non Sanitari	37.293	37.852	37.852	38.420	38.422	38.996	38.999
B5	Servizi Non Sanitari	365.036	370.505	370.590	381.276	379.380	392.178	390.507
B6	Servizi Sanitari	143.228	144.165	144.308	145.117	146.230	146.082	147.623
B7	Manutenzione	116.499	118.246	118.250	120.020	120.049	121.820	121.860
B8	Godimento Beni Di Terzi	55.306	56.136	56.136	56.978	56.978	57.832	57.832
B9	Oneri Diversi Di Gestione	47.584	43.424	43.424	43.424	43.424	43.424	43.424
B10	Ammortamenti	162.075	162.075	162.075	162.075	162.075	162.075	162.075
B11	Accantonamenti	227.287	163.885	153.434	164.737	140.821	166.972	145.626
B12	Variazione Rimanenze	3.713	0	0	0	0	0	0
B	Totale Costi Interni	4.996.888	5.042.285	5.016.000	5.095.343	5.029.459	5.172.358	5.106.921
C1	Medicina Di Base	546.539	564.028	570.837	564.028	575.686	564.028	575.686
C2	Farmaceutica Convenzionata	1.041.991	1.049.439	1.049.439	1.045.643	1.005.765	1.041.497	989.317
C3	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	641.934	678.159	678.159	691.723	691.723	705.557	705.557
C4	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	484.689	496.769	496.769	505.420	531.893	514.245	540.718
C5	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	152.430	160.313	160.313	165.776	165.776	169.091	169.091
C6	Trasporti Sanitari Da Privato	145.597	145.597	164.735	145.597	148.635	145.597	153.753
C7	Assistenza Integrativa E Protesica Da Privato	179.085	181.771	181.771	184.498	184.498	187.265	187.265
C8	Prestazioni Da Privato-Altro	152.895	156.125	173.239	160.416	205.821	165.230	248.744
C9	Prestazioni Da Pubblico	603	603	603	603	603	603	603
C	Totale Costi Esterni	3.345.763	3.432.804	3.475.865	3.463.704	3.510.401	3.493.114	3.570.734
D	Totale Costi Operativi (B+C)	8.342.651	8.475.090	8.491.865	8.559.047	8.539.859	8.665.472	8.677.655
E1	Saldo gestione Finanziaria	49.005	41.230	41.230	41.230	41.230	41.230	41.230
E2	Oneri Fiscali	217.007	216.923	216.861	216.923	215.768	216.923	215.768
E3	Saldo gestione Straordinaria	12.669	24.616	24.616	29.929	29.929	29.929	29.929
E	Saldo Componenti Finanziarie e Straordinarie	278.681	282.769	282.706	288.082	286.926	288.082	286.926
F	Totale costi netti (D+E)	8.621.332	8.757.858	8.774.571	8.847.129	8.826.786	8.953.554	8.964.582
G1	Saldo Mobilità Infra	0	0	0	0	0	0	0
G2	Saldo Mobilità Extra	-208.172	-203.788	-203.788	-203.788	-203.788	-203.788	-203.788
G3	Saldo Infragrupo Regionale	0	0	0	0	0	0	0
G	Saldo Mobilità	-208.172	-203.788	-203.788	-203.788	-203.788	-203.788	-203.788
H	Risultato Economico (A-F+G)	-259.316	-133.746	-150.459	-150.941	-160.308	-68.324	-109.062
I	Stima quota di accesso al Riparto degli 834 ml di cui alla manovra nazionale (art.2, comma 67 della L.191/2009) a valere sugli anni 2011 e 2012			0		68.536		68.536
J=H+I	STIMA RISULTATO ECONOMICO PROGRAMMATO DEL SSR REGIONE SICILIANA			-150.459		-91.771		-40.525
MISURE DI COPERTURA DA STMA MAGGIORAZIONE GETTITO FISCALE (I.311/2004-L.296/2006-L.191/2009-L.122/2010)				316.445		327.116		327.116

INCREMENTI DI COSTO FINANZIATI CON UTILIZZO DI RISORSE PER OBIETTIVI PRIORITARI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	2010	2011	2012
potenziamento eriodino dell'Assistenza Domiciliare Integrata	2.914	10.490	19.134
potenziamento della rete regionale per le Cure Palliative e terapia del dolore (HOSPICE)	728	4.977	2.212
potenziamento della rete assistenziale delle cure primarie	6.809	4.849	-
potenziamento attività semiresidenziali	-	3.600	-
TOTALE	10.451	23.916	21.346

ALLEGATO 2 : LA TENDEZIALI E PROGRAMMATICI

LA TENDENZIALE 2010																
Codice Livello La	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/Insussistenze	Altri costi	Totale	%	
10100	Igiene e sanità pubblica	16.284	424	6.569	2.571	7.801	79.982	339	4.283	15.259	2.680	1.657	3.470	141.317	1,6%	
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	796	43	1.154	191	2.080	15.718	29	1.020	2.201	195	82	574	24.081	0,3%	
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	808	145	568	331	2.080	14.253	2.434	441	3.292	317	140	688	25.499	0,3%	
10400	Sanità pubblica veterinaria	3.981	314	3.097	5.535	9.141	55.019	99	3.323	11.105	2.218	603	2.893	97.328	1,1%	
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	18.939	285	1.899	757	3.539	13.892	481	849	1.948	812	2.790	14.303	60.494	0,7%	
10600	Servizio medico legale	1.426	217	3.592	831	3.996	24.914	54	847	10.008	1.198	362	6.649	54.094	0,6%	
19999	TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	42.233	1.429	16.879	10.216	28.637	203.777	3.435	10.763	43.813	7.421	5.633	28.578	402.813	4%	
20100	Guardia medica	3.533	153	82.400	1.346	3.116	3.677	7	171	1.395	71	23	1.830	97.722	1%	
20201	Medicina generale - Medicina generica	6.692	163	365.050	7.736	5.530	13.226	9	717	8.607	848	572	2.561	411.712	5%	
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	2.263	59	85.177	1.856	2.345	4.546	7	192	2.592	212	105	1.026	100.380	1%	
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.114	154	157.249	1.925	4.745	11.052	71	1.197	1.939	533	172	3.186	184.339	2%	
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	188	62	964.571	17.613	2.740	7.248	4	494	1.909	175	702	1.178	996.884	11%	
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	131.208	125	113.991	253	2.640	8.445	6	1.255	4.171	551	155	693	263.494	3%	
20601	Assistenza specialistica - Attività clinica	32.176	1.543	277.534	10.131	26.322	118.325	223	10.062	14.027	6.683	3.247	18.751	519.022	6%	
20602	Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	23.646	994	189.394	1.247	12.675	50.835	47	4.718	6.487	4.385	906	12.851	308.185	3%	
20603	Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	18.021	1.495	110.635	3.389	12.450	51.207	110	5.399	4.675	5.730	1.647	5.103	219.859	2%	
20500	Assistenza integrativa	1.140	159	92.406	2.079	1.818	8.591	6	204	1.858	179	278	1.019	109.740	1%	
20700	Assistenza protesica	2.624	176	75.350	1.180	2.123	1.953	7	202	1.576	119	254	105	85.668	1%	
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	973	144	28.032	231	4.264	8.702	11	776	3.851	150	205	12.977	60.316	1%	
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	3.746	606	5.331	831	7.056	54.161	194	7.820	3.685	2.079	509	2.775	88.794	1%	
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	5.890	459	15.066	2.840	13.503	67.335	259	10.999	6.547	3.287	1.367	8.957	136.510	2%	
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.255	128	45.024	508	3.080	9.516	141	1.124	1.308	644	332	538	63.598	1%	
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	4.311	166	6.692	1.359	5.786	27.950	128	4.822	2.452	915	519	2.961	58.060	1%	
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	1.330	63	3.984	281	1.959	3.255	6	578	773	34	169	1.302	13.734	0%	
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	875	27	469	233	723	835	1	23	81	27	83	147	3.523	0%	
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	1.665	287	2.815	692	4.293	24.312	16	2.753	2.873	1.800	753	2.320	44.579	0%	
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.877	87	13.228	298	2.279	7.609	7	534	706	398	140	742	27.904	0%	
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	2.809	114	7.898	314	2.837	11.843	8	878	1.572	672	197	953	30.096	0%	
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	1.280	91	6.156	270	2.025	5.897	7	509	735	404	101	555	18.031	0%	
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	604	-	-	-	583	-	-	-	4	-	-	-	1.192	0%	
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	817	-	-	-	583	1.571	-	-	39	-	-	-	3.011	0%	
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	3.662	423	58.968	1.607	8.500	33.897	24	6.168	2.823	3.050	615	3.272	123.008	1%	
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.515	88	107.674	518	2.067	8.814	7	908	949	312	187	779	123.817	1%	
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	1.861	44	9.708	225	2.564	6.026	7	896	868	285	217	657	23.358	0%	
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	2.731	126	19.741	940	4.101	13.018	27	3.437	1.303	915	313	1.178	47.828	1%	
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	817	11	-	-	583	2.237	-	-	513	-	-	357	4.519	0%	
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	1.412	26	-	165	680	2.262	-	662	509	43	-	79	5.838	0%	
21100	Assistenza idrotermale	-	-	5.050	-	583	-	-	-	4	-	-	-	5.637	0%	
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	263.035	7.972	2.849.592	60.068	144.554	568.344	1.343	67.499	80.829	34.501	13.767	88.849	4.180.355	46%	
30100	Attività di pronto soccorso	22.187	1.510	5.252	764	15.733	109.454	206	13.845	2.689	2.787	1.969	5.088	181.484	2%	
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	93.190	4.534	122.768	6.365	51.570	266.584	774	29.542	15.581	14.480	5.699	20.012	631.099	7%	
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	459.061	21.245	696.275	31.979	270.430	1.456.310	4.123	176.707	107.426	97.396	29.743	116.317	3.467.011	38%	
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	27	2	-	1	603	112	-	10	4	5	7	3	773	0%	
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	6.757	293	833	280	7.651	20.761	69	3.420	1.796	3.996	366	1.579	47.801	1%	
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	2.617	285	7.846	49	3.760	14.916	69	1.711	650	524	96	1.212	33.734	0%	
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	12.530	255	2.492	106	5.552	19.382	87	1.396	1.115	538	447	789	44.689	0%	
30700	Trapianto organi e tessuti	7.927	327	15	141	5.169	11.662	9	528	199	426	101	478	26.983	0%	
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	604.296	28.451	835.480	39.684	360.468	1.899.181	5.337	227.160	129.459	120.152	38.428	145.477	4.433.573	49%	
49999	TOTALE	909.564	37.852	3.701.951	109.968	533.659	2.671.302	10.115	305.422	254.101	162.075	57.828	262.904	9.016.741	100%	

LA TENDENZIALE 2011																
Codice Livello La	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/Insusistenze	Altri costi	Totale	%	
10100	Igiene e sanità pubblica	17.185	430	6.624	2.597	7.994	79.593	339	4.283	15.259	2.680	1.657	3.481	142.121	1,6%	
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	839	44	1.164	193	2.131	15.641	29	1.020	2.201	195	82	576	24.115	0,3%	
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	853	148	573	335	2.132	14.184	2.434	441	3.292	317	140	691	25.538	0,3%	
10400	Sanità pubblica veterinaria	4.201	319	3.123	5.592	9.367	54.751	99	3.323	11.105	2.218	603	2.902	97.603	1,1%	
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	19.986	289	1.915	765	3.626	13.825	481	849	1.948	812	2.790	14.350	61.636	0,7%	
10600	Servizio medico legale	1.504	220	3.622	840	4.095	24.793	54	847	10.008	1.198	362	6.671	54.214	0,6%	
19999	TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	44.568	1.450	17.020	10.321	29.346	202.786	3.435	10.763	43.813	7.421	5.633	28.671	405.226	4%	
20100	Guardia medica	3.728	155	83.088	1.360	3.193	3.659	7	171	1.395	71	23	1.836	98.686	1%	
20201	Medicina generale - Medicina generica	7.062	166	368.097	7.816	5.667	13.162	9	717	8.607	848	572	2.569	415.292	5%	
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	2.388	60	85.888	1.875	2.403	4.523	7	192	2.592	212	105	1.029	101.275	1%	
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.231	156	158.562	1.945	4.863	10.998	71	1.197	1.939	533	172	3.197	185.864	2%	
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	198	62	972.623	17.795	2.808	7.213	4	494	1.909	175	702	1.182	1.005.165	11%	
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	138.464	127	114.942	256	2.705	8.404	6	1.255	4.171	551	155	696	271.732	3%	
20601	Assistenza specialistica - Attività clinica	33.955	1.567	279.850	10.235	26.973	117.749	223	10.062	14.027	6.683	3.247	18.811	523.382	6%	
20602	Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	24.954	1.009	190.975	1.260	12.988	50.587	47	4.718	6.487	4.385	906	12.892	311.209	3%	
20603	Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	19.018	1.517	111.559	3.424	12.758	50.958	110	5.399	4.675	5.730	1.647	5.119	221.912	2%	
20500	Assistenza integrativa	1.203	162	93.178	2.101	1.863	8.549	6	204	1.858	179	278	1.022	110.604	1%	
20700	Assistenza protesica	2.769	179	75.979	1.192	2.175	1.944	7	202	1.576	119	254	105	86.500	1%	
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.027	146	28.266	233	4.370	8.660	11	776	3.851	150	205	13.019	60.713	1%	
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consulti)	3.953	615	5.375	840	7.230	53.897	194	7.820	3.685	2.079	509	2.784	88.983	1%	
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	6.216	466	15.191	2.869	13.837	67.007	259	10.999	6.547	3.287	1.367	8.986	137.033	2%	
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.324	130	45.400	514	3.156	9.469	141	1.124	1.308	644	332	540	64.082	1%	
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	4.549	168	6.748	1.373	5.929	27.814	128	4.822	2.452	915	519	2.970	58.387	1%	
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	1.404	64	4.017	284	2.007	3.239	6	578	773	34	169	1.307	13.882	0%	
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	923	27	473	236	741	831	1	23	81	27	83	148	3.592	0%	
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	1.757	291	2.838	699	4.400	24.194	16	2.753	2.873	1.800	753	2.327	44.702	0%	
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.981	88	13.338	301	2.336	7.572	7	534	706	398	140	744	28.144	0%	
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	2.964	115	7.964	318	2.908	11.786	8	878	1.572	672	197	956	30.338	0%	
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	1.350	93	6.208	273	2.075	5.868	7	509	735	404	101	557	18.181	0%	
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	638	-	-	-	598	-	-	-	4	-	-	-	1.239	0%	
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	862	-	-	-	598	1.563	-	-	39	-	-	-	3.063	0%	
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	3.865	429	59.460	1.623	8.711	33.732	24	6.168	2.823	3.050	615	3.282	123.782	1%	
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.599	89	108.572	524	2.118	8.771	7	908	949	312	187	781	124.817	1%	
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	1.964	44	9.789	228	2.627	5.996	7	896	868	285	217	659	23.581	0%	
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	2.882	128	19.905	949	4.202	12.955	27	3.437	1.303	915	313	1.182	48.197	1%	
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	862	11	-	-	598	2.226	-	-	513	-	-	358	4.569	0%	
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	1.490	26	-	167	697	2.251	-	662	509	43	-	79	5.924	0%	
21100	Assistenza idrotermale	-	-	5.092	-	598	-	-	-	4	-	-	-	5.694	0%	
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	277.582	8.092	2.873.377	60.688	148.130	565.578	1.343	67.499	80.829	34.501	13.767	89.137	4.220.524	46%	
30100	Attività di pronto soccorso	23.414	1.532	5.295	772	16.123	108.921	206	13.845	2.689	2.787	1.969	5.105	182.658	2%	
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	98.344	4.602	123.793	6.431	52.846	265.287	774	29.542	15.581	14.480	5.699	20.076	637.455	7%	
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	484.448	21.564	702.086	32.309	277.120	1.449.223	4.123	176.707	107.426	97.396	29.743	116.694	3.498.839	38%	
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	28	2	-	1	618	112	-	10	4	5	7	3	789	0%	
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	7.130	297	840	282	7.840	20.660	69	3.420	1.796	3.996	366	1.584	48.282	1%	
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	2.761	289	7.911	50	3.853	14.843	69	1.711	650	524	96	1.216	33.973	0%	
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	13.223	259	2.512	107	5.689	19.288	87	1.396	1.115	538	447	792	45.453	0%	
30700	Trapianto organi e tessuti	8.366	332	15	142	5.297	11.605	9	528	199	426	101	479	27.500	0%	
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	637.714	28.878	842.453	40.094	369.386	1.889.939	5.337	227.160	129.459	120.152	38.428	145.948	4.474.949	49%	
49999	TOTALE	959.864	38.420	3.732.850	111.103	546.861	2.658.302	10.115	305.422	254.101	162.075	57.828	263.756	9.100.699	100%	

LA TENDENZIALE 2012

Codice Livello La	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/Insussistenze	Altri costi	Totale	%
10100	Igiene e sanità pubblica	18.253	437	6.676	2.620	8.192	79.593	339	4.283	15.259	2.680	1.657	3.510	143.498	2%
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	892	44	1.173	195	2.184	15.641	29	1.020	2.201	195	82	581	24.236	0%
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	906	150	578	338	2.185	14.184	2.434	441	3.292	317	140	696	25.659	0%
10400	Sanità pubblica veterinaria	4.462	324	3.148	5.641	9.600	54.751	99	3.323	11.105	2.218	603	2.927	98.199	1%
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	21.229	294	1.930	771	3.716	13.825	481	849	1.948	812	2.790	14.471	63.116	1%
10600	Servizio medico legale	1.598	224	3.650	847	4.197	24.793	54	847	10.008	1.198	362	6.727	54.504	1%
19999	TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	47.339	1.472	17.154	10.411	30.073	202.786	3.435	10.763	43.813	7.421	5.633	28.914	409.213	4%
20100	Guardia medica	3.960	157	83.742	1.372	3.272	3.659	7	171	1.395	71	23	1.851	99.681	1%
20201	Medicina generale - Medicina generica	7.501	168	370.997	7.884	5.808	13.162	9	717	8.607	848	572	2.591	418.864	5%
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	2.537	60	86.565	1.891	2.463	4.523	7	192	2.592	212	105	1.038	102.186	1%
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.370	158	159.811	1.962	4.983	10.998	71	1.197	1.939	533	172	3.224	187.419	2%
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	211	63	980.286	17.949	2.877	7.213	4	494	1.909	175	702	1.192	1.013.075	11%
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	147.074	129	115.848	258	2.772	8.404	6	1.255	4.171	551	155	702	281.324	3%
20601	Assistenza specialistica - Attività clinica	36.067	1.590	282.055	10.324	27.642	117.749	223	10.062	14.027	6.683	3.247	18.971	528.639	6%
20602	Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	26.506	1.025	192.480	1.271	13.310	50.587	47	4.718	6.487	4.385	906	13.001	314.723	3%
20603	Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	20.200	1.540	112.438	3.453	13.074	50.958	110	5.399	4.675	5.730	1.647	5.163	224.385	2%
20500	Assistenza integrativa	1.278	164	93.912	2.119	1.910	8.549	6	204	1.858	179	278	1.031	111.489	1%
20700	Assistenza protesica	2.941	181	76.577	1.203	2.229	1.944	7	202	1.576	119	254	106	87.339	1%
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.091	148	28.488	235	4.478	8.660	11	776	3.851	150	205	13.129	61.222	1%
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu)	4.199	624	5.417	847	7.410	53.897	194	7.820	3.685	2.079	509	2.808	89.491	1%
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	6.602	473	15.311	2.894	14.180	67.007	259	10.999	6.547	3.287	1.367	9.062	137.990	1%
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.407	132	45.758	518	3.234	9.469	141	1.124	1.308	644	332	544	64.611	1%
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	4.832	171	6.801	1.384	6.076	27.814	128	4.822	2.452	915	519	2.995	58.910	1%
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	1.491	65	4.049	287	2.057	3.239	6	578	773	34	169	1.318	14.065	0%
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	980	28	477	238	759	831	1	23	81	27	83	149	3.675	0%
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	1.866	296	2.861	705	4.509	24.194	16	2.753	2.873	1.800	753	2.347	44.973	0%
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	2.104	89	13.443	303	2.393	7.572	7	534	706	398	140	750	28.440	0%
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	3.149	117	8.027	320	2.980	11.786	8	878	1.572	672	197	964	30.669	0%
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	1.434	94	6.257	276	2.127	5.868	7	509	735	404	101	561	18.373	0%
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	677	-	-	-	613	-	-	-	4	-	-	-	1.294	0%
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	916	-	-	-	613	1.563	-	-	39	-	-	-	3.131	0%
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	4.105	436	59.929	1.637	8.926	33.732	24	6.168	2.823	3.050	615	3.310	124.755	1%
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.698	90	109.428	528	2.171	8.771	7	908	949	312	187	788	125.837	1%
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	2.086	45	9.866	230	2.692	5.996	7	896	868	285	217	665	23.854	0%
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	3.061	130	20.062	957	4.306	12.955	27	3.437	1.303	915	313	1.192	48.657	1%
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	916	12	-	-	613	2.226	-	-	513	-	-	361	4.640	0%
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	1.583	27	-	168	714	2.251	-	662	509	43	-	80	6.037	0%
21100	Assistenza idrotermale	-	-	5.132	-	613	-	-	-	4	-	-	-	5.749	0%
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	294.841	8.213	2.896.015	61.216	151.803	565.578	1.343	67.499	80.829	34.501	13.767	89.893	4.265.498	46%
30100	Attività di pronto soccorso	24.870	1.555	5.337	779	16.522	108.921	206	13.845	2.689	2.787	1.969	5.148	184.628	2%
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	104.459	4.671	124.768	6.487	54.156	265.287	774	29.542	15.581	14.480	5.699	20.246	646.150	7%
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	514.569	21.887	707.618	32.590	283.990	1.449.223	4.123	176.707	107.426	97.396	29.743	117.683	3.542.955	38%
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	30	2	-	1	633	112	-	10	4	5	7	3	806	0%
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	7.574	301	847	285	8.035	20.660	69	3.420	1.796	3.996	366	1.597	48.946	1%
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	2.933	294	7.973	50	3.948	14.843	69	1.711	650	524	96	1.226	34.318	0%
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	14.045	263	2.532	108	5.830	19.288	87	1.396	1.115	538	447	798	46.447	1%
30700	Trapianto organi e tessuti	8.886	337	15	144	5.428	11.605	9	528	199	426	101	483	28.162	0%
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	677.365	29.311	849.091	40.442	378.543	1.889.939	5.337	227.160	129.459	120.152	38.428	147.185	4.532.413	49%
49999	TOTALE	1.019.545	38.996	3.762.260	112.069	560.419	2.658.302	10.115	305.422	254.101	162.075	57.828	265.991	9.207.124	100%

LA PROGRAMMATICO 2010

Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/Insussistenze	Altri costi	Totale	%
Igiene e sanità pubblica	15.980	424	6.645	2.585	7.802	79.993	339	4.283	15.259	2.680	1.657	3.332	140.979	2%
Igiene degli alimenti e della nutrizione	781	43	1.167	192	2.080	29.078	29	1.020	2.201	195	82	551	37.419	0%
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	793	145	575	333	2.081	14.255	2.434	441	3.292	317	140	661	25.467	0%
Sanità pubblica veterinaria	3.906	314	3.133	5.566	9.143	68.385	99	3.323	11.105	2.218	603	2.778	110.573	1%
Attività di prevenzione rivolte alle persone	18.586	285	1.921	761	3.539	13.894	481	849	1.948	812	2.790	13.735	59.601	1%
Servizio medico legale	1.399	217	3.634	836	3.997	38.276	54	847	10.008	1.198	362	6.385	67.212	1%
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	41.445	1.429	17.076	10.273	28.642	243.881	3.435	10.763	43.813	7.421	5.633	27.442	441.251	5%
Guardia medica	3.467	153	83.358	1.353	3.116	3.677	7	171	1.395	71	23	1.757	98.550	1%
Medicina generale - Medicina generica	6.567	163	369.296	7.780	5.531	13.228	9	717	8.607	848	572	2.459	415.777	5%
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	2.221	59	86.168	1.866	2.346	4.546	7	192	2.592	212	105	985	101.299	1%
Emergenza sanitaria territoriale	2.075	154	159.078	1.936	4.746	11.053	71	1.197	1.939	533	172	3.060	186.015	2%
Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	185	62	975.791	17.711	2.740	7.249	4	494	1.909	175	702	1.131	1.008.153	11%
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	128.760	125	115.317	255	2.640	8.446	6	1.255	4.171	551	155	666	262.346	3%
Assistenza specialistica - Attività clinica	31.575	1.543	280.762	10.187	26.326	118.342	223	10.062	14.027	6.683	3.247	18.005	520.982	6%
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	23.205	994	191.597	1.254	12.677	50.842	47	4.718	6.487	4.385	906	12.340	309.452	3%
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	17.685	1.495	111.922	3.408	12.452	51.214	110	5.399	4.675	5.730	1.647	4.900	220.635	2%
Assistenza integrativa	1.119	159	93.481	2.091	1.819	8.592	6	204	1.858	179	278	979	110.766	1%
Assistenza protesica	2.575	176	76.226	1.187	2.123	7.297	7	202	1.576	119	254	101	91.842	1%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.625	144	28.358	232	4.265	14.047	11	776	3.851	150	205	12.461	66.124	1%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consulti)	4.346	606	5.393	836	7.057	67.527	194	7.820	3.685	2.079	509	2.665	102.717	1%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	6.227	459	15.241	2.856	13.505	80.703	259	10.999	6.547	3.287	1.367	8.601	150.051	2%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.678	128	45.548	511	3.080	14.860	141	1.124	1.308	644	332	516	69.871	1%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	4.676	166	6.770	1.366	5.787	41.313	128	4.822	2.452	915	519	2.843	71.757	1%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	1.751	63	4.030	283	1.959	8.599	6	578	773	34	169	1.251	19.496	0%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	1.305	27	475	234	723	6.178	1	23	81	27	83	141	9.297	0%
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	2.080	287	2.847	696	4.294	29.659	16	2.753	2.873	1.800	753	2.227	50.287	1%
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	2.288	87	13.381	299	2.280	12.953	7	534	706	398	140	712	33.786	0%
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	3.203	114	7.990	316	2.838	17.188	8	878	1.572	672	197	915	35.891	0%
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	1.702	91	6.228	272	2.025	11.241	7	509	735	404	101	533	23.849	0%
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	1.039	-	-	-	584	5.343	-	-	4	-	-	-	6.970	0%
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	1.248	-	-	-	584	1.571	-	-	39	-	-	-	3.442	0%
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	4.040	423	59.654	1.616	8.502	33.901	24	6.168	2.823	3.050	615	3.142	123.957	1%
Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.933	88	108.926	521	2.067	8.815	7	908	949	312	187	748	125.461	1%
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	2.273	44	9.821	227	2.564	6.027	7	896	868	285	217	631	23.859	0%
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	3.126	126	19.970	945	4.101	13.020	27	3.437	1.303	915	313	1.131	48.414	1%
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	1.248	11	-	-	584	2.237	-	-	513	-	-	343	4.936	0%
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	1.832	26	-	166	680	2.263	-	662	509	43	-	76	6.256	0%
Assistenza idrotermale	-	-	5.109	-	584	-	-	-	4	-	-	-	5.696	0%
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	267.052	7.972	2.882.738	60.404	144.578	661.932	1.343	67.499	80.829	34.501	13.767	85.317	4.307.934	48%
Attività di pronto soccorso	21.773	1.510	5.313	768	15.736	109.469	206	13.845	2.689	2.787	1.969	4.886	180.951	2%
Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	86.988	4.534	124.196	6.401	51.579	266.621	774	29.542	15.581	14.480	5.699	19.216	625.611	7%
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	446.031	21.245	704.374	32.157	270.475	1.322.931	4.123	176.707	107.426	97.396	29.743	111.693	3.324.300	37%
Interventi ospedalieri a domicilio	26	2	-	1	603	112	-	10	4	5	7	2	773	0%
Ass. ospedaliera per lungodegenti	6.631	293	843	281	7.652	20.764	69	3.420	1.796	3.996	366	1.516	47.627	1%
Ass. ospedaliera per riabilitazione	2.568	285	7.937	49	3.760	14.918	69	1.711	650	524	96	1.164	33.731	0%
Emocomponenti e servizi trasfusionali	12.296	255	2.520	106	5.553	19.385	87	1.396	1.115	538	447	758	44.457	0%
Trapianto organi e tessuti	7.779	327	15	142	5.170	11.663	9	528	199	426	101	459	26.819	0%
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	584.092	28.451	845.198	39.906	360.528	1.765.864	5.337	227.160	129.459	120.152	38.428	139.694	4.284.269	47%
TOTALE	892.589	37.852	3.745.012	110.582	533.748	2.671.677	10.115	305.422	254.101	162.075	57.828	252.453	9.033.454	100%

LA PROGRAMMATICO 2011															
Codice Livello La	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/ Insussistenze	Altri costi	Totale	%
10100	Igiene e sanità pubblica	16.503	430	6.706	2.710	7.967	79.353	339	4.283	15.259	2.680	1.657	3.165	141.052	2%
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	806	44	1.178	201	2.124	42.097	29	1.020	2.201	195	82	524	50.501	1%
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	819	148	580	349	2.125	14.141	2.434	441	3.292	317	140	628	25.413	0%
10400	Sanità pubblica veterinaria	4.034	319	3.162	5.834	9.335	81.089	99	3.323	11.105	2.218	603	2.639	123.761	1%
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	19.194	289	1.939	798	3.614	13.783	481	849	1.948	812	2.790	13.049	59.545	1%
10600	Servizio medico legale	1.445	220	3.667	876	4.081	51.221	54	847	10.008	1.198	362	6.066	80.045	1%
19999	TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	42.801	1.450	17.233	10.768	29.245	281.685	3.435	10.763	43.813	7.421	5.633	26.071	480.318	5%
20100	Guardia medica	3.580	155	84.127	1.419	3.182	3.648	7	171	1.395	71	23	1.669	99.448	1%
20201	Medicina generale - Medicina generica	6.782	166	372.702	8.155	5.648	13.122	9	717	8.607	848	572	2.336	419.663	5%
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	2.294	60	86.962	1.956	2.395	4.510	7	192	2.592	212	105	936	102.221	1%
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.143	156	160.545	2.029	4.846	10.965	71	1.197	1.939	533	172	2.907	187.504	2%
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	191	62	984.790	18.565	2.798	7.191	4	494	1.909	175	702	1.075	1.017.956	11%
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	132.972	127	116.380	267	2.696	8.378	6	1.255	4.171	551	155	633	267.591	3%
20601	Assistenza specialistica - Attività clinica	32.608	1.567	283.351	10.678	26.881	117.395	223	10.062	14.027	6.683	3.247	17.106	523.827	6%
20602	Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	23.964	1.009	193.364	1.315	12.944	50.435	47	4.718	6.487	4.385	906	11.723	311.298	3%
20603	Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	18.263	1.517	112.954	3.572	12.714	50.804	110	5.399	4.675	5.730	1.647	4.655	222.040	2%
20500	Assistenza integrativa	1.155	162	94.343	2.192	1.857	8.524	6	204	1.858	179	278	930	111.689	1%
20700	Assistenza protesica	2.659	179	76.929	1.244	2.168	12.539	7	202	1.576	119	254	96	97.971	1%
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	3.291	146	28.619	244	4.355	19.235	11	776	3.851	150	205	11.838	72.720	1%
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consul)	5.364	615	5.442	876	7.206	80.238	194	7.820	3.685	2.079	509	2.532	116.561	1%
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	7.306	466	15.381	2.994	13.790	93.309	259	10.999	6.547	3.287	1.367	8.171	163.876	2%
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	3.115	130	45.968	536	3.145	20.042	141	1.124	1.308	644	332	491	76.976	1%
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	5.705	168	6.833	1.432	5.909	54.234	128	4.822	2.452	915	519	2.701	85.817	1%
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	2.684	64	4.067	297	2.000	13.831	6	578	773	34	169	1.188	25.692	0%
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	5.034	27	479	246	738	11.430	1	23	81	27	83	134	18.303	0%
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	3.024	291	2.874	730	4.385	34.722	16	2.753	2.873	1.800	753	2.116	56.337	1%
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	3.239	88	13.505	314	2.328	18.150	7	534	706	398	140	677	40.085	0%
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	4.183	115	8.064	331	2.898	22.351	8	878	1.572	672	197	869	42.139	0%
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	2.633	93	6.285	285	2.068	16.452	7	509	735	404	101	506	30.079	0%
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	1.949	-	-	-	596	10.601	-	-	4	-	-	-	13.150	0%
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	2.165	-	-	-	596	1.558	-	-	39	-	-	-	4.358	0%
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	5.048	429	60.204	1.693	8.681	33.630	24	6.168	2.823	3.050	615	2.985	125.351	1%
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	3.379	89	109.930	546	2.111	8.745	7	908	949	312	187	711	127.874	1%
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	3.223	44	9.911	237	2.618	5.978	7	896	868	285	217	509	24.885	0%
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	4.104	128	20.154	990	4.188	12.916	27	3.437	1.303	915	313	1.075	49.549	1%
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	2.165	11	-	-	596	2.219	-	-	513	-	-	326	5.830	0%
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	5.579	26	-	174	694	2.245	-	662	509	43	-	72	10.004	0%
21100	Assistenza idrotermale	-	-	5.156	-	596	-	-	-	4	-	-	-	5.755	0%
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	299.802	8.092	2.909.322	63.317	147.625	749.398	1.343	67.499	80.829	34.501	13.767	81.055	4.456.549	49%
30100	Attività di pronto soccorso	22.485	1.533	5.362	805	16.067	108.593	206	13.845	2.689	2.787	1.969	4.642	180.984	2%
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	80.616	4.602	125.342	6.709	52.666	264.489	774	29.542	15.581	14.480	5.699	18.256	618.755	7%
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	451.405	21.565	710.869	33.708	276.174	1.179.833	4.123	176.707	107.426	97.396	29.743	106.113	3.195.062	35%
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	27	2	-	1	616	111	-	10	4	5	7	2	785	0%
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	4.082	297	851	295	7.813	20.598	69	3.420	1.796	3.996	366	1.440	45.024	0%
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	113	289	8.010	52	3.840	14.799	69	1.711	650	524	96	1.106	31.031	0%
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	12.698	259	2.544	111	5.670	19.230	87	1.396	1.115	538	447	720	44.815	0%
30700	Trapianto organi e tessuti	8.034	332	16	149	5.279	11.570	9	528	199	426	101	436	27.078	0%
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	579.235	28.880	852.992	41.830	368.124	1.619.222	5.337	227.160	129.459	120.152	38.428	132.714	4.143.535	46%
49999	TOTALE	921.791	38.422	3.779.547	115.915	544.994	2.650.305	10.115	305.422	254.101	162.075	57.828	239.840	9.080.356	100%

LA PROGRAMMATICO 2012

Codice Livello La	Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari	Personale sanitario	Personale professionale	Personale tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze/Inesistenze	Altri costi	Totale	%
10100	Igiene e sanita' pubblica	17.495	437	6.813	2.777	8.168	79.353	339	4.283	15.259	2.680	1.657	3.229	142.490	2%
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	855	44	1.197	206	2.177	47.398	29	1.020	2.201	195	82	534	55.938	1%
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	868	150	590	358	2.178	14.141	2.434	441	3.292	317	140	641	25.549	0%
10400	Sanita' pubblica veterinaria	4.277	324	3.213	5.979	9.572	86.390	99	3.323	11.105	2.218	603	2.692	129.793	1%
10500	Attivita' di prevenzione rivolte alle persone	20.347	294	1.970	817	3.705	13.783	481	849	1.948	812	2.790	13.310	61.107	1%
10600	Servizio medico legale	1.532	224	3.726	898	4.185	56.522	54	847	10.008	1.198	362	6.188	85.741	1%
19999	TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	45.373	1.472	17.508	11.035	29.986	297.586	3.435	10.763	43.813	7.421	5.633	26.593	500.619	5%
20100	Guardia medica	3.795	157	85.470	1.454	3.263	3.648	7	171	1.395	71	23	1.703	101.158	1%
20201	Medicina generale - Medicina generica	7.190	168	378.651	8.357	5.791	13.122	9	717	8.607	848	572	2.383	426.415	5%
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	2.431	60	88.351	2.005	2.456	4.510	7	192	2.592	212	105	955	103.876	1%
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.271	158	163.108	2.080	4.969	10.965	71	1.197	1.939	533	172	2.965	190.429	2%
20401	Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	202	63	1.000.510	19.025	2.869	7.191	4	494	1.909	175	702	1.096	1.034.242	11%
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	140.966	129	118.238	273	2.764	8.378	6	1.255	4.171	551	155	645	277.532	3%
20601	Assistenza specialistica - Attivita' clinica	34.569	1.590	287.874	10.943	27.561	117.395	223	10.062	14.027	6.683	3.247	17.448	531.622	6%
20602	Assistenza specialistica - Attivita' di laboratorio	25.405	1.025	196.451	1.347	13.272	50.435	47	4.718	6.487	4.385	906	11.958	316.435	3%
20603	Assistenza specialistica - Attivita' di diagnostica strumentale e per immagini	19.361	1.540	114.757	3.660	13.036	50.804	110	5.399	4.675	5.730	1.647	4.748	225.468	2%
20500	Assistenza integrativa	1.225	164	95.849	2.246	1.904	8.524	6	204	1.858	179	278	948	113.386	1%
20700	Assistenza protesica	2.819	181	78.157	1.275	2.223	17.840	7	202	1.576	119	254	98	104.750	1%
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	8.375	148	29.076	250	4.465	24.536	11	776	3.851	150	205	12.075	83.917	1%
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu)	9.595	624	5.529	898	7.388	93.490	194	7.820	3.685	2.079	509	2.583	134.394	1%
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	11.654	473	15.627	3.068	14.139	106.560	259	10.999	6.547	3.287	1.367	8.335	182.315	2%
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	8.189	132	46.702	549	3.225	25.343	141	1.124	1.308	644	332	500	88.188	1%
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	9.957	171	6.942	1.468	6.058	59.534	128	4.822	2.452	915	519	2.755	95.720	1%
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	7.732	65	4.132	304	2.051	19.131	6	578	773	34	169	1.212	36.187	0%
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	10.223	28	487	252	757	16.730	1	23	81	27	83	137	28.827	0%
20901	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	8.092	296	2.920	748	4.496	40.023	16	2.753	2.873	1.800	753	2.159	66.927	1%
20902	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	8.319	89	13.720	322	2.387	18.150	7	534	706	398	140	690	45.463	0%
20903	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	8.344	117	8.192	340	2.971	22.351	8	878	1.572	672	197	887	46.529	1%
20904	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	7.678	94	6.386	292	2.120	16.452	7	509	735	404	101	516	35.295	0%
20905	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	3.043	-	-	-	611	10.601	-	-	4	-	-	-	14.259	0%
20906	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	7.181	-	-	-	611	1.558	-	-	39	-	-	-	9.390	0%
21001	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	9.260	436	61.165	1.735	8.900	33.630	24	6.168	2.823	3.050	615	3.045	130.852	1%
21002	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	7.491	90	111.685	560	2.164	8.745	7	908	949	312	187	725	133.823	1%
21003	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	7.325	45	10.069	243	2.684	5.978	7	896	868	285	217	611	29.231	0%
21004	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	8.260	130	20.476	1.015	4.294	12.916	27	3.437	1.303	915	313	1.096	54.180	1%
21005	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	5.226	12	-	-	611	2.219	-	-	513	-	-	332	8.913	0%
21006	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	9.823	27	-	178	712	2.245	-	662	509	43	-	73	14.272	0%
21100	Assistenza idrotermale	-	-	5.238	-	611	-	-	-	4	-	-	-	5.853	0%
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	396.001	8.214	2.955.764	64.886	151.361	813.005	1.343	67.499	80.829	34.501	13.767	82.679	4.669.849	51%
30100	Attivita' di pronto soccorso	23.837	1.556	5.447	825	16.474	108.593	206	13.845	2.689	2.787	1.969	4.735	182.964	2%
30201	Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	61.032	4.672	127.342	6.876	53.999	264.489	774	29.542	15.581	14.480	5.699	18.622	603.107	7%
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	454.111	21.889	722.217	34.544	283.164	1.100.324	4.123	176.707	107.426	97.396	29.743	108.239	3.139.881	34%
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	29	2	-	1	631	111	-	10	4	5	7	2	803	0%
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	10.331	302	864	302	8.011	20.598	69	3.420	1.796	3.996	366	1.469	30.863	0%
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	14.778	294	8.138	53	3.937	14.799	69	1.711	650	524	96	1.128	16.619	0%
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	13.462	263	2.584	114	5.813	19.230	87	1.396	1.115	538	447	734	45.784	0%
30700	Trapianto organi e tessuti	8.517	337	16	52	5.413	11.570	9	528	199	426	101	445	27.712	0%
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	535.879	29.313	866.609	42.867	377.441	1.539.713	5.337	227.160	129.459	120.152	38.428	135.373	4.047.733	44%
49999	TOTALE	977.204	38.999	3.839.881	118.789	558.788	2.650.305	10.115	305.422	254.101	162.075	57.828	244.645	9.218.152	100%

ALLEGATO 3: TABELLA DI RIEPILOGO DELLE AZIONI PROPOSTE NEL PIANO OPERATIVO

QUADRO DI RIEPILOGO DEGLI EFFETTI ECONOMICI DELLE AZIONI DEL PIANO OPERATIVO 2010/2012				VALORE ECONOMICO DELLE AZIONI		
				(-) DECREMENTI DI COSTI / INCREMENTI RICAVI (+) INCREMENTI DI COSTI / DECREMENTI RICAVI		
ASSE	INTERVENTI	AZIONI	DESCRIZIONE	2010	2011	2012
1.a) Interventi di completamento dei processi avviati nel Piano di contenimento e di riqualificazione del S.S.R 2007/2009	1 Rimodulazione rete Ospedaliera	1.1	Programma operativo per il completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera	0	0	0
		1.2	Adeguamento organizzativo delle strutture da riconvertire	0	-1.500	-1.500
		1.3	Trasferimento prestazioni ospedaliere di cui ai DRG ad alto rischio di inappropriata verso regime ambulatoriale e fissazione relative tariffe	0	0	0
		1.4	Completamento del percorso di riconversione delle case di cura psichiatriche	0	0	0
		TOTALE INTERVENTO 1			0	-1.500
	2 Completamento del processo di riordino del sistema emergenza urgenza	2.1	Programmazione delle modalità organizzative di trasporto terrestre	20.505	13.541	18.659
		2.2	Definizione rete ospedaliera dell'emergenza	0	0	0
		TOTALE INTERVENTO 2			20.505	13.541
	3 Tessera Sanitaria	3.1	Aggiornamento anagrafiche assistiti	0	0	0
		3.2	Implementazione sistema di controllo della trasmissione dati ricette specialistica art. 50 per le ASP che presentano elevate criticità (Catania, Palermo, Ragusa)	0	0	0
		3.3	Piano di recupero straordinario trasmissione associazione medico-ricettario	0	0	0
		3.4	Implementazione utilizzo Tessera Sanitaria	0	0	0
		TOTALE INTERVENTO 3			0	0
	4 Monitoraggio razionalizzazione rete laboratoristica	4.1	Monitoraggio attuazione Piani Aziendali di accorpamento	0	0	0
	TOTALE INTERVENTO 4			0	0	0
	1.b) Interventi di Sviluppo	5 Potenziamento del Territorio	5.1	Potenziamento rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite e dell'integrazione socio sanitaria	14.201	28.402
5.2			Attivazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)	0	0	0
5.3			Rinnovo dell'accordo integrativo regionale per le cure primarie (MMG)	6.809	11.658	11.658
5.4			Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate	2.914	13.404	32.537
5.5			Potenziamento rete regionale cure palliative e terapia del dolore	728	5.705	7.917
5.6			Attivazione Punti Unici di Accesso (PUA)	0	0	0
5.7			CUP regionale	0	0	0
5.8			Realizzazione di attività semiresidenziali	0	3.600	3.600
TOTALE INTERVENTO 5			24.651	62.768	103.089	
6 Programma Istituzione sistema di governo clinico		6.1	Attivazione Sistema Regionale per la gestione del rischio clinico	0	0	0
		6.2	Programma Regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e della qualità della codifica nella SDO	0	0	0
		6.3	Miglioramento delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	0	0	0
		6.4	Adeguamento del sistema regionale per il governo dei tempi di attesa	0	0	0
		6.5	Programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private	0	0	0
TOTALE INTERVENTO 6			0	0	0	
7 art.79	7.1	Procedure per l'affidamento dei servizi di consulenza direzionale ed operativa di cui al DA 799 del 12/03/2010	0	0	0	
TOTALE INTERVENTO 7			0	0	0	
2 Interventi di efficientamento	8 Farmaceutica Convenzionata	8.1	Riconferma delle quote di partecipazione (ticket) alla spesa farmaceutica	0	0	0
		8.2	misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	0	-39.878	-52.181
		8.3	Altre misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero	0	0	0
		TOTALE INTERVENTO 8			0	-39.878
	9 Personale	9.1	Rideterminazione dotazioni organiche delle aziende sanitarie	-992	-17.000	-17.000
		9.2	Rideterminazione fondi contrattuali (art.16 LR 5/2009)	0	0	0
		TOTALE INTERVENTO 9			-992	-17.000
	10 Beni e Servizi	10.1	Programmazione inter-aziendale di bacino		-4.271	-8.606
		10.2	Procedure di gara regionale	-17.000	-36.560	-36.560
	TOTALE INTERVENTO 10			-17.000	-40.831	-45.166
Incremento della spesa ISEE di esenzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (impatto economico rilevante in termini di riduzione di ricavi da compartecipazione)	Decrementi dei ricavi proprie delle Aziende reattiva ai Ticket			0	29.710	29.710
	Incrementi dei costi per acquisti di prestazioni specialistiche ambulatoriali da privato			0	26.473	26.473
	TOTALE EFFETTO ECONOMICO			0	56.182	56.182
(A) Σ Azioni + Effetti innalzamento	Valore Complessivo delle azioni del Programma Operativo 2010/2012			27.164	33.283	62.083
(B)	Valore degli utilizzi degli accantonamenti tendenziali per la realizzazione degli Obiettivi di PSN correlati alle "Azioni" 5.3, 5.4, 5.5 e 5.8			-10.451	-23.916	-21.346
(C) = (A) + (B)	Variazione economica complessiva annua (Costi - Ricavi) tra Tendenziale e Programmato derivanti dalle azioni del Programma Operativo 2010/2012			16.714	9.367	40.738