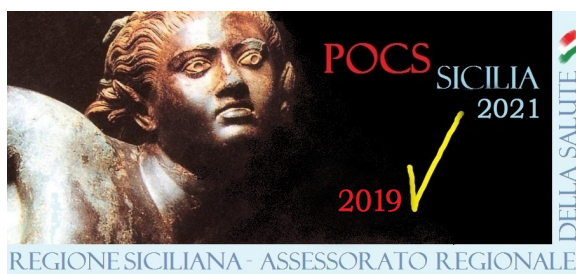




Regione Siciliana

Assessorato della Salute



**PROGRAMMA OPERATIVO
DI CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO
2019-2021**

Indice generale

1 - Premessa e quadro normativo.....	3
1.1 Stato di attuazione del P.O.C.S. 2016-2018.....	5
2 - Governo del sistema sanitario.....	7
2.1 Costruzione del tendenziale 2019-2021 e riepilogo manovre del programmatico.....	7
2.2 Certificabilità dei bilanci del SSR (P.A.C.).....	21
2.3 Programmazione ricerca, innovazione internazionalizzazione e attrazione di investimenti.....	22
3. Aree di intervento.....	24
3.1 Prevenzione – Sanità pubblica.....	24
3.1.a) Potenziamento screening oncologici.....	24
3.1.b) Screening uditivo neonatale.....	25
3.1.c) Screening oculistico neonatale.....	26
3.1.d) Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.....	27
3.1.e) Igiene Pubblica.....	35
3.1.f) Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione.....	37
3.1.g) Controllo malattie croniche e sorveglianza fattori di rischio comportamentali.....	39
3.2 Rete Ospedaliera.....	41
3.3 Rete Territoriale dell'Emergenza-Urgenza.....	50
3.4 Rete Territoriale.....	56
3.5 Flussi informativi.....	63
3.6 Gestione e monitoraggio sull'acquisto di beni e servizi.....	68
3.7 Spesa farmaceutica.....	71
3.8 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti.....	77
3.9 Accreditemento istituzionale.....	78
3.10 Misure di contrasto alla mobilità sanitaria interregionale passiva.....	85
3.11 Gestione del personale.....	89
3.12 Piani di Rientro delle Aziende del SSR - art.1 c. 524 e ss. L. 28.12.2015, n. 208.....	100
3.13 Piano Triennale 2019-2021 di riorganizzazione ed efficientamento dell'ISMETT.....	105
3.14 Investimenti in sanità.....	107
3.15 Tempi di pagamento.....	112
3.16 SovraCup regionale e Portale di accesso ai servizi.....	115
3.17 Ulteriori misure di contrasto all'emergenza epidemiologica a valere su risorse ex dl n. 34/2020 e dl n. 104/2020.....	117

1 - Premessa e quadro normativo

La Regione Siciliana, nel triennio 2016-2018, è stata impegnata nel raggiungimento degli obiettivi di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale definitivi dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) 2016-2018 adottato - avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 15, comma 20 del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012 - in continuità con il Programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013-2015 e con il Programma Operativo 2010-2012 di prosecuzione del Piano di rientro (Piano di Contenimento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009).

Questi anni di vigenza dei piani di rientro hanno visto, pertanto, la Regione impegnata in un'azione di profondo e radicale rinnovamento del sistema sanitario regionale che ha dato luogo a quello che può definirsi un processo di riconversione strutturale per garantire la sostenibilità dei livelli essenziali di assistenza, coniugando qualità, sviluppo e disponibilità delle risorse.

In questa complessa opera di ricostruzione e di risanamento è stato evidente come lo strumento dei piani di rientro abbia costituito per la Regione una leva strategica per accelerare il processo di cambiamento, radicare capacità di autoanalisi e di governo dei dati ed introdurre a sistema rigorose metodologie di programmazione, verifica, confronto e valutazione.

Ne è prova il progressivo miglioramento dei risultati di processo e di esito, accertati in sede di verifica, e di contestuale riduzione fino a eliminazione del disavanzo, conseguiti dalla Regione nell'articolato percorso di realizzazione ed attuazione del piano di rientro, poi evoluto nei programmi operativi.

Nel triennio 2016-2018, come certificato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, la Regione Siciliana:

- a Conto consuntivo 2018 presenta un disavanzo di 0,003 mln di euro ed ha predisposto coperture per 80,283 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione a Conto consuntivo 2018, dopo le suddette coperture, risulta in avanzo di 80,280 mln di euro;
- si è impegnata nella realizzazione delle misure previste dal P.O.C.S., che ha in parte completato; permangono, tuttavia, alcune criticità, soprattutto connesse al provvedimento di adeguamento della rete ospedaliera e dell'emergenza al D.M. n.70/2015, approvato da ultimo con la Deliberazione della Giunta Regionale n.329 del 14.09.2018 ed ai conseguenti e molteplici provvedimenti di attuazione;
- relativamente all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) è stato mantenuto un livello sufficiente con criticità ascrivibili in particolare al settore della prevenzione (inadeguati livelli di adesione agli screening oncologici, bassa copertura vaccinale), ad alcuni aspetti dell'assistenza territoriale, dell'assistenza residenziale ad anziani e disabili, ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera e del percorso nascita.

Nell'ottica del consolidamento dei risultati fin qui raggiunti, della definizione degli interventi avviati e non completati e della pianificazione di ulteriori interventi di sistema conseguenti agli obblighi derivanti dall'attuazione delle disposizioni normative nazionali, occorre sviluppare ulteriori strategie che, agendo sull'organizzazione, sull'appropriatezza clinica e investendo sulla valorizzazione delle risorse professionali e della partecipazione civica, determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere della popolazione, a fronte del progressivo decremento del finanziamento complessivo del sistema sanitario e sociosanitario.

Pertanto questa Regione ha deciso di avvalersi dell'opportunità prevista dall'articolo 15, comma 20 del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012, mediante la prosecuzione del Programma Operativo per un triennio, a decorrere dal 2019, con l'elaborazione di un "Piano di implementazione e sviluppo" dei risultati fin qui raggiunti, nonché di completamento di interventi previsti dal precedente POCS 2016-2018 e non del tutto definiti o in ulteriori attività di consolidamento e miglioramento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

A tal fine, nel paragrafo relativo ad ogni azione è indicata la correlazione con l'analogo adempimento LEA, secondo le indicazioni contenute nel Questionario LEA 2018, nonché quella con l'analogo adempimento MEF di cui al documento adempimenti 2018.

Il coordinamento ed il monitoraggio dell'attuazione degli interventi operativi del P.O.C.S. 2019-2021 sono in carico all'Area Interdipartimentale 2 "Programmazione Sanitaria regionale" del Dipartimento Pianificazione Strategica (D.P.S.) dell'Assessorato della Salute.

Le singole azioni sono in carico ai Dirigenti Responsabili dei Servizi dell'Assessorato, competenti per materia, indicati nei rispettivi capitoli.

Il presente documento è corredato da tre allegati:

Allegato 1 - Modelli CE Tenzionali e Programmatici 2019/2021

Allegato 2 - Modello LA_Tenzionali e Programmatici 2019/2021

Allegato 3 - Cronoprogramma.

1.1 Stato di attuazione del P.O.C.S. 2016-2018

PREVENZIONE - Nel triennio di vigenza del programma sono stati posti in essere numerosi interventi finalizzati al potenziamento degli **screening oncologici**, che hanno prodotto un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza: attualmente si osserva che tutte le 9 Aziende Sanitarie Provinciali hanno attivato lo screening del cervicocarcinoma, lo screening mammografico e lo screening del tumore del colonretto, con un notevole incremento del numero di inviti e di test eseguiti sul territorio regionale (per lo screening cervicale si è passati da 115.120 inviti e 23.110 Pap test eseguiti a 452.210 inviti e 99.500 Pap test, per lo screening mammografico si è passati da 51.730 inviti e 18.195 mammografie eseguite a 327.290 inviti e 91.300 mammografie, per lo screening coloretale si è passati da 0 a 639.850 inviti e 99.080 SOF test). - Sono state avviate le azioni per la governance regionale dei laboratori di prova a supporto della **sanità veterinaria e della sicurezza alimentare** (D.A. n.13/2017) e stipulato l'Accordo tra questo Assessorato (Dipartimento A.S.O.E.) l'IZS, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Palermo e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo per lo sviluppo di azioni di collaborazione nel campo della diagnostica e della sorveglianza in sicurezza alimentare e sanità veterinaria. - Sono state emanate disposizioni per la corretta gestione e per la registrazione nella anagrafe degli animali di affezione e per la corretta movimentazione di cani e gatti (D.A. n.2164/2017) ed adottate di misure straordinarie di polizia veterinaria per la eradicazione della brucellosi bovina, bufalina, ovicaprina (D.A. 2113/2017) - A seguito dei numerosi interventi posti in essere ai fini del relativo potenziamento, i dati di copertura vaccinale al 31 dicembre 2018 hanno evidenziato un soddisfacente incremento di copertura degli stessi, rispetto agli anni precedenti, soprattutto per le coorti interessate dall'obbligo vaccinale.

RETE OSPEDALIERA E DELL'EMERGENZA - Con il D.A. n. 22 del 11 gennaio 2019 "*Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015 n. 70*" e s.m.i., è stato approvato il documento di riordino della rete ospedaliera in riscontro alle osservazioni riportate nel verbale del 14 novembre 2018 del Tavolo Tecnico ex D.M. 70/2015: il presente programma operativo prevede i relativi interventi di attuazione e monitoraggio.

RETE TERRITORIALE – Nell'ambito degli interventi previsti è stato approvato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per pazienti affetti da diabete mellito in età evolutiva e quello per la gestione integrata delle persone con diabete mellito dell'età adulta; approvate le Linee guida di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici ed assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare e relativi standards; istituito il Tavolo Tecnico regionale per il disegno dei percorsi assistenziali dell'area materno infantile; adottato il Piano di contingenza sanitario regionale migranti; adottato la Direttiva volta alla regolamentazione del trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse e attrezzature in materia di sanità penitenziaria; istituito l'Osservatorio Regionale di sanità penitenziaria. Le interlocuzioni poste in essere con i maggiori rappresentanti dei sindacati di categoria (MMG) al fine di predisporre i potenziali scenari organizzativi dei Distretti mediante l'attivazione, in via sperimentale, di forme di aggregazione della medicina di base (AFT e UCCP) attraverso l'emanazione di un documento di programmazione territoriale, al fine di ridurre gli accessi al pronto soccorso, sono state rallentate a seguito dell'emanazione del Piano Nazionale della Cronicità la cui attuazione è inserita fra gli interventi operativi del presente programma.

GESTIONE DEL PERSONALE – Al 31.12.2018 è stato rilevato il rispetto del limite dell'1,4% della spesa per il personale anno 2004 ed una consistente riduzione del costo del personale a tempo determinato rispetto all'annualità precedente (differenza pari al 23% tra le due annualità), da attribuirsi anche al processo di stabilizzazione del personale precario avviato nel corso del 2018, ai fini

del progressivo allineamento con il parametro di cui all'art. 9 comma 28 del D.L. 78/2010.

FLUSSI INFORMATIVI – Nel corso del triennio di riferimento è proseguita l'attività di aggiornamento del software di controllo dei flussi informativi ed al fine di migliorare la comunicazione con le aziende sanitarie è stato realizzato ed è in continuo aggiornamento (mensile) il portale www.rssalute.it, che comprende un sistema di reportistica dinamica (PROD+) che consente alle aziende sanitarie di accedere al patrimonio informativo dei dati di attività degli erogatori (ricoveri, day service, prestazioni specialistiche, etc). Per quanto concerne il sistema Tessera Sanitaria è proseguita l'attività di monitoraggio sugli adempimenti relativi all'art.50 con segnalazione di eventuali criticità alle aziende del SSR, da cui si evince la conferma dei buoni risultati conseguiti nei periodi precedenti. Confermati i buoni risultati raggiunti nell'anno 2017 in relazione all'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri.

BENI E SERVIZI - La Regione Siciliana, in tema di razionalizzazione della spesa per beni e servizi del SSR, ha raggiunto nel corso di questi ultimi anni importanti risultati attraverso un percorso che ha visto la messa in atto di un insieme di azioni tra loro correlate, con particolare riferimento all'entrata a regime delle metodologie e degli strumenti progettati ed attivati attraverso il progetto ex art. 79, volti alla gestione operativa del sistema di monitoraggio degli acquisti e consumi delle Aziende del SSR. Attraverso questi percorsi l'Assessorato, oggi, dispone di un complesso di dati, di metodologie di analisi e di evidenze quantitative che hanno notevolmente accresciuto la capacità di analisi dei fenomeni gestionali e di governo del SSR. La base dati prodotta dal flusso informativo di cui la Regione si è dotata, consente di effettuare sia analisi verticali che trasversali, consentendo di monitorare l'andamento degli acquisti e dei consumi raffrontandoli con gli anni precedenti, monitorare contratti e le modalità di approvvigionamento, valutare la qualità delle informazioni prodotte attraverso sia l'analisi delle codifiche rilevate da flusso informativo (ATC, CND, AIC, RDM) sia attraverso l'analisi di coerenza con altre fonti informative (modello CE, CFO, DD, DPC).

SPESA FARMACEUTICA - Con D.A. n.552/2016 sono state introdotte specifiche soglie prescrittive per la spesa farmaceutica convenzionata, in termini di spesa lorda massima da realizzare all'interno delle categorie A02B, A07, C09, J01, M01, M05, G04. La spesa rilevata nell'anno 2018 conferma la tendenza registrata nel triennio in esame di costante riduzione, con una minore spesa complessiva, rispetto a quella programmata, di circa 18,7 milioni di euro, pari al 5,78% in meno dell'obiettivo fissato.

ACCREDITAMENTO – L'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) è individuato quale struttura del Dipartimento Attività Sanitarie Osservatorio Epidemiologico di questo Assessorato, nel Regolamento di rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti Regionali di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n.190 del 16 maggio 2019. Inoltre, negli anni di vigenza del POCS si è provveduto al rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture trasfusionali pubbliche e a gestione associativa della rete regionale, già accreditate nell'anno 2014 e 2015 e rinnovate nell'accreditamento istituzionale rispettivamente nel 2016 e 2017.

QUALITA' GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI – Nel triennio di riferimento è proseguita l'attività di monitoraggio in attuazione dell'art.3, comma 2, del D.M. 10.12.2009 mediante la redazione del report previsto dal Piano Annuale dei Controlli analitici (PACA) e dall'adempimento LEA lett.AM) “Controllo cartelle cliniche”, contenente gli obiettivi regionali cui tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate devono attenersi e le indicazioni per l'esecuzione dei controlli analitici sulla documentazione sanitaria per l'appropriatezza e la qualità.

2 - Governo del sistema sanitario

2.1 Costruzione del tendenziale 2019-2021 e riepilogo manovre del programmatico

Rif. Adempimenti LEA lett.C "Obblighi informativi"

Responsabile del procedimento attuativo
Serv.5 DPS – Economico Finanziario

Lo schema seguente illustra la rappresentazione sintetica gestionale dei Conti Economici Tendenziali e Programmatici 2019-2021, incluso l'impatto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sugli anni 2020 e 2021.

VOCE	Tendenziale					Programmatico		
	2019	2020	2020 di cui COVID	2021	2021 di cui COVID	2019	2020	2021
RICAVI (€000)								
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	9.162.119	9.583.341	290.291	9.427.021	0	9.162.119	9.583.341	9.427.021
Rettifiche contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-73.841	-65.368	-15.368	-50.000	0	-73.841	-65.368	-50.000
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	0	0	0	0	0	0	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	43.143	43.143	0	43.143	0	43.143	43.143	152.598
Altri contributi in conto esercizio	177.440	177.440	0	177.440	0	177.440	177.440	177.440
Mobilità attiva intra regionale	0	0	0	0	0	0	0	0
Mobilità attiva extra regionale	63.231	65.723	0	65.723	0	63.231	65.723	65.723
Mobilità attiva internazionale	26.840	5.997	0	26.840	0	26.840	5.997	26.840
Payback	134.753	87.000	0	87.000	0	134.753	87.000	87.000
Compartecipazioni	42.306	28.990	0	22.825	0	42.306	28.990	22.825
Altre entrate	80.297	69.064	0	80.297	0	80.297	69.064	80.297
Costi capitalizzati	165.985	179.882	0	194.943	0	165.985	179.882	194.943
Rettifiche contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	-3	0	0	0	0	-3	0	0
TOTALE RICAVI	9.822.268	10.175.212	274.923	10.075.231	0	9.822.268	10.175.212	10.184.686
COSTI (€000)								
Personale	2.789.210	2.926.640	136.804	2.856.630	0	2.789.210	2.926.640	3.011.550
Irap	201.450	210.914	9.156	206.296	0	201.450	210.914	216.665
Personale	2.990.660	3.137.554	145.961	3.062.926	0	2.990.660	3.137.554	3.228.214
Beni sanitari	1.483.021	1.475.857	57.790	1.524.663	68.560	1.472.595	1.459.609	1.513.422
Beni non sanitari	18.903	21.946	1.159	21.840	2.936	18.903	21.946	21.840
Beni	1.501.924	1.497.804	58.949	1.546.503	71.496	1.491.498	1.481.555	1.535.262
Servizi sanitari	332.858	335.748	7.305	337.645	0	332.858	335.748	343.979
Servizi non sanitari	695.983	714.489	19.184	728.125	11.282	695.983	714.489	728.125
Servizi	1.028.841	1.050.237	26.489	1.065.771	11.282	1.028.841	1.050.237	1.072.105
Medicina di base	592.309	598.026	9.879	626.842	17.139	592.309	598.026	627.658
Farmaceutica convenzionata	657.191	673.658	0	678.820	0	647.754	654.783	618.232
Assistenza specialistica da privato	445.595	436.445	4.490	454.689	0	445.595	436.445	448.095
SUMAI	76.774	77.265	491	76.774	0	76.774	77.265	77.945
Assistenza riabilitativa da privato	187.977	178.775	1.066	182.142	0	187.977	178.775	182.142
Assistenza ospedaliera da privato	693.029	636.890	5.019	693.029	0	697.156	636.890	722.227
Altre prestazioni da privato	743.346	733.749	3.306	750.002	0	743.346	738.085	815.921
Prestazioni da privato	3.396.221	3.334.808	24.252	3.462.299	17.139	3.390.911	3.320.269	3.492.220
Prestazioni da pubblico	17.045	17.045	0	17.045	0	17.045	17.045	17.045
Mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0	0	0	0
Mobilità passiva extraregionale	300.106	294.410	0	264.849	0	300.106	294.410	264.849
Mobilità passiva internazionale	45.401	10.739	0	45.401	0	45.401	10.739	45.401
Accantonamenti	268.377	515.686	211.354	257.078	0	268.377	515.686	257.078
Oneri finanziari	135.743	135.743	0	132.342	0	135.743	135.743	52.342
Oneri fiscali (netto irap)	16.356	15.058	0	15.058	0	16.356	15.058	15.058
Saldo poste straordinarie	-41.682	0	0	0	0	-41.682	0	0
Saldo intramoenia	-6.605	-5.038	0	-6.605	0	-6.605	-5.038	-6.605
Ammortamenti	184.687	193.982	0	203.745	0	184.687	193.982	203.745
Rivalutazioni e svalutazioni	950	7.994	0	7.994	0	950	7.994	7.994
TOTALE COSTI	9.838.024	10.206.020	467.004	10.074.404	99.917	9.822.289	10.175.233	10.184.707
RISULTATO DI ESERCIZIO	-15.756	-30.807	-192.081	827	-99.917	-21	-21	-21
Contributi da Regione a titolo di copertura LEA	21	21	0	21	0	21	21	21
RISULTATO DI ESERCIZIO dopo coperture	-15.735	-30.786	-192.081	848	-99.917	0	0	0

I Tendenziali 2019-2021 sono stati costruiti sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2016-2019, Conto Economico preconsuntivo 2019 e Conto Economico al II Trimestre e Preconsuntivo 2020;

- CAGR 2016-18 specifici delle singole “macro-voci” di costo;
- Stima del fenomeno inflattivo mediante il Tasso di Inflazione Programmata per gli anni 2020 e 2021 pari allo 0,8%.

In particolare, i Conti economici tendenziali sono stati costruiti a legislazione vigente, tenendo altresì conto per il 2019 dei dati preconsuntivi disponibili e per l’anno 2020 dei dati disponibili al II Trimestre 2020, nonché delle stime e previsioni di cui al Programma operativo per la gestione dell’emergenza Covid-19, di cui all’articolo 18, comma 1, del decreto legge n. 18/2020, per considerare gli effetti economici dell’emergenza sanitaria sopracitata. Per il 2021, oltre ai dati preconsuntivi 2020 disponibili, sono state valutate delle ipotesi sui trend storici delle voci di ricavo e costo prevedendo, con alcune eccezioni illustrate nel seguito, un tasso di crescita delle voci di costo pari al CAGR rilevato nel triennio precedente la presente programmazione (2016-18). Anche per il 2021, inoltre, sono stati previsti gli effetti derivanti dal protrarsi dell’emergenza da COVID-19.

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 2019 – 2021:

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti e vincolati

Al fine di determinare l’importo dei contributi per FSR indistinto e finalizzato si è così proceduto:

- per l’anno 2019 è stato preso a riferimento il dato derivante dal riparto del Finanziamento Statale per il 2019, approvato in Conferenza Regioni nell’Intesa CSR n. 88 del 6 giugno 2019.
- per l’anno 2020 è stato preso a riferimento il dato derivante dal riparto del Finanziamento Statale per il 2020, approvato in Conferenza Regioni nell’Intesa CSR n. 55 del 31 marzo 2020;
- per l’anno 2021, non essendo disponibile l’Intesa di riparto del FSN, si è fatto riferimento alla proposta approvata in Conferenza delle Regioni in data 15/04/2021, al netto della quota inerente le entrate proprie stimate.

I Conti economici tendenziali 2020 e 2021 includono tra i contributi per FSR indistinto la quota spettante alla Regione Siciliana delle somme stanziata dalla Legge di bilancio 2020 per la copertura del minor gettito (finalità di ristoro della minore entrata) derivante dalla soppressione del superticket a far data dal 1° settembre 2020. Tale quota ammonta a 6,4 €/mln per il 2020, come da Intesa CSR n. 55 del 31 marzo 2020, mentre per il 2021 è pari a 19,3 €/mln. Di conseguenza i ricavi da ticket, come specificato nel prosieguo, sono stati stimati nei conti economici tendenziali degli anni 2020 e 2021 in riduzione, per tenere conto del minore gettito derivante dall’abolizione del “superticket”.

Il Conto economico tendenziale 2020 non include le quote premiali (0,25% del Fabbisogno sanitario nazionale standard), in quanto nell’esercizio 2020 tali quote non sono state ripartite alla Sicilia. Per l’anno 2021 sono invece incluse quote premiali pari a 6 €/mln.

Con riferimento alle specifiche risorse di FSR Indistinto finalizzato ripartite per la gestione dell’emergenza COVID-19, per l’anno 2020 si è fatto riferimento ai contributi assegnati alla Regione Siciliana dal decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, dal decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 nonché dal decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126. Non è iscritto il finanziamento per il potenziamento dell’assistenza ospedaliera di cui all’art. 2 comma 11 del DL 34/2020, in quanto finanziamenti in conto capitale direttamente gestiti dal Commissario straordinario per l’emergenza Covid.

Per l’anno 2021, i contributi di cui al DL 34/2020 sono stati adeguati alla quota prevista dal Decreto per il medesimo anno 2021 (76,9 €/mln). Nel medesimo anno il conto economico tendenziale

include le ulteriori risorse di cui alla Legge 178/2020, pari a complessivi 93,8 €/mln.

Al fine di determinare l'importo dei contributi per FSR vincolato si è proceduto come di seguito illustrato:

- per l'anno 2019 è stato preso a riferimento il riparto 2019 ed in particolare l'Intesa CSR n. 192 del 28 novembre 2019 per gli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, l'Intesa CSR n. 185 del 7 novembre 2019 per le Borse di studio ai Medici di medicina generale e la proposta inviata in CSR con nota n. 764 del 22 gennaio 2020 per le ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale; l'Intesa CSR n. 148 del 6 giugno 2019 e l'Intesa CU n. 123 del 28 novembre 2019 rispettivamente per la Medicina Penitenziaria (D.lgs. n. 230/1999) e la Medicina Penitenziaria (L. n. 244/2007); l'Intesa CU n. 124 del 28 novembre 2019 per la quota relativa al Superamento OPG; l'Intesa CSR n. 33 del 7 marzo 2019 per la quota afferente la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie; Decreto Ministeriale 16 febbraio 2018 per le quote relative ai Farmaci innovativi e oncologici innovativi. Con riferimento a queste ultime quote, è stato iscritto nel Tendentiale 2019 un importo inferiore di 5,6 €/mln rispetto al riparto comunicato dal Ministero della Salute per il 2019, al fine di applicare alla quota di compartecipazione regionale i conguagli 2018, così come già operato dal Ministero della Salute sulla quota a carico dello Stato.
- per l'anno 2020 è stato preso a riferimento il riparto 2020 ed in particolare l'Intesa CSR n. 56 del 31 marzo 2020 per gli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale; l'Intesa CSR n. 55 del 31 marzo 2020 per la Medicina Penitenziaria (D.lgs. n. 230/1999), la Medicina Penitenziaria (L. n. 244/2007), le Borse di studio ai Medici di medicina generale ed la quota per il Superamento degli OPG; la proposta del Ministero della Salute del 20 marzo 2020 di ripartizione del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali e dei medicinali oncologici innovativi per l'anno 2020, ai cui dati sono stati applicati i conguagli 2019 anche alla quota di compartecipazione regionale; l'Intesa CSR n. 33 del 7 marzo 2019 per la quota afferente la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie.
- per l'anno 2021 è stato preso a riferimento il valore del Tendentiale 2020, ad eccezione delle quote vincolate per la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie, non previste per il 2021.

Di seguito il dettaglio:

DINAMICA FSR - REGIONE SICILIANA	2018	2019	2020	2021
INDISTINTO	9.022.385	9.089.750	9.234.616	9.193.553
ENTRATE PROPRIE CONVENZIONALI	- 128.085	- 128.085	- 128.085	- 128.085
Quota premiale	6.165	-	-	6.000
INDISTINTO ANTE MOBILITA'	8.900.465	8.961.666	9.106.531	9.071.468
Finanziamento DL 18/2020	-	-	115.382	-
Finanziamento DL 34/2020	-	-	135.880	76.910
Finanziamento DL 104/2020	-	-	39.029	-
Finanziamento L. 178/2020	-	-	-	93.778
TOTALE INDISTINTO FINALIZZATO "COVID"	-	-	290.291	170.688
Obiettivi PSN	98.629	96.209	90.674	90.674
Medicina penitenziaria (D.Lgs. 230/99)	434	434	434	434
Farmaci innovativi (Oncologici e Non Oncologici)	94.822	74.590	66.938	66.938
Medicina penitenziaria (L. 244/07)	17.784	17.464	17.464	17.464
Stranieri irregolari	2.125	-	-	-
Fondo esclusività	2.840	-	-	-
Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie	-	2.298	1.655	-
Termale	165	-	-	-
Borse Studio MMG	7.865	4.951	4.846	4.846
Fondo per l'emergenza avicola	249	-	-	-
Indennità di abbattimento	111	-	-	-
Superamento OPG	4.523	4.509	4.509	4.509
TOTALE VINCOLATO	229.548	200.453	186.519	184.864

Saldo mobilità extraregionale in compensazione e mobilità internazionale

Per il tendenziale dell'anno 2019 è stato iscritto il dato derivante dalla tabella C del Riparto 2019 approvata nell'Intesa CSR n. 88 del 06 giugno 2019, pari a -236,9 €/mln con riferimento alla mobilità interregionale in compensazione e -18,6 €/mln per la mobilità internazionale.

Per l'anno 2020 sono stati presi a riferimento i valori della tabella C del Riparto 2020 di cui all'Intesa CSR n. 55 del 31 marzo 2020, pari a -228,7 €/mln con riferimento alla mobilità interregionale in compensazione e -4,7 €/mln per la mobilità internazionale.

Nel tendenziale 2021 la mobilità interregionale è stata iscritta in misura pari al dato risultante dalla proposta approvata in Conferenza delle Regioni in data 15/04/2021, mentre il saldo della mobilità internazionale è stato mantenuto prudenzialmente pari al valore del riparto 2019 (-18,6 €/mln), dal momento che nel 2020 non sono stati addebitati conguagli di anni precedenti.

Altre entrate

Nell'ambito della voce in oggetto, il valore del Tendenziale per gli anni 2019, 2020 e 2021 è stato costruito a partire dal preconsuntivo 2019, con le seguenti rettifiche ed integrazioni:

- Per il solo Tendenziale 2019 è incluso, oltre al Payback ordinario (ca. 34 €/mln), il residuo di competenza del payback 2013-2017 di cui al Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 30 ottobre 2019 (100,6 €/mln), iscritto nella misura determinata in sede di tavolo di verifica del 26/11/2019. Per l'anno 2020 si stima un ammontare di Payback pari a complessivi 87 €/mln alla luce delle evidenze sugli accertamenti già effettuati nel 2020. Tale dato include anche l'importo di 48,9 €/mln riferibile al superamento della spesa per acquisti diretti dell'anno 2018 di cui alla Determina AIFA n.128 del 30/01/2020, interamente accantonato tra gli "Altri accantonamenti per rischi", nelle more della definizione del relativo contenzioso instauratosi con le case farmaceutiche. Per l'anno 2021 il Payback è stato stimato in misura pari al 2020, riferito al solo Payback "ordinario". In tutti e tre gli anni di programmazione, inoltre, non è stato rilevato il Payback per il superamento della spesa sui dispositivi medici, in atto non stimabile.
- I ricavi da Ticket nel 2020 sono stati stimati sulla base della proiezione ponderata dei dati al II trimestre 2020. La ponderazione tiene conto sia della riduzione dei ricavi connessa con la contrazione della produzione sia dell'abolizione del cd. "superticket" a partire dal 1° settembre 2020. Per il tendenziale 2021 si è fatto riferimento ai valori del Tendenziale 2019, ipotizzando il graduale ritorno ai volumi di attività pre-emergenza sanitaria da COVID-19, al netto della riduzione afferente l'abolizione del superticket, a regime su tutto l'anno 2021, stimata in misura pari al contributo iscritto (19,3 €/mln).
- Per il solo anno 2020, con riferimento ai ricavi per attività intramoenia e, conseguentemente, per i costi legati alla compartecipazione al personale per l'attività libero professionale intramoenia, si è fatto riferimento alla proiezione dei valori al II trimestre 2020, per tenere conto della contrazione della produzione.
- Per il solo anno 2020, con riferimento alle prestazioni sanitarie ad altri soggetti pubblici e privati, ai rimborsi ed agli altri proventi, si è fatto riferimento alla proiezione dei valori al II trimestre 2020, per tenere conto della contrazione della produzione.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

Il Tendentiale 2019 accoglie il valore effettivo degli acquisti previsti nell'anno di riferimento, pari a 73,8 €/mln. Nei Tenzionali degli anni 2020 e 2021, la posta è stimata in misura pari a 50 €/mln annui. Per il solo anno 2020, oltre al valore sopraindicato, sono state stimate ulteriori rettifiche contributi legate agli acquisti di attrezzature ed ai lavori di adeguamento strutturale e agli impianti necessari per la gestione dell'emergenza COVID-19 per complessivi 15,4 €/mln. Non sono inclusi invece i costi riferibili alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera di cui all'art. 2 comma 11 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti – altri contributi

Nei Tenzionali 2019-2021 tale voce, utilizzata fino al 2018 per dare separata evidenza a fini gestionali agli investimenti effettuati con risorse di parte corrente assegnate in esercizi precedenti, è stata azzerata in ragione del mutato trattamento contabile dei suddetti investimenti, adottato dalla Regione in conformità alla Casistica Applicativa del D.Lgs. 118/201, come concordato con i Ministeri affiancanti nella riunione del 25 luglio 2019. Di conseguenza, nei Tenzionali 2019-21 è stato ridotto di pari importo l'Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti.

COSTI

Costo del Personale

Nel tendenziale 2019 il costo del personale, dipendente e non dipendente, è stato costruito a partire dal valore esposto nel preconsuntivo 2019. Gli effetti dei rinnovi contrattuali non ancora perfezionati sono stati riflessi tra gli accantonamenti per rinnovi contrattuali, incluso il rinnovo contrattuale relativo al periodo 2016-2018 della dirigenza.

Il costo del personale al preconsuntivo 2019, utilizzato a base di riferimento per il conto economico tendenziale 2019, include:

- fondi contrattuali pari a circa 628 €/mln, di cui 318 €/mln riferibili alla dirigenza e 310 €/mln riferibili al comparto. Il dato nel complesso risulta conforme alle previsioni dell'art. 23 comma 2 della Legge 75/2017, per il quale “a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016”.

Il dato risulta altresì coerente con l'art. 11 del decreto legge 135/2018, convertito con modificazioni dalla Legge 12/2019, in cui si evidenzia che il sopracitato art. 23 della Legge 75/2017 non opera con riferimento agli incrementi previsti dai CCNL.

Pertanto, il valore dei fondi contrattuali inserito nel tendenziale 2019 è inferiore al valore dei fondi contrattuali 2016, eccetto per l'effetto del rinnovo contrattuale del comparto.

- prestazioni aggiuntive pari a circa 11 €/mln, di cui circa l'80% riferibile alla dirigenza.

Il costo tendenziale per l'anno 2020 è stato costruito a partire dalla proiezione lineare dei valori esposti al II Trimestre 2020, per tenere conto sia degli effetti del rinnovo contrattuale del CCNL 2016-18 della dirigenza sanitaria, siglato il 19 dicembre 2019, sia dell'effetto a regime dell'indennità di vacanza contrattuale 2019 (pari allo 0,7% dal 1° luglio 2019). Conseguentemente, nel Tendentiale 2020 sono stati riflessi gli effetti dei rinnovi contrattuali del personale, sia della dirigenza che del

comparto, del solo triennio 2019-21.

Inoltre, la proiezione lineare del dato al II Trimestre 2020, che include costi legati alla gestione dell'emergenza Covid-19 pari a ca. 37 €/mln, IRAP esclusa, è stata integrata per recepire i pieni effetti, sull'anno 2020, delle procedure di reclutamento del personale, dell'incremento dei fondi contrattuali per le particolari condizioni di lavoro e del ricorso alle prestazioni di lavoro straordinario, sostenuti e programmati per la gestione della suddetta emergenza sanitaria, come meglio illustrato nella sezione dedicata alla gestione del personale.

Il costo Tendenziale 2021 è stato costruito a partire dal costo rilevato al preconsuntivo 2020, al netto dei costi legati alla gestione dell'emergenza Covid-19 ed incrementato degli effetti dell'incremento dell'indennità di esclusività del personale dirigente medico e delle nuove indennità infermieristiche e di tutela del malato, introdotte – e finanziate – dalla Legge 30 dicembre 2020, n.178, al netto dell'IRAP relativa esposta nella specifica voce. Sono inoltre inclusi gli effetti del ricorso alle prestazioni aggiuntive per il personale medico ed infermieristico ex L.178/2020 per complessivi 8,4 €/mln, al netto dell'IRAP.

Beni e Servizi

Per quanto riguarda la stima dell'andamento dei costi per beni e servizi, le ipotesi formulate sono state le seguenti.

Il costo a Tendenziale 2019 dei **prodotti farmaceutici** (che accolgono anche i farmaci in DPC, i farmaci innovativi e l'ossigeno e non includono gli emoderivati di produzione regionale, rappresenta il consumo (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze) rilevato al preconsuntivo 2019, al lordo delle economie già consuntivate per effetto delle manovre regionali di contenimento della spesa mediante il maggior ricorso ai farmaci biosimilari (risparmi consuntivati al preconsuntivo 2019 pari a 10,4 €/mln).

Analogamente, per il costo Tendenziale 2020 dei prodotti farmaceutici è stato preso a riferimento il consumo rilevato dalla proiezione dei dati al II Trimestre 2020 (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze, quest'ultima prudenzialmente non proiettata linearmente). Questo costo include i maggiori valori per la gestione dell'emergenza Covid-19 sostenuti in proiezione per complessivi 3,5 €/mln, e non considera le economie realizzate e quelle che si prevede di realizzare per effetto delle manovre regionali di contenimento della spesa (pari a 16,2 €/mln su base annua, che sono esposti nelle manovre del programmatico).

Per il costo Tendenziale 2021 dei prodotti farmaceutici è stato preso a riferimento il consumo rilevato al preconsuntivo 2020 (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze). Tale valore include costi sostenuti per la gestione dell'emergenza Covid-19 per complessivi 12 €/mln e non considera le economie che si prevede di realizzare nel 2021 per effetto delle manovre regionali di contenimento della spesa (pari a 18 €/mln, esposte tra le manovre del programmatico) nonché l'incremento di spesa legato alla centralizzazione degli acquisti dei farmaci in DPC (effetto incrementativo della spesa per acquisti diretti pari a 7,2 €/mln, a fronte di una riduzione di costo attesa sulla farmaceutica convenzionata per 29 €/mln, entrambi esposti tra le manovre del programmatico).

Gli emoderivati di produzione regionale sono stati mantenuti costanti nei conti economici tendenziali 2019-2021, in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2019.

Il costo tendenziale 2019 per l'acquisto di **dispositivi medici** è stato determinato in misura pari al consumo (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze) rilevato al preconsuntivo 2019. Il costo Tendenziale 2020 è stato determinato in misura pari al consumo rilevato dalla proiezione dei dati al II trimestre 2020 (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze,

quest'ultima prudenzialmente non proiettata linearmente), che include costi per la gestione dell'emergenza Covid-19 sostenuti in proiezione lineare per complessivi 35 €/mln. Tali costi sono stati ulteriormente integrati di 17,5 €/mln per tenere conto della non linearità della spesa nel secondo semestre 2020 rispetto al semestre precedente.

Per l'anno 2021 il costo è stato determinato in misura pari al consumo rilevato al preconsuntivo 2020 (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze), considerando tuttavia una riduzione dei costi legati all'emergenza Covid del 30%. Pertanto, il Tendentiale 2021 include costi per dispositivi medici legati all'emergenza pari a 55,5 €/mln.

Il costo tendenziale 2019 per l'acquisto degli **Altri beni sanitari** (diversi dai dispositivi medici) e dei **beni non sanitari** è stato determinato in misura pari al consumo (espresso dal costo di acquisto più la variazione delle rimanenze) rilevato al preconsuntivo 2019. Per l'anno 2020 si è preso a riferimento il consumo rilevato dalla proiezione dei dati al II trimestre 2020 (espresso dal costo più la variazione delle rimanenze, quest'ultima prudenzialmente non proiettata linearmente), che include costi per la gestione dell'emergenza Covid-19 sostenuti in proiezione per complessivi 3 €/mln. Per il 2021 si è preso a riferimento il consumo rilevato al preconsuntivo 2020 (espresso dal costo più la variazione delle rimanenze), che include costi per la gestione dell'emergenza Covid-19 per complessivi 2,9 €/mln.

Il valore tendenziale 2019 dei **costi per servizi non sanitari** (servizi appaltati, utenze ed altri servizi non sanitari da privato), **i costi per manutenzione ed i costi per godimento beni di terzi** sono stati determinati in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2019. Per il tendenziale 2020 sono stati presi a riferimento i valori della proiezione del CE al II Trimestre 2020, inclusi costi per la gestione dell'emergenza Covid-19, sostenuti in proiezione in misura pari a complessivi 19,2 €/mln, di cui 15 €/mln per i servizi appaltati e gli altri servizi non sanitari da privato (quali, a titolo esemplificativo i servizi di pulizia e sanificazione e le convenzioni con strutture alberghiere per la quarantena di soggetti asintomatici o paucisintomatici), 3,2 €/mln per le manutenzioni e 0,9 €/mln per i canoni di noleggio.

Per l'anno 2021 si è fatto riferimento ai valori pre-emergenza, rappresentati dal Tendentiale 2019, incrementati del CAGR 2016-18, pari al 2,8% per i servizi appaltati, allo 0,18% per le manutenzioni ed al 13,35% per i costi per godimento beni di terzi. Per i soli costi afferenti le utenze elettriche si è ritenuto di applicare il CAGR (2,8%) al valore esposto al preconsuntivo 2020. Inoltre, con riferimento ai servizi appaltati, sono stati considerati costi per la gestione dell'emergenza Covid-19, in misura pari al 50% di quelli rilevato al preconsuntivo 2020, con particolare riferimento ai servizi di pulizia e sanificazione (6,7 €/mln), allo smaltimento rifiuti (1,6 €/mln), alle convenzioni con strutture alberghiere per la quarantena e ai servizi di ausiliario da privato (3 €/mln).

Per gli **Oneri diversi di gestione**, nel tendenziale 2019 si è fatto riferimento al valore rilevato al preconsuntivo 2019. Per gli anni 2020 e 2021 tali oneri sono stati stimati uguali e pari al valore desumibile dalla proiezione del CE al II Trimestre 2020.

Alla voce "**Altri rimborsi, assegni e contributi**" dei conti economici Tenziali sono rilevati i costi per i rimborsi erogati ai cosiddetti "*Disabili gravissimi*", mantenuti costanti nel triennio, in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2019 (**155 €/mln**). Di conseguenza, sono stati iscritti i relativi contributi extra-fondo a carico del "Fondo regionale per la disabilità" ex L.R. 4/2017 (**155,7 €/mln**) e gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi (**0,7 €/mln**). L'effetto nei conti economici tendenziali è pertanto neutro.

Variazione delle rimanenze

La voce della variazione delle rimanenze sanitarie e non sanitarie non è stata valorizzata nei conti economici tendenziali 2019-2021.

Saldo Ammortamenti – Sterilizzazioni (Ammortamenti non sterilizzati)

Per effetto delle disposizioni di cui all'art. 29 del D.Lgs. 118/2011 e dell'art. 1, comma 36, L. 228/12 (legge di stabilità 2013), le sole quote di ammortamento che non vengono sterilizzate mediante iscrizione di ricavi per "sterilizzazioni" sono quelle relative ai cespiti acquisiti con contributi in c/esercizio negli anni 2011 ed anteriori.

Per tale motivo, il valore degli ammortamenti non sterilizzati è destinato a ridursi negli anni fino ad azzerarsi nel momento in cui tutti i cespiti acquisiti con contributi in c/esercizio negli anni 2011 ed ante saranno completamente ammortizzati.

L'ammontare dei ricavi per "sterilizzazioni" di ciascun esercizio dipende sia dall'ammontare degli ammortamenti relativi a cespiti acquisiti con contributi in c/capitale che con contributi in c/esercizio, e il valore degli ammortamenti di ciascun esercizio dipende dall'ammontare di cespiti per i quali si è concluso l'ammortamento e dal valore degli acquisti dell'anno sia finanziati con contributi in c/capitale che con contributi in c/esercizio. Pertanto, mentre risulta difficile stimare gli ammortamenti e le sterilizzazioni singolarmente, è possibile prevedere l'andamento del saldo tra i due (espressione degli ammortamenti non ancora sterilizzati). Nei tendenziali del triennio 2019-2021 è stata prevista una graduale riduzione di tale saldo, sulla base dell'andamento registrato nel triennio precedente.

Accantonamenti a fondi rischi

Gli accantonamenti per rischi (inclusi gli accantonamenti per cause civili ed oneri processuali, per Autoassicurazione e per interessi di mora), gli accantonamenti per premio di operosità (SUMAI) e gli Altri accantonamenti sono stati determinati nei conti economici tendenziali 2019-2021 in misura pari al dato rilevato al preconsuntivo 2019, ad eccezione degli Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione), stimati nel 2020 e 2021 in misura pari alla proiezione del valore al II Trimestre 2020, ritenuto più prudenziale.

Inoltre, il Tendenziale del solo anno 2020 include:

- accantonamento di 48,9 €/mln relativo al Payback per il superamento della spesa per acquisti diretti 2018 di cui alla Determina AIFA n.128 del 20/01/2020, nelle more della definizione del relativo contenzioso.
- accantonamento di 73,8 €/mln alla voce "Altri accantonamenti per rischi", relativo al rischio che le somme di Fondo sanitario anticipate e da anticipare, al Dipartimento regionale della Protezione Civile, quale preposto all'Ufficio del Soggetto attuatore di cui all'OCDPC n. 630/2020, nominato dal Presidente della Regione con Disposizione n.001 del 5.3.2020, per l'acquisto in somma urgenza di apparecchiature, DPI, dispositivi, reagenti ed altri beni e servizi necessari per la gestione dell'emergenza COVID-19, come disposto con delibera della Giunta regionale n. 94 del 17 marzo 2020, non siano rimborsati dal suddetto Dipartimento a causa del mancato riconoscimento delle spese da parte del Dipartimento nazionale della Protezione Civile e della struttura commissariale creata dal Governo per la fornitura dei dispositivi, cui le suddette somme risultano rendicontate.

Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali

Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali relativi al personale dipendente e convenzionato sono stati calcolati nel Tendenziale 2019 utilizzando l'aliquota del 1,3% decurtata, per il solo personale dipendente, dell'IVC (0,47% per comparto e dirigenze) e dell'elemento perequativo (0,7% per il solo comparto), già rilevati tra i rispettivi costi del personale del medesimo CE Tendenziale. Nel Tendenziale 2019 sono stati inoltre portati "a trascinamento" gli effetti di tutti i rinnovi contrattuali non ancora perfezionati.

Per gli anni 2020 e 2021, si è fatto riferimento alle aliquote indicate nella circolare MEF n. 9 del 21 aprile 2020, pari al 2,01% per il 2020 ed al 3,72% per il 2021. Tali aliquote sono state decurtate, per il

solo personale dipendente, dell'IVC (0,7% per comparto e dirigenze) e dell'elemento perequativo (0,7% per il solo comparto), già rilevati tra i rispettivi costi del personale dei medesimi CE Tendenziali. Si ricorda che il costo per il personale esposto nei tendenziali degli anni 2020 e 2021 espone anche gli effetti del rinnovo del CCNL della dirigenza sanitaria 2016-18, siglato a dicembre 2019. Sono stati portati "a trascinamento" gli effetti di tutti i rinnovi contrattuali non ancora perfezionati.

Si fornisce di seguito il dettaglio:

a) Accantonamenti per rinnovi contrattuali del **personale dipendente – Dirigenza**

ACCANTONAMENTO 2019: **0,83%** * (Costo dirigenza Consuntivo 2018 + Accantonamento atteso dirigenza 2018) + Accantonamento atteso dirigenza Consuntivo 2018.

ACCANTONAMENTO 2020: **1,31%** * (Costo dirigenza Consuntivo 2019).

ACCANTONAMENTO 2021: **3,02%** * [Costo dirigenza Consuntivo 2018 + (3,48%* Costo dirigenza Consuntivo 2015)].

b) Accantonamenti per rinnovi contrattuali del **personale dipendente - Comparto**

ACCANTONAMENTO 2019: **0,13%** * (Costo personale comparto Consuntivo 2018).

ACCANTONAMENTO 2020: **0,61%** * (Costo personale comparto Consuntivo 2019).

ACCANTONAMENTO 2021: **2,32%** * (Costo personale comparto Consuntivo 2018).

c) Accantonamenti per rinnovo convenzioni del **personale convenzionato e SUMAI**

ACCANTONAMENTO 2019: [**1,3%** * (Costo personale convenzionato e SUMAI 2018 + Accantonamento personale convenzionato e SUMAI 2018)] + Accantonamento atteso personale convenzionato e SUMAI 2018.

ACCANTONAMENTO 2020: [**2,01%** * (Costo personale convenzionato e SUMAI 2019 + Accantonamento personale convenzionato e SUMAI 2019)] + Accantonamento atteso personale convenzionato e SUMAI 2019.

ACCANTONAMENTO 2021: [3,72% * (Costo personale convenzionato e SUMAI 2018 + (3,48% * (Costo personale convenzionato e SUMAI 2015 + (Costo personale convenzionato e SUMAI 2010 * 0,75)))]].

Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati

Nel tendenziale 2019 gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati sono allineati al valore preconsuntivo 2019, pari a 87,8 €/mln. Nei Tendenziali 2020 e 2021 il valore di tali accantonamenti è stimato in proporzione ai rispettivi contributi iscritti. In particolare, gli "Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi F.S. vincolati" si riducono nel 2020 e 2021 proporzionalmente alla riduzione del Contributo vincolato per la "Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie". Nel Tendenziale 2020 gli "Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi F.S. indistinto finalizzato" includono le quote inutilizzate dei contributi afferenti l'emergenza sanitaria COVID-19 di cui ai decreti legge nn. 18, 34 e 104 del 2020, pari a complessivi 137,6 €/mln.

Inoltre, gli "Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi da soggetti pubblici (extra-fondo) vincolati" si riducono nel 2020 e 2021 principalmente per il venir meno di alcuni contributi extra-fondo non ripetibili, tra cui il contributo "GAP" (extra-fondo) del 2018, iscritto tra le sopravvenienze attive nel preconsuntivo 2019 – in quanto non rilevato nel CE 2018 – ed accantonato.

Si riporta di seguito un prospetto di sintesi dei valori esposti nei Tenzionali 2020 e 2021:

VOCE MODELLO CE	Tenzionale 2019	Tenzionale 2020	Tend. 2020 di cui "COVID"	Tenzionale 2021	Tend. 2021 di cui "COVID"
B.14.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato	16.083	153.687	137.604	16.083	-
B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	53.633	47.799	-	46.144	-
B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	16.745	11.799	-	11.799	-
B.14.C.4) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca	1.094	1.094	-	1.094	-
B.14.C.5) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati	274	274	-	274	-
Totale accantonamenti per quote inutilizzate di contributi	87.829	214.653	137.604	75.395	-

Si riporta inoltre un prospetto di raccordo che evidenzia, per ciascuna linea di finanziamento dei predetti decreti Covid, i contributi finalizzati iscritti nel 2020, i previsti utilizzi per ciascuno degli anni 2020 e 2021 (in relazione ai costi previsti nel piano in ciascun anno) e, di conseguenza, gli accantonamenti rilevati nel 2020.

DL 18/2020	Contributi	Utilizzo previsto nel 2020	Accantonamenti	Utilizzi previsti nel 2021
- articolo 1 c.3 2-bis - 2 ter - 2 sexies - 4 bis - reclutamento personale e aumento ore convenz interni	62.192	62.192	-	-
- articolo 1, c. 1 - incentivi per il personale	20.458	20.458	-	-
Subtotale personale	82.649	82.649	-	-
- articolo 3, c. 1 e 2 - contratti aggiuntivi con i privati convenzionati per COVID	19.639	4.584	15.056	-
- articolo 3, c. 3 - personale delle strutture private convenzionate	13.093	-	13.093	-
Totale DL 18/2020	115.382	87.233	28.149	-

DL 34/2020	Contributi	Utilizzo previsto nel 2020	Accantonamenti	Utilizzi previsti nel 2021
- articolo 1, c.4 - Potenziamento ADI: reclutamento personale	8.286	-	8.286	8.286
- articolo 1, c.7 - Assistenti sociali e psicologi	1.163	-	1.163	1.163
- articolo 1, c.8 all. B - Centrali operative: personale	1.125	-	1.125	1.125
- articolo 1, c.5 - Assunzioni infermiere ogni 50.000 abitanti	27.148	27.148	-	-
- articolo 1, c.6 - Potenziamento USCA	4.978	4.978	-	-
- articolo 2, c. 5 - assunzioni personale mezzi di soccorso	4.242	-	4.242	4.242
- articolo 2, c. 6 - incentivi personale	15.507	15.507	-	-
- articolo 2, c. 7 - assunzioni personale	15.425	15.425	-	-
Subtotale personale	77.874	63.058	14.816	14.816
- articolo 1, c.8 c.11 - Centrali operative: stumentazione	2.920	-	2.920	2.920
- articolo 1, c. 2, 3, 9 (Covid Hotel, potenziamento ADI e infermiere di famiglia presso gli MMG)	55.085	2.396	52.689	52.689
Totale DL 34/2020	135.880	65.454	70.425	70.425

DL 104/2020	Contributi	Utilizzo previsto nel 2020	Accantonamenti	Utilizzi previsti nel 2021
- articolo 29, - Recupero prestazioni ambulatoriali, ricoveri ospedalieri e screening - incremento prestazioni aggiuntive	39.029	-	39.029	39.029
Totale DL 104/2020	39.029	-	39.029	39.029

Totale complessivo	290.291	152.687	137.604	109.455
---------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Medicina di base e Specialisti convenzionati interni

Nel tendenziale 2019 il costo della medicina di base è stimato in misura pari al valore esposto al preconsuntivo 2019. Per l'anno 2020 si è fatto riferimento al valore della proiezione del II Trimestre 2020, comprensivo di costi legati alla gestione dell'emergenza Covid-19 pari a 4,8 €/mln (in particolare riferiti alla Continuità assistenziale, legati all'attivazione delle cd. "USCA" ed "USCAT"), incrementato di una ulteriore quota di costi da sostenere per l'emergenza suddetta, stimati in 5,1 €/mln. Il costo 2020 non tiene conto delle anticipazioni previste dall'art.38 del decreto legge 8 aprile 2020, n.23. Tale circostanza è pertanto riflessa negli accantonamenti per rinnovi contrattuali, che sono stati effettuati ad aliquote piene e portando a trascinamento l'effetto dei rinnovi non ancora perfezionati.

Il costo Tendenziale 2021 è previsto in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2020, che include già l'effetto del rinnovo del contratto 2016-18 siglato a giugno 2020. Rispetto al valore del preconsuntivo 2020, inoltre, il tendenziale 2021 considera una riduzione dei costi legati all'emergenza Covid del 25% ca. (che risultano pertanto pari a 17 €/mln). Il costo Tendenziale 2021 comprende altresì gli effetti derivanti dalle misure di cui ai commi 416-468-469 dell'art.1 della Legge 178/2020.

Farmaceutica convenzionata

Il costo tendenziale della farmaceutica convenzionata è stato stimato nel Tendenziale 2019 in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2019, al lordo delle economie già consuntivate nello stesso anno per effetto delle manovre regionali di contenimento della spesa. Per l'anno 2020 è stato stimato incrementando il valore rilevato preconsuntivo 2019, al lordo delle economie già consuntivate nel medesimo anno per effetto delle manovre regionali di contenimento della spesa, di una percentuale pari allo scostamento rilevato tra i due anni precedenti (+2,5%). Il Tendenziale 2021 è stato stimato in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2020, al lordo delle economie già consuntivate nel medesimo anno per effetto delle manovre regionali di contenimento della spesa.

Prestazioni sanitarie da privato

Con riguardo all'**assistenza ospedaliera da privato**, il costo tendenziale per il 2019 è stato determinato in misura pari alla spesa consuntivata nel 2011 ridotta del 2% (693,029 €/mln), in linea con la normativa in materia di tetti di spesa da privato accreditato ex DL 95/2012. Per il 2020 ed il 2021 il costo è stato determinato in misura pari alla spesa consuntivata nel 2011 (707,172 €/mln), come previsto dal D.L.124/2019.

Per il solo anno 2020, il costo tendenziale come sopra determinato è stato ridotto del 10% in conseguenza della riduzione dell'attività "ordinaria" connessa alle misure di contenimento della diffusione del contagio da Covid-19. Infatti, con l'Addendum sottoscritto con AIOP l'8 aprile 2020 di parziale modifica dell'Accordo stipulato il 30 marzo 2020, la Regione ha definito, sia per i centri "No Covid" che per i "Centri Covid", la liquidazione mensile a titolo di acconto del 90% del dodicesimo del budget provvisoriamente assegnato per l'anno in corso da ciascuna ASP. All'interno del suddetto importo sono già inclusi costi per la gestione dell'emergenza Covid-19 per 5 €/mln, di cui 4,6 €/mln a valere sulle risorse di cui all'articolo 3 del DL 18/2020.

Per l'anno 2021, il costo tendenziale è stato ridotto del 2%, in conseguenza della riduzione dell'attività "ordinaria" connessa alle misure di contenimento della diffusione del contagio da Covid-19, stante il protrarsi dell'emergenza suddetta.

Con riguardo all'**assistenza specialistica ambulatoriale da privato**, il costo tendenziale per il 2019 è stato determinato in misura pari alla spesa consuntivata nel 2011 ridotta del 2% (445,595 €/mln), in linea con la normativa in materia di tetti di spesa da privato accreditato ex DL 95/2012. Per il 2020 ed il 2021 il costo è stato determinato in misura pari alla spesa consuntivata nel 2011 (454,689 €/mln) ex DL 124/2019. Per il solo anno 2020, il costo tendenziale come sopra determinato è stato ridotto del 5% in conseguenza della riduzione dell'attività connessa all'emergenza Covid-19. Inoltre, sono stati previsti ulteriori costi, legati alla gestione dell'emergenza Covid-19, per 4,5 €/mln.

Il costo del **SUMAI** è stato stimato costante nel triennio 2019-2021, in misura pari al costo rilevato al preconsuntivo 2019.

Con riguardo all'**assistenza riabilitativa da privato**, per il costo tendenziale per il 2019 si è fatto riferimento ai valori esposti al preconsuntivo 2019. Per l'anno 2020 si è fatto riferimento alla proiezione dei costi al II Trimestre 2020, che tiene conto da un lato della riduzione dell'attività e,

dall'altro, include costi sorgenti legati all'emergenza Covid-19 per 1,1 €/mln.

Il 2021 è stato stimato sulla base dei tetti di spesa definiti per il triennio 2020 – 2022 nel D.A. n.1.373 del 29 dicembre 2020, ridotti del 10% in considerazione della prevista riduzione della produzione a causa del protrarsi dell'emergenza da Covid-19.

Con riferimento ai **costi per trasporti sanitari**, nel CE Tendenziale 2019 si è fatto riferimento al valore esposto al preconsuntivo 2019. Per l'anno 2020 si è assunta come base per il costo programmatico la proiezione dei dati al II Trimestre 2020, che include costi sostenuti per la gestione dell'emergenza Covid-19 in proiezione pari a 0,4 €/mln, incrementato di una ulteriore quota di costi da sostenere per l'emergenza, stimati in 2,3 €/mln. Per l'anno 2021 si è fatto riferimento ai valori del Tendenziale 2019, incrementati del CAGR 2016-18, pari allo 0,6%.

Con riguardo all'**assistenza psichiatrica residenziale e semiresidenziale**, il costo tendenziale per gli anni 2019 - 2021 è stato stimato sulla base del costo preconsuntivo 2019, in coerenza con i tetti di spesa definiti per il triennio 2018 – 2020 nel D.A. n.853 del 17 maggio 2018, così come rettificato dal D.A. n.1291 del 12 luglio 2018.

Con riguardo all'**assistenza termale**, il costo tendenziale per il 2019 è stato stimato sulla base del costo preconsuntivo 2019, coerente con il tetto di spesa definito per l'anno 2018 nel D.A. n.2593 del 21 dicembre 2018. Per il 2020 il Tendenziale sconta una riduzione prevista a causa dell'emergenza sanitaria, mentre per il valore dell'anno 2021 è stato determinato in misura pari al Tendenziale 2019.

Con riguardo all'assistenza Integrativa e protesica da privato, il costo tendenziale per il 2019 è stato stimato sulla base del valore rilevato al preconsuntivo 2019. Per l'anno 2020 si è fatto riferimento alla proiezione del costo al II Trimestre 2020, mentre il Tendenziale 2021 è stato costruito a partire dal valore del Tendenziale 2019 (situazione pre-emergenza), incrementato del CAGR 2016-18, pari all'1,45%.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Gli **oneri ed i proventi straordinari** sono stati determinati nel Tendenziale 2019 in misura pari al valore rilevato al preconsuntivo 2019. Nei tendenziali 2020 e 2021, prudenzialmente non sono state valorizzate le voci relative alla gestione straordinaria.

I **proventi e gli oneri finanziari** sono stati mantenuti costanti nel triennio 2019-2021 e pari al livello del preconsuntivo 2019. Tra gli **altri oneri finanziari** sono iscritti ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n. 3 del 17 marzo 2016, nella Gestione Sanitaria Accentrata, gli oneri derivanti dal finanziamento delle quote residue di capitale ed interessi del prestito sottoscritto ai sensi dell'art. 2, comma 46, della Legge 24 dicembre 2007 n. 244, per complessivi **127,8 €/mln**. Per il solo tendenziale 2021, la voce degli "Altri interessi passivi" è stata allineata al valore rilevato al preconsuntivo 2020.

Le **svalutazioni dei crediti e le altre svalutazioni finanziarie** sono state determinate per il 2019 sulla base dei valori rilevati al preconsuntivo 2019. Per gli anni 2020 e 2021, invece, si è fatto riferimento alla proiezione dei valori al II Trimestre 2020.

Le **imposte**, ad eccezione dell'IRAP, sono state mantenute pari ai livelli riportati nel preconsuntivo 2019, mentre l'**IRAP** relativa al personale dipendente ed assimilato è stata calcolata nella misura dell'8,5% del costo del personale al netto degli oneri sociali (stimati nella misura del 27%).

Risultati economici Tendenziali e Programmatici 2019 - 2021

Per il periodo di vigenza del presente Programma Operativo, la Regione ha programmato per il Sistema Sanitario Regionale il conseguimento dell'equilibrio di bilancio nel triennio 2019 – 2021:

CONTO ECONOMICO		Tendenziale 2019	Tendenziale 2020	Tendenziale 2021	Programmatico 2019	Programmatico 2020	Programmatico 2021
	€/000						
A	Risultato Economico ante risorse aggiuntive LEA	- 15.756	- 30.807	827	- 21	- 21	- 21
B	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	21	21	21	21	21	21
C = A + B	Risultato Economico dopo le risorse aggiuntive LEA	- 15.735	- 30.786	848	-	-	-

Alla voce AA0080 dei Modelli CE Tendenziale e Programmatico degli anni 2019-2021, è iscritta la somma di 0,021 €/mln ai sensi del comma 2, art. 6 del Decreto Legge 120/2013, per la quale è stato assunto l'impegno a valere sul Bilancio della Regione Siciliana per l'esercizio finanziario 2019. Analogo impegno sarà assunto nei Bilanci della Regione Siciliana per gli esercizi finanziari 2020 e 2021.

Nei conti economici tendenziali 2019-2021 non sono invece iscritte le risorse aggiuntive regionali, richieste dai Tavoli tecnici ministeriali nel corso delle periodiche riunioni, a copertura degli oneri derivanti dal finanziamento delle quote residue di capitale ed interessi del prestito sottoscritto ai sensi dell'articolo 2, comma 46, della Legge n. 244/2007, che l'art. 6 della Legge Regionale n. 3/2016 ha disposto a carico del Fondo sanitario, per 127,85 €/mln annui.

Tra le manovre regionali inserite nella prima stesura dello schema del POCS 2019/2021 era stata prevista la graduale riassunzione nel Bilancio Regionale degli oneri del finanziamento del suddetto mutuo a seguito dell'impegno assunto dal Presidente della Regione con il Ragioniere Generale dello Stato (nota prot. n. 21348 del 27 dicembre 2019), nella misura di 40 €/mln nell'anno 2020, 80 €/mln nell'anno 2021 e 127,849 €/mln annui a decorrere dall'anno 2022, come da Delibera della Giunta Regionale n.69 del 20 febbraio 2020. Con tale delibera è stato approvato il Disegno di Legge di Stabilità Regionale 2020-2022, nell'ambito del quale era stata inserita la norma relativa al trasferimento al bilancio regionale dei suddetti oneri. Ciò avrebbe consentito di liberare le risorse alla finalità propria del Fondo sanitario e cioè al finanziamento dei LEA.

La critica condizione finanziaria regionale determinata anche dalla situazione emergenziale da Covid-19, non ha, tuttavia, consentito di finanziare gli oneri del mutuo con risorse regionali già a partire dal corrente anno, nel rispetto del citato impegno assunto con i Tavoli di verifica e con il Ragioniere generale dello Stato. Tale impegno trova, tuttavia, conferma nel Bilancio di previsione della Regione per gli esercizi finanziari 2020/2022, approvato con Legge Regionale n.10/2020, in cui sono state stanziare, in un apposito fondo, le risorse necessarie a partire dall'anno 2021 nella misura di 80 €/mln e di 127,849 €/mln per il 2022.

Per gli anni oggetto della presente programmazione, sempre per effetto delle difficoltà finanziarie della Regione, non sono state, altresì, poste a carico del Bilancio della Regione, per la copertura dell'eventuale disavanzo del SSR, risorse pari agli oneri residui del finanziamento a carico del SSR. Si ritiene che tale circostanza non possa costituire motivo di eventuale disequilibrio economico del SSR alla luce delle seguenti considerazioni.

Per gli anni 2020 e 2021, come si evince dal presente documento, si prevede il raggiungimento dell'equilibrio economico. Non si ravvisa quindi la necessità di predisporre coperture pari al costo delle rate annuali residue del prestito a carico del fondo sanitario per i medesimi anni, avendo peraltro già previsto tra le manovre, sebbene parzialmente ed a partire dal 2021, il recupero di dette risorse attraverso la riassunzione degli oneri del mutuo a carico del bilancio della Regione.

Di seguito si rappresenta la sintesi delle manovre i cui impatti economici sono illustrati nei paragrafi che seguono per area tematica, la cui dinamica ha determinato la costruzione dei Programmatici 2019 – 2021, a partire dai relativi risultati Tendenziali.

Sintesi delle manovre programmate					
Dati in €/mgl		2019	2020	2021	
Risultato economico Tendenziale ante copertura	A	- 15.756	- 30.807	827	
Farmaceutica - acquisti diretti		10.426	16.248	18.406	
Assistenza farmaceutica convenzionata (soglie prescrittive)		9.437	18.874	31.457	
Centralizzazione acquisti DPC (effetto su acquisti diretti)		-	-	7.165	
Centralizzazione acquisti DPC (effetto su farmaceutica convenzionata)		-	-	29.131	
Assistenza ospedaliera da privato - alta specialità		- 4.127	-	29.198	
Assistenza specialistica ambulatoriale da privato		-	-	6.594	
Reclutamento personale (IRAP inclusa)		-	-	127.430	
Prestazioni aggiuntive Personale dipendente IRAP inclusa (con risorse DL 104/2020)		-	-	37.859	
Centrale operativa regionale (con risorse DL 34/2020 - 2020 e 2021)		-	-	5.170	
Prestazioni aggiuntive SUMAI (con risorse DL 104/2020)		-	-	1.171	
Reclutamento assistenti sociali (DL 34/2020)		-	-	1.163	
Indennità infermieristica MMG (con risorse DL 34/2020)		-	-	816	
Assistenza territoriale Covid (con risorse DL 34/2020)		-	-	51.873	
Lungo assistenza				9.709	
Utilizzo risorse Decreti Covid 2020 accantonati nel 2020		-	-	109.455	
Assistenza Psichiatrica da privato		-	- 4.336	4.336	
Mutuo ex art. 6 LR 3/2016 a carico bilancio regionale		-	-	80.000	
Impatto economico manovre programmate	B	15.735	30.786	848	
Risultato economico Programmatico ante copertura	C=A+B	- 21	- 21	21	
Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	D	21	21	21	
Risultato economico Programmatico dopo la copertura	E=C+D	0	0	0	

2.2 Certificabilità dei bilanci del SSR (P.A.C.)

Attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

Rif. LEA lett. AT (Percorsi attuativi della Certificabilità dei Bilanci degli Enti del S.S.N.)

Responsabile del procedimento attuativo

SERV. 2 DPS – Controllo bilanci degli enti del SSR e P.A.C.

L'obbligo della certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale, della GSA e del bilancio consolidato, come disposto dall'art. 2 del decreto ministeriale 17 settembre 2012, c.d. Decreto Certificabilità, impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione Siciliana, la certificabilità dei propri bilanci.

Al riguardo, la Regione Siciliana con i DD. AA. n.2128/2013, n. 402/2015, n. 1559/2016 e n. 10/2019 ha provveduto all'adozione ed all'implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

In relazione al D.A. n. 10/2019 i Ministeri dell'Economia e della Salute, nei verbali di verifica ministeriale del 4 aprile e del 26 novembre 2019, hanno chiesto di modificare l'articolo 1, laddove prevede *“la data del 31.12.2019 non quale termine per la conclusione del PAC, ma quale termine per verificare eventuali necessità di apportare modifiche e/o integrazioni al PAC regionale”*, nonché *“di espungere l'articolo 2 del citato DA n. 10/2019 in quanto le modalità per le successive verifiche della certificabilità saranno indicate con specifiche Intese Stato-Regioni, ai sensi del comma 3 dell'articolo 5 del Decreto Ministeriale 19.09.2012”*.

Conseguentemente è stato adottato il D.A. n. 189 del 6.3.2020, di modifica del precedente D.A. n. 10/2019, in conformità ai sopra riportati rilievi ministeriali.

In particolare, il D.A. n. 189/2020 ha fissato il termine per la conclusione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità in data 30.06.2021.

2.3 Programmazione ricerca, innovazione internazionalizzazione e attrazione di investimenti

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 3 DASOE – Progetti, ricerca, innovazione e tecnica sanitaria

La Regione Siciliana, in continuità con le iniziative già intraprese negli ultimi anni, intende sostenere lo sviluppo della ricerca sanitaria, sia in campo biomedico che in ambito di organizzazione dei servizi sanitari, al fine di dotarsi di una base scientifica per la programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Le attività di ricerca dovranno svolgersi in un contesto coordinato e finalizzato alla crescita del Servizio Sanitario Regionale, in armonia con gli obiettivi descritti nel Programma triennale della ricerca sanitaria approvato in attuazione della Legge 24 febbraio 2014 n.7 “Promozione della ricerca scientifica in ambito sanitario” nonché in coerenza con il Piano nazionale della ricerca sanitaria 2017-2019 e successivi aggiornamenti.

Ciò con la partecipazione ed il contributo di tutta la comunità scientifica presente nel territorio regionale, rappresentata in seno alla Commissione tecnica regionale prevista dall’art.5 della L.R 7/2014 rinnovata con D.A. n.1603 del 12.09.2018.

Un’attenzione particolare sarà rivolta verso le attività di ricerca che possono dare risposte alle patologie maggiormente diffuse nel territorio regionale ed emergenti dalle analisi epidemiologiche dell’Assessorato della Salute.

Come previsto dal Programma regionale della ricerca sanitaria, è prioritario lo sviluppo di Reti di ricerca e assistenza, che coinvolgano IRCCS, Aziende Sanitarie, Università ed Enti pubblici e privati di ricerca, e che si identifichino quali punti di riferimento nel settore, creando un sistema di relazioni efficaci e di progetti multidisciplinari, con l’obiettivo concreto di sviluppare competenze utili alla filiera, incoraggiare la cooperazione scientifica e tecnologica e promuovere l’integrazione tra la ricerca e la clinica.

Stimolare una collaborazione ed alleanza tra ricerca pubblica da una parte e sanità dall’altra, può portare ad un mutuo scambio di risorse e competenze con un indiscutibile vantaggio per entrambi i settori. L’alta competenza scientifica e tecnologica degli IRCCS, delle Università e degli Enti pubblici e privati di ricerca e la vicinanza con le Strutture sanitarie del territorio, favorirà inoltre un rafforzamento del sistema della ricerca in Sicilia con la possibilità di accedere, attraverso partnership, a fondi nazionali ed europei, e più in generale, nel lungo termine, garantirà ricadute economiche per il territorio e sostanziali benefici per la salute pubblica.

Al contempo, è fondamentale sviluppare e consolidare le iniziative che comportino l’utilizzo delle Tecnologie dell’Informazione e della Comunicazione come la Telemedicina, al fine di favorire il miglioramento delle prestazioni di assistenza sanitaria a distanza, la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà e la presa in carico unitaria della persona. Infatti la Telemedicina può contribuire al miglioramento dell’assistenza sanitaria e della qualità di vita di coloro che vivono con malattie croniche e richiedono la continuità di cure domiciliari, con particolare attenzione alle aree interne poco accessibili del territorio siciliano. Inoltre può, favorire la deospedalizzazione, la riduzione delle liste di attesa e un risparmio sulle spese per la salute.

Lo sviluppo della Ricerca Sanitaria e dell’Innovazione Tecnologica non può che andare di pari passo con il rafforzamento delle iniziative di internazionalizzazione nel settore sanitario, partecipando ai Programmi dedicati a tale finalità come il Programma Mattone Internazionale Salute (Pro.M.I.S).

- ♦ Realizzato sotto la regia del Ministero della Salute e il coordinamento della Regione Veneto, Pro.M.I.S ha come obiettivi la promozione di una presenza costante e qualificata dell’Italia nelle sedi europee ed internazionali per la partecipazione ai processi di formazione delle politiche comunitarie in materia sanitaria, il rafforzamento delle competenze delle Regioni e delle Aziende Sanitarie per la migliore partecipazione ai bandi finanziati

con i fondi europei, la creazione di reti e partenariati, lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e gestionali per il miglioramento dei servizi sanitari regionali, il rafforzamento delle collaborazioni tra le Regioni italiane valorizzando lo scambio delle buone pratiche.

Di seguito le azioni proposte:

- ◆ approvare con Decreto Assessoriale il Programma triennale della ricerca sanitaria aggiornato al triennio 2019-2021;
- ◆ promuovere giornate formative e informative a livello regionale e aziendale per divulgare le linee di ricerca portate avanti dagli IRCCS e dalle Aziende Sanitarie e incrementare la partecipazione ai bandi nazionali ed europei in materia di ricerca sanitaria e sanità pubblica, anche avvalendosi della collaborazione della Direzione Ricerca e Innovazione in Sanità del Ministero della Salute e del supporto di Agenas e del Programma Mattone Internazionale Salute (Pro.M.I.S.);
- ◆ stimolare la partecipazione delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS siciliani a partenariati e a reti europee;
- ◆ aggiornare l'Anagrafe dei ricercatori on-line al fine di facilitare nuove collaborazioni tra i ricercatori del Sistema Sanitario Regionale, informando la Direzione Generale della Ricerca e Innovazione in Sanità del Ministero della Salute per ogni possibile sinergia;
- ◆ partecipare alle iniziative e ai Tavoli tematici del Programma Mattone Internazionale Salute;
- ◆ promuovere l'utilizzo della telemedicina in attuazione delle Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina del 2014, recepite con D.A. n.1739 del 22/10/2014, nonché delle indicazioni che saranno fornite dal Ministero della Salute nel triennio 2019-2021.

3. Aree di intervento

3.1 Prevenzione – Sanità pubblica

Rif. Adempimenti LEA lett.U “Prevenzione”

Responsabile del procedimento attuativo

U.O. 9.2 DASOE – Registri e screening oncologici e di popolazione

3.1.a) Potenziamento screening oncologici

Analisi della situazione attuale

Gli screening oncologici sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità per tumore e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

Nel 2010 il CCM ha approvato il “Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia” presentato dalla Regione nel 2009, consentendo così alla Regione Siciliana di implementare lo sviluppo degli screening a valere sui finanziamenti dedicati.

Per la realizzazione del progetto sono state messe in campo numerose azioni e grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, in cui erano attivi solo 6 programmi su 27 e l'estensione era del 25% per il cervicocarcinoma, del 17% per il tumore della mammella, e assente per il tumore del colonretto: alla fine del 2018 si osserva che tutte le 9 ASP hanno attivato i tre screening (27 programmi), e l'estensione è del 99% per il cervicocarcinoma, dell'80% per il tumore della mammella, e dell'80% per il tumore del colonretto; ciononostante non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e soprattutto l'adesione della popolazione bersaglio.

Descrizione

Ai fini di un ulteriore potenziamento dei programmi di screening per il triennio di vigenza del presente Programma Operativo, si individuano le seguenti azioni:

- ◆ Verifiche ispettive sulla effettiva composizione delle UO di Screening nelle ASP, con l'obiettivo di avere sufficiente personale formato e dedicato, secondo le indicazioni del D.A. 1845/12
- ◆ Verifiche ispettive sulla effettiva ottemperanza alle disposizioni della Circolare n. 18/2018 nelle ASP, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza del servizio e aumentare la partecipazione della popolazione
- ◆ Partecipazione al progetto europeo "Implementation of EU colorectal cancer screening guidelines within the screening programmes in Italy, Romania and Slovakia" coordinato da ISPRO Toscana, con l'obiettivo di analizzare in Sicilia le azioni che portino ad un aumento dell'adesione allo screening coloretale, e di formare i professionisti secondo le linee guida europee
- ◆ Sensibilizzazione e coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, con l'obiettivo di avere la collaborazione agli inviti, la pulizia delle liste e il recupero dei non-responders
- ◆ Aggiornamento delle anagrafi, con l'obiettivo di ridurre gli inviti inesitati
- ◆ Implementazione e diffusione del test HPV-DNA in tutte le ASP, con l'obiettivo di migliorare la performance dello screening del cervicocarcinoma
- ◆ Formazione certificata dei radiologi di screening, con l'obiettivo di aumentare il personale formato e l'attività di screening mammografico
- ◆ Attivazione dei percorsi per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella, con l'obiettivo di fornire consulenza genetica e prevenzione mirata alle donne a rischio.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

Indicatore	Valore 31.12.2019	Valore 31.12.2020	Valore 31.12.2021
1- N. ASP con verifica composizione UO screening eseguita	3	6	
2- N. ASP con verifica ottemperanza Circolare n. 18/2018 eseguita	3	6	9
3 - Riunioni e corsi organizzati per il progetto	1	2	
4 - MMG collaboranti	40%	60%	80%
5 - Inviti inesitati	<=2,5%	<=2%	<=1,5%
6 - Donne 34-64 screenate con HPV-DNA/ Donne 34-64 screenate	10%	30%	50%
7 - N. ASP con percorso per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella attivato	2	5	9
8 - N. nuovi radiologi certificati per lo screening	10	20	
9 - Estensione dei tre screening	90%	95%	100%
10 - Adesione dei tre screening	40%	45%	50%

Impatto economico

Gli interventi operativi relativi all'implementazione delle attività di screening trovano la necessaria copertura finanziaria nell'ambito delle risorse di fondo sanitario regionale dedicate alla prevenzione e concorrono, in un'ottica di riqualificazione delle risorse e di equilibrio di sistema, alla riduzione dell'impatto complessivo delle patologie oncologiche di interesse, in termini di costi diretti e indiretti sul sistema sociosanitario regionale oltre che al primario obiettivo di migliorare la qualità e l'aspettativa di vita e la riduzione della mortalità per tali patologie.

3.1.b) Screening uditivo neonatale

Analisi della situazione attuale

Per poter garantire la piena possibilità di recupero delle abilità uditive è necessario identificare le ipoacusie entro il terzo mese di vita e avviare un adeguato intervento riabilitativo non oltre il sesto mese di vita. Si è dimostrato, infatti, che, quanto più precocemente viene ripristinata una normale stimolazione acustica, tanto minore risulta il gap tra un bambino ipoacusico e un bambino normo-udente in termini di performance comunicative, linguistiche, relazionali e cognitive.

In Sicilia da alcuni anni è stato attivato un programma di implementazione dello screening audiologico neonatale, che permetta l'individuazione e la protesizzazione precoce di tutti i bambini affetti da sordità neonatale.

All'inizio del progetto solo pochi punti nascita effettuavano lo screening e meno del 10% dei neonati veniva esaminato per individuare la presenza di sordità congenita, mentre alla fine del 2018 quasi tutti i punti nascita hanno attivato lo screening e circa il 90% dei nati viene esaminato. Si ritiene utile consolidare i risultati raggiunti.

Descrizione

Ai fini del consolidamento del programma di screening per il triennio di vigenza del presente Programma Operativo, le azioni individuate sono la presenza dell'attrezzatura e di personale formato in tutti i punti nascita, e l'effettuazione dello screening uditivo neonatale sul totale dei neonati, con l'obiettivo di identificare tutte le patologie audiologiche e sottoporre precocemente i pazienti a terapia

correttiva.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

Indicatore	Valore 31.12.2019	Valore 31.12.2020	Valore 31.12.2021
Punti nascita con attrezzatura e personale formato	95%	100%	100%
Neonati screenati	90%	93%	95%

Impatto economico

Gli interventi operativi relativi all'implementazione delle attività di screening neonatale trovano la necessaria copertura finanziaria nell'ambito delle risorse di fondo sanitario regionale dedicate alla prevenzione e concorrono, in un'ottica di riqualificazione delle risorse e di equilibrio di sistema, alla riduzione dell'impatto complessivo delle patologie di interesse, in termini di costi diretti e indiretti sul sistema sociosanitario regionale, oltre che al primario obiettivo di migliorare la qualità di vita dei soggetti affetti da tali patologie.

3.1.c) Screening oculistico neonatale

Analisi della situazione attuale

L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante. L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione quanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi.

La cataratta congenita è la più frequente delle anomalie congenite oculari; altre patologie presenti nel neonato sono il glaucoma congenito, il retinoblastoma e la retinopatia del prematuro.

In Sicilia di recente è stato attivato un programma di implementazione dello screening oculistico neonatale mediante test del riflesso rosso, in modo da individuare precocemente eventuali anomalie.

All'inizio del progetto nessun punto nascita effettuava lo screening, mentre alla fine del 2018 quasi tutti i punti nascita hanno attivato lo screening e circa il 90% dei nati viene esaminato. Si ritiene utile consolidare i risultati raggiunti.

Descrizione

Ai fini del consolidamento del programma di screening per il triennio di vigenza del presente Programma Operativo, le azioni individuate sono la presenza dell'attrezzatura e di personale formato in tutti i punti nascita, e l'effettuazione dello screening oculistico neonatale sul totale dei neonati, con l'obiettivo di identificare tutte le patologie oculari e sottoporre precocemente i pazienti a terapia correttiva.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

Indicatore	Valore 31.12.2019	Valore 31.12.2020	Valore 31.12.2021
Punti nascita con attrezzatura e personale formato	95%	100%	100%
Neonati screenati	90%	93%	95%

Impatto economico

Gli interventi operativi relativi all'implementazione delle attività di screening neonatale trovano la necessaria copertura finanziaria nell'ambito delle risorse di fondo sanitario regionale dedicate alla

prevenzione e concorrono, in un'ottica di riqualificazione delle risorse e di equilibrio di sistema, alla riduzione dell'impatto complessivo delle patologie di interesse, in termini di costi diretti e indiretti sul sistema sociosanitario regionale, oltre che al primario obiettivo di migliorare la qualità di vita dei soggetti affetti da tali patologie.

3.1.d) Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

*Rif. LEA lett.C.13 Flussi informativi sanità veterinaria e alimenti
lett.AAJ Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria*

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 7 DASOE - Sicurezza alimentare

Servizio 10 DASOE - Sanità veterinaria

3.1.d.1) Miglioramento e integrazione delle capacità di laboratorio regionali

Analisi della situazione attuale

L'esercizio delle attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente, ai sensi del Regolamento n. 882 del 2004, passa anche attraverso una adeguata capacità di laboratorio.

Nel merito gli articoli 11 e 12 dello stesso Regolamento pongono l'imprescindibile requisito dell'accreditamento in conformità alla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025: 2005.

A seguito di un Audit in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, condotto dal Ministero della Salute su questa regione in data 24 e 25 settembre 2015, è stata formulata una specifica raccomandazione (peraltro già formulata in un precedente rapporto di audit del 23 gennaio 2006), relativa alla necessità di assicurare un'adeguata capacità di laboratorio, attuando, peraltro quanto già previsto dai documenti di pianificazione regionale in relazione ai laboratori di sanità pubblica delle AASSPP.

Tale criticità, già nelle previsioni del Piano Sanitario Regionale – Piano della Salute 2011 – 2013 e già obiettivo specifico del POCS 2013-2015 e del POCS il 2016- 2018, non è stata ancora risolta, dal momento che le iniziative intraprese non sono risultate essere efficaci.

Allo stato attuale la stragrande maggioranza delle analisi di laboratorio vengono assicurate attraverso i laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, anche se, di norma, esse riguardano le ricerche condotte sulle matrici di origine animale e su quelle di origine vegetale non trasformate.

I tentativi di riorganizzazione e le interlocuzioni fin qui intraprese, hanno messo in evidenza notevoli difficoltà da parte delle AASSPP per l'adeguamento delle capacità dei laboratori di sanità pubblica di competenza. Tali difficoltà sono incentrate, fundamentalmente, sulla carenza di risorse necessarie per l'accreditamento ufficiale delle prove di laboratorio richieste.

La considerazione e l'integrazione dell'Istituto Zooprofilattico trova ragione anche nella realizzazione della successiva Azione finalizzata ad integrare le attività diagnostiche nel campo delle malattie di interesse zoonosico sia sul versante della diagnostica umana che di quella veterinaria.

Per quanto riguarda, invece, le matrici di origine vegetale trasformate, i laboratori di Sanità Pubblica delle AASSPP non risultano in grado di assolvere pienamente alle esigenze di un controllo ufficiale adeguato ed in linea con i principi della normativa europea.

Nel corso delle innumerevoli riunioni presso questo Dipartimento è emersa la volontà dei laboratori di sanità pubblica delle AASSPP di accreditare le prove relative ai controlli sulle acque potabili,

ma di non potere assicurare gli accertamenti di laboratorio nei confronti delle matrici vegetali trasformate.

Pertanto, ad eccezione dei controlli sulle acque potabili, al fine di adeguare la capacità di laboratorio della Regione verrà proposta una soluzione, previa interlocuzione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia e l'assegnazione di risorse adeguate, che porti all'accreditamento delle prove necessarie presso lo stesso Istituto Zooprofilattico o, laddove non realizzabile in tempi brevi, al conferimento delle matrici campionate, attraverso la rete interlaboratori degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

Si sottolinea che soltanto nel mese di luglio 2020 è stata recepita dall'Assemblea Regionale Siciliana la norma di riordino per gli Istituti Zooprofilattici e pertanto, soltanto, presumibilmente, dal 2021 questa Regione potrà negoziare uno specifico obiettivo per l'IZS Sicilia.

Descrizione

Al fine di dare risposte efficaci alla problematica sono state progettate le seguenti azioni:

- Proposta di decreto per la centralizzazione delle analisi a supporto del controllo ufficiale presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia
- Proposta di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici a supporto del controllo ufficiale, per i controlli sulle acque potabili;

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31.10.2021** – Elaborazione di una proposta di aggiornamento dell'attuale normativa regionale sulla riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici per assicurare i controlli sulle acque potabili.
- ◆ **Entro il 31.12.2021** – Elaborazione di una proposta di decreto Assessoriale per la graduale centralizzazione degli esami di laboratorio a supporto del controllo ufficiale, ad eccezione dei controlli sulle acque potabili.

3.1.d.2) Monitoraggio dei piani di eradicazione della brucellosi e della tubercolosi

Rif. Adempimenti LEA lett. U "Prevenzione"

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 10 DASOE – Sanità veterinaria

Analisi della situazione attuale

In Sicilia lo stato sanitario delle popolazioni animali relativo alle malattie trasmissibili all'uomo o a quelle che comportano forti riflessi economici sulle attività produttive, risulta caratterizzato da alcune criticità rilevate a livello nazionale e comunitario.

In particolare i livelli di prevalenza nei confronti della brucellosi bovina ed ovi-caprina non sono compatibili con gli obiettivi comunitari e nazionali, che prevedono l'eradicazione di tali malattie dal territorio

Tenendo conto di tali criticità e in relazione alla persistenza di focolai di infezione in numerose aree dell'Isola, con significativi riflessi sulla salute umana, e visto che gli indicatori epidemiologici evidenziano possibili lacune nelle azioni già intraprese, si rende necessaria la prosecuzione delle attività di monitoraggio, nonché l'integrazione dei Servizi di Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche nella CRSSA (Conferenza regionale dei Servizi di Sicurezza Alimentare) per la condivisione di azioni di intervento e di monitoraggio più efficaci.

Si ritiene che tali azioni possano consentire di strutturare un nuovo sistema previsionale e di contrasto alla diffusione dei patogeni condivisa con le Aziende Sanitarie Provinciali.

Descrizione

Le azioni di monitoraggio e di controllo condotte negli ultimi anni nel territorio hanno messo in evidenza che lo stato di avanzamento dell'identificazione elettronica di bovini ed ovi caprini e la registrazione e georeferenziazione dei pascoli è da considerarsi, oramai, obiettivo raggiunto e consolidato.

Pertanto, ai fini dell'attuazione dei suddetti obiettivi, si individuano le sottoindicate azioni.

- Monitoraggio regionale per il controllo dello stato di attuazione delle attività, con cadenza trimestrale, indirizzata alle Direzioni Generali delle AASSPP, tenendo conto dei seguenti obiettivi:
 - Controllo del 100 % delle aziende bovine controllabili nei confronti della brucellosi bovina;
 - Controllo del 100% aziende ovi-caprine controllabili nei confronti della brucellosi ovi-caprina;
 - Rispetto dei tempi di ricontrollo nei focolai di brucellosi bovina ed ovi-caprina (aziende infette < 30 giorni).
 - Rendicontazione delle Verifiche di Efficacia del Controllo Ufficiale (ex ante, in itinere ed ex post);
 - Attivazione di un flusso informativo per i casi di sequestri di animali privi di identificazione e proprietario, sospensione delle qualifiche sanitarie, revoche dei codici aziendali e casi di aborto denunciati;
 - Verifiche semestrali a campione sulle indagini epidemiologiche inserite su applicativo SIMAN e apposito report di monitoraggio;

Al monitoraggio va associata un'attività di impulso, promuovendo una sensibilizzazione specifica, tramite la presentazione dello stato di attuazione dei piani, l'esame dei principali indicatori di attività ed eventualmente di risultato e le eventuali proposte di interventi correttivi;

- Audizione in sede centrale dei Direttori di Dipartimento di Prevenzione delle AASSPP corrispondenti alle aree critiche, aggregati per macro aree.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- **Entro il 30.04.2019** Report di monitoraggio gennaio-marzo brucellosi bovina.
- **Entro il 30.04.2019** Report di monitoraggio gennaio-marzo brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 30.04.2019** Report di monitoraggio gennaio-marzo tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.07.2019** Report di monitoraggio gennaio-giugno brucellosi bovina.
- **Entro il 31.07.2019** Report di monitoraggio gennaio-giugno brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 31.07.2019** Report di monitoraggio gennaio-giugno tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.10.2019** Report di monitoraggio gennaio-settembre brucellosi bovina.
- **Entro il 31.10.2019** Report di monitoraggio gennaio-settembre brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 31.10.2019** Report di monitoraggio gennaio-settembre tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.12.2019** n.2 verbali di sedute della CRSSA “sezione sanità animale (SSA) e “sezione igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche” (SIAPZ).
- **Entro il 31.03.2020** Report di monitoraggio annuale sulle verifiche d'efficacia.
- **Entro il 31.03.2020** Report sui sequestri di animali privi di identificazione e proprietario, sospensione delle qualifiche sanitarie, revoche dei codici aziendali e casi di aborto denunciati.
- **Entro il 15.04.2020** Report di monitoraggio annuale 2019 brucellosi bovina.

- **Entro il 15.04.2020** Report di monitoraggio annuale 2019 brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 15.04.2020** Report di monitoraggio annuale 2019 tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.01.2020** Report di monitoraggio annuale tubercolosi bovina.
- **Entro il 30.04.2020** Report di monitoraggio gennaio-marzo brucellosi bovina.
- **Entro il 30.04.2020** Report di monitoraggio gennaio-marzo brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 30.04.2020** Report di monitoraggio gennaio-marzo tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.07.2020** Report di monitoraggio gennaio-marzo indagini epidemiologiche.
- **Entro il 31.07.2020** Report di monitoraggio gennaio-giugno brucellosi bovina.
- **Entro il 31.07.2020** Report di monitoraggio gennaio-giugno brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 31.07.2020** Report di monitoraggio gennaio-giugno tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.10.2020** Report di monitoraggio gennaio-settembre brucellosi bovina.
- **Entro il 31.10.2020** Report di monitoraggio gennaio-settembre brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 31.10.2020** Report di monitoraggio gennaio-settembre tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.12.2020** n.2 verbali di sedute della CRSSA “sezione sanità animale (SSA) e “sezione igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche” (SIAPZ).
- **Entro il 31.01.2021** Report di monitoraggio annuale indagini epidemiologiche.
- **Entro il 31.03.2021** Report di monitoraggio annuale sulle verifiche d’efficacia.
- **Entro il 31.03.2021** Report sui sequestri di animali privi di identificazione e proprietario, sospensione delle qualifiche sanitarie, revoche dei codici aziendali e casi di aborto denunciati.
- **Entro il 15.04.2021** Report di monitoraggio annuale 2020 brucellosi bovina.
- **Entro il 15.04.2021** Report di monitoraggio annuale 2020 brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 15.04.2021** Report di monitoraggio annuale 2020 tubercolosi bovina.
- **Entro il 30.04.2021** Report di monitoraggio gennaio-marzo brucellosi bovina.
- **Entro il 30.04.2021** Report di monitoraggio gennaio-marzo brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 30.04.2021** Report di monitoraggio gennaio-marzo tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.07.2021** Report di monitoraggio gennaio-giugno brucellosi bovina.
- **Entro il 31.07.2021** Report di monitoraggio gennaio-giugno brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 31.07.2021** Report di monitoraggio gennaio-giugno tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.07.2021** Report di monitoraggio gennaio-marzo indagini epidemiologiche.
- **Entro il 31.10.2021** Report di monitoraggio gennaio-settembre brucellosi bovina.
- **Entro il 31.10.2021** Report di monitoraggio gennaio-settembre brucellosi ovi-caprina.
- **Entro il 31.10.2021** Report di monitoraggio gennaio-settembre tubercolosi bovina.
- **Entro il 31.12.2021** n.2 verbali di sedute della CRSSA “sezione sanità animale (SSA) e “sezione igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche” (SIAPZ).
- **Entro il 31.01.2022** Report di monitoraggio annuale indagini epidemiologiche.

3.1.d.3) Piano Regionale Integrato dei Controlli – PRIC

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 7 DASOE – Sicurezza alimentare

Servizio 10 DASOE – Sanità veterinaria

Analisi della situazione attuale

Il Regolamento CE n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 e s.m.i., relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali prevede che ciascuno Stato Membro elabori un piano nazionale pluriennale dei controlli (PNI-MANCP), che contenga le informazioni generali sulla struttura e sull'organizzazione dei sistemi di controllo dei mangimi, degli alimenti, della salute e del benessere degli animali.

Con Intesa Stato-Regioni n. 177 del 18 dicembre 2014, è stato approvato il PNI (Piano Nazionale Integrato dei Controlli) 2015-2018 e con successiva Intesa n. 155 del 6 settembre 2018 la scadenza del Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018 è stata prorogata dal 31/12/2018 al 31/12/2019.

In base a quanto previsto dal citato PNI 2015-2018, le Regioni e Province autonome predispongono e coordinano i **Piani Regionali Integrati dei Controlli (PRIC)** in coerenza con la struttura e con i criteri fondanti del Piano Nazionale Integrato.

Il PRIC rappresenta, pertanto, una declinazione operativa a livello territoriale del Piano Nazionale, per cui deve essere predisposto in modo che l'organizzazione dei contenuti sia coerente con quella del Piano Nazionale Integrato (PNI) e deve essere relativo ad un corrispondente periodo di vigenza.

Il PRIC ha come finalità principale, in linea con il PNI: la promozione di un approccio coerente, completo e integrato ai controlli ufficiali; l'individuazione delle priorità in funzione dei rischi e dei criteri per la categorizzazione del rischio; l'utilizzo delle procedure di controllo più efficaci, incoraggiando l'adozione delle migliori pratiche da parte di tutto il sistema dei controlli a livello regionale.

Il PRIC deve essere quindi completo, cioè deve comprendere tutti i settori ricadenti nella filiera della produzione alimentare e tutte le amministrazioni che ne abbiano competenza in ambito regionale, e deve essere tenuto in costante aggiornamento, a fronte dei cambiamenti strutturali o normativi ed in considerazione di nuove esigenze organizzative che subentrino nel periodo di vigenza.

In tal modo, nell'ottica del "controllo di filiera", le attività di controllo delle produzioni alimentari vengono integrate in una visione d'insieme con i controlli relativi ad altri ambiti di interesse che possono condizionare direttamente o indirettamente le produzioni agro-zootecniche (in particolare la sanità ed il benessere animale, l'alimentazione zootecnica, la sanità delle piante, ecc...).

Il PRIC, fornendo un approccio coerente, completo e integrato ai controlli ed individuando criteri comuni per consentire di orientare i controlli ufficiali in funzione dei rischi, è un punto di riferimento fondamentale per tutte le Amministrazioni locali coinvolte a vario titolo nella gestione e nello svolgimento dei controlli ufficiali, al fine di razionalizzare i controlli ed ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Il PRIC, inoltre, fornisce una solida base informativa per il Ministero della Salute e, indirettamente, per i servizi ispettivi della Commissione Europea che ne devono verificare l'attuazione.

Il PRIC rappresenta, pertanto, un documento ufficiale, che ha come principali destinatari il Ministero della Salute a livello nazionale, quale Autorità Competente Centrale, per la necessaria interlocuzione, la regione, quale Autorità Competente Regionale, le Autorità Competenti Locali e gli operatori del controllo ufficiale.

Inoltre, la pubblicazione sul sito web dell'Assessorato della Salute ne consente la libera consultazione da parte di tutti i portatori di interesse (stakeholders), rispondendo al requisito di trasparenza.

Infine, il collegamento alla sezione regionale del PNI contribuisce a rispondere all'esigenza comunitaria di avere un quadro completo del sistema italiano dei controlli.

I riferimenti alla programmazione di questo punto saranno aggiornati alla luce delle disposizioni che saranno emanate dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni in attuazione del regolamento UE 625/2017.

Il 14 dicembre 2019 è entrato in vigore del Regolamento (UE) n. 625 del 15 marzo 2017, recante modifica di numerosi regolamenti è relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari,

L'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del [regolamento \(UE\) 2017/625](#) necessita del recepimento e dell'adozione dei decreti legislativi applicativi, che deve aver luogo entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge di delega e deve essere preceduta dall'acquisizione del parere delle Commissioni parlamentari competenti, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Di conseguenza, in attesa dell'emanazione dei citati decreti legislativi, la programmazione dei controlli ufficiali di cui al Regolamento (UE) 2017/625, verrà effettuata sulla base di un Piano di Controllo Nazionale Pluriennale (PCNP), la cui elaborazione e attuazione è coordinata in tutto il territorio nazionale dall'Organismo unico di coordinamento individuato nella Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti del Ministero della Salute.

Pertanto, con riguardo alla programmazione delle attività di controllo relative al periodo 2020 - 2022, pur confermate in linea generale dal Ministero della Salute nel formato e nei contenuti del cessato PNI 2015/2018, già prorogata per l'anno 2019, sarà aggiornata, nei contenuti e nei tempi, secondo le disposizioni che saranno emanate dal Ministero della Salute.

Descrizione

Il PRIC Sicilia è stato adottato con D.A. n. 2273 del 22 novembre 2016 e successivamente aggiornato con D.D.G. n. 2435 del 11 dicembre 2018. Al fine di migliorare e consolidare nel tempo le attività già poste in essere nell'erogazione dei livelli assistenziali del SSR è stata progettata l'azione che segue:

Rendicontazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli- PRIC – e del Piano di Controllo Nazionale Pluriennale (PCNP)

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 30.04.2019**–Rendicontazione sull'attuazione del PRIC anno 2018
- ◆ **Entro il 30.04.2020**–Rendicontazione sull'attuazione del PRIC anno 2019
- ◆ **Entro il 30.04.2021**–Rendicontazione sull'attuazione del PCNP anno 2020
- ◆ **Entro il 30.04.2022**–Rendicontazione sull'attuazione del PCNP anno 2021

3.1.d.4) Efficacia dei Controlli ufficiali: attività formativa

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 7 DASOE – Sicurezza alimentare

Servizio 10 DASOE – Sanità veterinaria

Analisi della situazione attuale

In linea generale, l'efficacia degli interventi è una delle basi sulle quali poggia la normativa comunitaria, tendente ad ottenere effetti concreti sul territorio.

In tale contesto la “verifica di efficacia dei controlli ufficiali”, espressamente prevista all'art. 8(3) del Reg. 882/2004 ha rappresentato una criticità in seno ai servizi delle AASSPP coinvolti nell'ambito della Sicurezza Alimentare e sanità veterinaria. Infatti spesso alla fase programmatica e dispositiva non è seguita una adeguata fase di verifica.

Nel periodo di vigenza del POCS 2016-2018 questo Dipartimento è intervenuto in maniera dettagliata e puntuale, attraverso specifica disposizione regionale, per promuovere l'intensificazione della “verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali” svolte ai sensi dell'art. 8(3) del Reg. 882/04.

Inoltre, nell'ottica di inquadrare i controlli sul territorio e di verificarne l'efficacia nell'ambito della normativa che regola la trasparenza e la prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, è stata predisposta una procedura documentata su base regionale, per gestire i conflitti di interesse eventualmente presenti e consentire la disponibilità della documentazione relativa presso i servizi inerenti l'area della sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

In ultimo, per migliorare la competenza sanitaria dei Servizi riguardo le procedure sanitarie richieste per l'export dei prodotti e per l'efficace attuazione del Regolamento 2017/625, verranno proposti appositi eventi formativi, tali da garantire il raggiungimento capillare di tutto il personale in servizio presso le AASSPP.

Descrizione

Al fine di consolidare i risultati raggiunti e verificarne l'attuazione in sede territoriale è stata individuata l'azione di seguito riportata:

- ◆ Documentata attività formativa in tema di “Verifica di Efficacia dei controlli ufficiali” svolta ai sensi dell'art. 8(3) del Reg. 882/04.
- ◆ Estensione del programma audit regionale sull'Autorità Competente includendo le Verifiche di Efficacia e il percorso di gestione dei conflitti di interesse.
- ◆ Definizione di un evento formativo in due edizioni per migliorare le competenze su export dei prodotti e Regolamento 2017/ 625

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31.12.2019** – Documentata attività formativa di almeno tre AASSPP della Regione in tema di “Verifica di Efficacia dei controlli ufficiali” dei *Servizi di Sicurezza Alimentare e sanità veterinaria*.
- ◆ **Entro il 31.12.2020** – Documentata attività formativa di almeno tre AASSPP della Regione in tema di “Verifica di Efficacia dei controlli ufficiali” dei *Servizi di Sicurezza Alimentare e sanità veterinaria*.
- ◆ **Entro il 31.12.2020** – Documentata attività formativa centralizzata per la Sicilia occidentale in tema di “export dei prodotti e nuove previsioni del Regolamento 625/ 2017”.

- ◆ **Entro il 31.12.2021** – Documentata attività formativa di almeno tre AASSPP della Regione in tema di “Verifica di Efficacia dei controlli ufficiali” dei *Servizi di Sicurezza Alimentare e sanità veterinaria*.
- ◆ **Entro il 31.12.2021** – Documentata attività formativa centralizzata per la Sicilia orientale in tema di “export dei prodotti e nuove previsioni del Regolamento 625/ 2017”.
- ◆ **Entro il 31.01.2022** – Report di monitoraggio dell’efficacia formativa sulle Verifiche di Efficacia e sulla gestione dei conflitti di interesse.

3.1.d.5) Azioni per migliorare la tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 10 DASOE – Sanità veterinaria, U.O. 10.1 igiene degli allevamenti

Analisi della situazione attuale

Attualmente la quantità di farmaci veterinari prescritti mediante ricetta elettronica sembra non essere congrua rispetto a quella realmente prelevata presso i punti di distribuzione.

Appare, inoltre, sottostimato il quantitativo di farmaci che viene prescritto in talune realtà zootecniche.

Descrizione

Al fine di pianificare l’avvio di azioni tese a verificare la tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati, si ritiene di dovere programmare azioni mirate ai due livelli di distribuzione del farmaco veterinario (depositi e farmacie).

Nel merito, si ritiene utile individuare quali categorie farmacologiche risultano “non evase” in ricetta, poichè potrebbero essere state oggetto di sostituzione con analoga molecola ad uso umano o altro tipo di preparazione, creando, soprattutto nel caso degli antimicrobici, un vuoto informativo. Lo scopo di tali azioni è di mantenere un elevato livello di controllo sugli esercizi di cessione e sui depositi.

In particolare:

- ◆ Controllo sistematico di tutti i depositi di farmaci veterinari presenti nel territorio regionale nell’ambito del Piano di Farmacosorveglianza;
- ◆ Estrazione a campione dal sistema farmacosorveglianza, del n. di REV non evase o evase parzialmente, per ogni ASP;
- ◆ Individuazione delle molecole e/o principi attivi che risultano non essere state evase;
- ◆ Individuazione da parte delle ASP delle aziende zootecniche con alto numero di capi e scarse o assenti prescrizioni.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31/10/2020** – verbale di riunione tecnica con le ASP per la concertazione delle modalità operative di estrazione dati finalizzate ai controlli nelle aziende zootecniche.
- ◆ **Entro il 31/12/2020** – disposizione alle AASSPP per l’estrazione di un lista di aziende da controllare sulla base dell’analisi del rischio (N di capi/ n. prescrizioni).
- ◆ **Entro il 31/01/2021** - rendicontazione dei risultati dei controlli.
- ◆ **Entro il 31/01/2022** - rendicontazione dei risultati dei controlli.

3.1.d.6) Efficacia delle attività di vigilanza veterinaria su canili e rifugi

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 10 DASOE – Sanità veterinaria, U.O. 10.1 igiene degli allevamenti

Analisi della situazione attuale

I rifugi sanitari e per il ricovero presenti nel territorio della Regione Siciliana sono attualmente oggetto di controlli (vigilanza e ispezioni) su iniziativa delle singole AA.SS.PP. competenti per territorio, senza un precisa programmazione coordinata.

Si rileva la necessità di effettuare controlli presso le realtà di ricovero che non risultano essere in possesso di alcuna registrazione e che di fatto, stante la situazione, sfuggono alla programmazione.

Descrizione

Il sistema informativo SIRAAF, in stretta correlazione con l'anagrafe canina nazionale, di cui si avvale la regione, permette il censimento di tutte le strutture di ricovero e custodia, pubbliche e private per cani. Allo scopo di ottenere informazioni puntuali in tempo reale sui controlli si intende richiedere un'implementazione del sistema al fine di poter estrarre almeno i seguenti dati:

- Anagrafica degli operatori per struttura;
- Regime di convenzione con comuni (secondo la L.r. 15/2000).

I dati relativi all'anagrafica, alle convenzioni e ai controlli effettuati, dovranno essere disponibili, ufficiali e dinamici, al fine di poter rendicontare con precisione la situazione in tempo reale delle strutture e l'esito dei controlli svolti. In relazione ai dati disponibili e alla disponibilità di risorse delle AASSP sarà possibile assegnare degli obiettivi ed effettuare un monitoraggio a cadenza periodica da parte del DASOE.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31/12/2021** - Disposizione regionale per la stipula di un protocollo d'intesa tra AAS-SPP e comuni per i controlli da effettuarsi sugli assembramenti di animali, oggetto di segnalazioni.
- ◆ **Entro il 31/01/2023** - Report di monitoraggio per l'anno 2022.

3.1.e) Igiene Pubblica

Rif. Adempimenti LEA lett.U "Prevenzione"

3.1.e.1) Implementazione della comunicazione sulle vaccinazioni, finalizzata al raggiungimento delle coperture vaccinali previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017- 2019 e dal Calendario Vaccinale per la Vita, adottato con il D.A. n° 1965 del 10 Ottobre 2017.

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 4 DASOE – Igiene pubblica

Analisi della situazione attuale

Tra le attività a sostegno del nuovo calendario vaccinale dell'età evolutiva vi è la

comunicazione rivolta in particolare alla conoscenza delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni.

La vaccinazione rappresenta una delle più importanti scoperte scientifiche nella Storia dell'Umanità ed ha contribuito in modo fondamentale a incrementare la speranza di vita degli esseri umani.

Sin dalla loro nascita le vaccinazioni si sono rivelate efficaci per ridurre drasticamente o per debellare totalmente la diffusione di malattie infettive tra la popolazione. Ma proprio il successo delle vaccinazioni può influire negativamente sulla loro accettazione da parte dei cittadini, in quanto la diminuzione dell'incidenza delle malattie prevenibili diminuisce anche la percezione della loro gravità.

La comunicazione in ambito vaccinale ha sempre avuto un ruolo cruciale per l'accettazione o meno delle pratiche vaccinali, ma in questo ultimo decennio, con l'avvento del web, abbiamo assistito ad un cambiamento radicale dei mezzi e delle strategie comunicative, nonché all'aumento esponenziale della quantità di informazioni con una diversificazione delle modalità di fruizione e di impiego.

Con il miglioramento nel corso dei decenni del livello culturale della popolazione è, infatti, cambiato l'approccio alle tematiche relative alla salute: oggi la maggior parte dei pazienti si informa in modo autonomo, consultando il medico solo in un secondo momento.

Le Direzioni Strategiche Aziendali, pertanto, dovranno adottare dei "Piani di Comunicazione" ai fini del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- ♦ Mantenere alta la percezione del rischio delle malattie infettive e l'importanza delle pratiche di prevenzione vaccinale.
- ♦ Diffondere a livello regionale le corrette e aggiornate informazioni sulle malattie infettive, portando alla luce i casi che avrebbero potuto essere evitati se fossero state utilizzate le vaccinazioni disponibili.
- ♦ Informare e formare il personale sanitario con metodologie e strumenti all'avanguardia per una comunicazione efficace.

Inoltre è stato ulteriormente richiesto alle Direzioni Strategiche aziendali un incremento del numero dei centri vaccinali sul territorio, per migliorare la fruizione degli stessi da parte degli utenti e cittadini e di ottimizzare l'attuale dotazione organica dei Dipartimenti di Prevenzione, anche in deroga, con un adeguato numero di figure professionali, più specifiche ed insostituibili, per una corretta erogazione di tutti i servizi correlati con la prevenzione, quali: Medici Igienisti, Assistenti Sanitari, Informatici ed OSSS..

Con specifici progetti obiettivo, si è provveduto ad implementare le anagrafi vaccinali provinciali ed il cruscotto regionale, con l'obiettivo di recuperare tutti i dati storici in possesso delle singole Aziende.

Indicatori

Le Direzioni Strategiche Aziendali, dovranno adottare, per ogni anno solare, un piano di comunicazione che, per una preliminare validazione, dovrà essere trasmesso al Servizio 4 DASOE.

A seguito del previsto periodo di osservazione, un anno solare, dovrà essere trasmessa, allo stesso Servizio, una relazione conclusiva sull'attuazione delle attività previste nel piano di comunicazione, sulle criticità riscontrate e sui vantaggi acquisiti in termini di incremento delle coperture vaccinali, per singolo vaccino.

3.1.e.2) Gestione dei flussi di malattie infettive, ed in particolare, Morbillo e Rosolia congenita, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEUMoRc 2010-2015) e Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, esteso all'anno 2019.

Responsabile del procedimento attuativo
Servizio 4 DASOE – Igiene pubblica

Analisi della situazione attuale

Nonostante sia in atto, dal 2003, un Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e l'impegno sia stato ulteriormente rinnovato con l'approvazione del PNEMoRc 2010-2015, il morbillo ha ancora un impatto di salute elevato nel nostro Paese e continuano a verificarsi casi di rosolia congenita. Gli obiettivi principali del PNEMoRc 2010-2015, in accordo con quelli della Regione Europea dell'OMS, erano: l'eliminazione del morbillo (incidenza < 1 caso/milione di abitanti), l'eliminazione della rosolia (incidenza < 1 caso/milione di abitanti) e la riduzione della rosolia congenita (incidenza < 1 caso/ 100.000 nati vivi) entro il 2015. In accordo a quanto previsto nel "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015", con D.A. n°0531/12 del 29 Marzo 2012, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana - Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico - Servizio 4 "Igiene Pubblica e Rischi Ambientali", ha individuato presso il "Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile G. D'Alessandro" dell'Università degli Studi di Palermo, il "Laboratorio di Riferimento Regionale per la sorveglianza epidemiologica, l'isolamento e la genotipizzazione virale del morbillo e della rosolia".

Nei casi di morbillo e di rosolia, in conformità a quanto previsto dal PNEMoRc 2010-2015, dovrà essere inviato al laboratorio di riferimento regionale il materiale biologico, prelevato entro la sesta giornata dalla comparsa dell'esantema, per l'isolamento e le genotipizzazione virale, ai fini di aumentare il rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia notificati.

La valutazione del tasso di indagine di laboratorio risulta essere il rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati nel laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia.

Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia analisi di laboratorio e che sia :

a) confermato da collegamento epidemiologico oppure;

b) scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio oppure ad un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM, in quanto risulta essere uno degli indicatori monitorati dall'OMS per verificare il percorso verso l'eliminazione di morbillo e rosolia.

Indicatori

Al fine di valutare tali adempimenti, è stato individuato il seguente indicatore (2.9.1 PRP anche come indicatore sentinella dell'avanzamento del PRP):

Proporzione di casi di morbillo e rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio per la genotipizzazione virale.

Alle Direzioni Strategiche Aziendali viene richiesta la trasmissione di un **report annuale** in merito al suddetto indicatore, da trasmettere al Servizio 4 DASOE, **entro il 31 dicembre di ogni anno.**

3.1.f) Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 5 D.A.S.O.E. – Promozione della salute, prevenzione malattie professionali e degli infortuni sul lavoro

Descrizione

Con il D.A. n.351/2016 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, successivamente rimodulato e prorogato al 2019 con i Decreti Assessoriali n.733/2018 del 24.04.2018 e n.1161/2018 del 27.06.2018, con i quali sono stati confermati ed approvati i programmi regionali di

prevenzione individuati in armonia con le azioni centrali e i macro obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, nonché modificati alcuni indicatori sentinella, come di seguito specificato.

I risultati ottenuti presentano dati generalmente incoraggianti, tant'è che la regione Sicilia risulta in linea con i dati attesi a livello nazionale.

Nel merito ed in prospettiva degli obiettivi che si propone di raggiungere con il POCS 2019/2021 occorre premettere che la Regione Siciliana è attualmente impegnata a redigere il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, in linea con i contenuti del relativo PNP.

Pertanto, la presente linea 3.1.f del P.O. 2019/2021 non potrà prescindere, per l'annualità 2021, dalle previsioni contenute nel Piano medesimo; ciò premesso, si declinano i seguenti punti di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio, attualmente in vigore:

Programma Regionale Abbattimento Morbosità e Mortalità delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT), lotta al tabagismo, abuso di alcol, obesità e sedentarietà

Azioni

- Promozione dell'allattamento al seno
- Promozione della salute in ambiente scolastico
- Promozione della salute in ambiente di lavoro

Indicatori

Promozione dell'allattamento al seno

Indicatore naturale: Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita). È stata prevista una crescita incrementale annua fino al 30% complessivo da raggiungere nel 2021, avendo come riferimento il dato base del 25% raggiunto nel 2018. Si prevede l'invio alle ASP di propedeutici indicatori con feedback conoscitivo sulla congruità delle risorse organizzative da impiegare per il raggiungimento degli obiettivi.

Si specifica che la fonte dell'indicatore "proporzione dei bambini allattati al seno" è "0-2 anni".

Ridurre il numero fumatori

Si individuano i seguenti indicatori sentinella:

N°ASP che hanno attivato gruppi per smettere di fumare

2016/2018 = 30% - 2019/2021 40%

Ridurre il consumo di alcol a rischio

Sono previsti quali indicatori sentinella:

N°ASP che hanno attivato Corsi di formazione per docenti scuole medie e superiori sulla prevenzione dell'alcolismo

2016/2018 = 30% - 2019/2021 40%

Ridurre il consumo eccessivo di sale

Sono previsti quali indicatori sentinella:

N°. ASP che hanno attivato incontri con operatori della ristorazione pubblica e privata sulla corretta alimentazione e riduzione del consumo di sale 2016/2018 = 30% - 2019/2021 40%

Aumentare l'attività fisica delle persone si prefigge di far crescere i livelli di popolazione fisicamente attiva e individua due specifici indicatori:

Sono previsti indicatori sentinella:

N°ASP che hanno attivato gruppi di cammino per anziani 2016/2018 = 30% - 2019/2021 40%

Programma Regionale di Promozione della Salute a favore di Soggetti a Rischio di M.C.N.T.

Rendere operativo lo studio di fattibilità esitato dal tavolo regionale per l'avvio di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)

Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT

Indicatori

- Numero di accordi quadro intersettoriali Aziendali attivati e/o mantenuti.
- Proporzione di ASP che hanno recepito e attivato gli accordi: 100% 2018 – 100% 2019/2021
- Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (2019).
- Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere.
- Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso.
- Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo.
- Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica.
- Adozione di un atto di indirizzo sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione.

Programma di Prevenzione Regionale Formazione Educazione Dieta (FED)

Azioni e Indicatori

Progettare organizzare e condurre almeno due incontri informativi/ formativi curati dai SIAN e rivolti alle Ditte per consolidare le attività di Rete ed implementare la promozione della Dieta Mediterranea e di stili di alimentazione salutari attraverso:

- informazione/formazione operatori delle ARC e distribuzione di materiale informativo specifico su Dieta Mediterranea
- Promozione dell'adesione delle ARC alle campagna Ministeriale sul "poco sale ma iodato" e alla settimana "WASH"
- Valutazione dell'aderenza dei menù delle ARC ai principi della sana alimentazione

Standard:

- a) Almeno 2 incontri anno
- b) Valutazione dei menù di almeno il 60% delle ditte aderenti
- c) Adesione del 30% delle ARC alla campagna *Wash*

3.1.g) Controllo malattie croniche e sorveglianza fattori di rischio comportamentali

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 9 DASOE – Sorveglianza ed epidemiologia valutativa

Analisi della situazione attuale

Il Piano Regionale della prevenzione prevede azioni rivolte alla Prevenzione e sorveglianza di

abitudini, comportamentali, stili di vita non salutari e patologie correlate con particolare riferimento ad alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo ed abuso di sostanze.

Il principale strumento di controllo di tali fattori è rappresentato dal programma di sorveglianza nazionale promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità denominato PASSI (Progressi Aziende Sanitarie Salute in Italia), realizzato attraverso operatori sanitari delle ASP, specificamente formati, che devono intervistare al telefono un campione di persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale.

La rilevazione avviene continuativamente durante tutto l'anno. I dati raccolti vengono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy. Il mantenimento di adeguati standard di operatività, oltre a contribuire quale requisito per la certificazione LEA delle azioni del PRP, garantisce un monitoraggio adeguato e tempestivo dell'andamento dei principali fattori di rischio per le patologie croniche in relazione agli interventi di contrasto frattanto adottati, che condizionano la crescente diffusione di patologie croniche alla base dell'80% della mortalità in Sicilia.

Il sistema presenta buone caratteristiche di accettabilità e fruibilità da parte degli operatori preposti che fanno capo al Dipartimento di Prevenzione, che sono stati adeguatamente formati a livello regionale.

Potrebbero verificarsi criticità legate al supporto organizzativo aziendale ed alla necessità di garantire lo svolgimento delle interviste anche in ore di chiusura degli uffici.

Sono state impartite diverse direttive con un'azione di costante monitoraggio da parte della Regione e l'attribuzione annuale di una quota vincolata del Fondo Sanitario Regionale per il superamento delle suddette criticità ed occorre a livello aziendale garantire piena e stabile operatività al sistema.

Descrizione

L'Azione che si intende intraprendere è la verifica d'intesa con il Coordinamento aziendale di eventuali criticità residue nel garantire puntuale effettuazione delle interviste attese (mensilmente) e il programma di superamento delle stesse, mediante la partecipazione a riunione di coordinamento regionale ed alla previsione di svolgimento di interviste attese (mensilmente) anche in orario di chiusura delle sedi lavorative.

Ciascuna ASP dovrà disporre di un efficace e tempestivo strumento di monitoraggio dell'andamento dei principali fattori di rischio per le malattie croniche e dovrà essere in grado di completare tutte le interviste attese attraverso adeguate strategie di coinvolgimento del personale preposto.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31.12.2020** - Indice di operatività regionale dell'anno precedente >95/100 (interviste effettuate/attese).
- ◆ **Entro il 31.12.2021** - Indice di operatività regionale dell'anno precedente >95/100 (interviste effettuate/attese).

Impatto economico

Lo strumento consente di valutare l'efficacia delle strategie di controllo delle malattie croniche già contenute nel PRP, orientandole verso gruppi di popolazione maggiormente a rischio. La rimodulazione di interventi sostanzialmente privi di validità potrebbe consentire una più favorevole riallocazione delle risorse disponibili. Non si prevede il ricorso a risorse aggiuntive.

3.2 Rete Ospedaliera

3.2.a) Riorganizzazione della rete ospedaliera

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 4 D.P.S. - Programmazione Ospedaliera

Analisi della situazione attuale

Con Delibera di Giunta Regionale di Governo n. 522 del 28/12/2017 è stato dato mandato all'Assessore alla Salute pro-tempore di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera, già esitata col D.A. 629/2017 del 31/03/2017, impegnando questo Assessorato in una revisione della programmazione al fine di mettere in atto ulteriori processi di rifunionalizzazione e/o integrazione sia nel settore pubblico che nel settore privato accreditato e contrattualizzato, nel rispetto e in coerenza delle previsioni del D.M. 70/2015.

Il nuovo documento di programmazione ospedaliera ha avuto l'apprezzamento della Giunta Regionale di Governo con deliberazione n. 329 del 14 settembre 2018 e successivamente trasmesso al Ministero della Salute.

Successivamente il provvedimento è stato inviato al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del Regolamento, di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015 n. 70 che, nel corso della riunione congiunta con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza - tenutasi in data 20 novembre 2018, ha formulato indicazioni e richiesto alla Regione Siciliana di elaborare un cronoprogramma relativo ai tempi di recepimento delle indicazioni riportate nell'esito istruttorio.

Con D.A. n. 22 dell'11 gennaio 2019 è stato quindi approvato il documento di riordino della rete ospedaliera comprensiva del richiesto cronoprogramma di attuazione che costituisce oggetto di formale adempimento alle indicazioni formulate nel documento riportante gli esiti istruttori del Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del DM 70/2018.

Obiettivo che l'Assessorato alla Salute si è assegnato in esito all'approvazione della rete ospedaliera è stato quello di procedere al riallineamento del numero delle strutture complesse allo standard previsto, per singola disciplina, dal D.M. 70/2017, dando attuazione alle azioni di sviluppo contenute nel documento metodologico allegati al D.A. 629/2017.

Tutto ciò non disgiunto da una aggiornata rivalutazione dei dati di attività desunti dai flussi ministeriali, tenuto conto dei volumi di attività per specifici processi, dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro il 30.06.2019** - definizione delle linee guida per la stesura dell'atto aziendale.
- ◆ **Entro il 31.12.2019** - adozione degli atti deliberativi aziendali in coerenza con il documento di programmazione.
- ◆ **Entro il 31.12.2021** - monitoraggio attuazione della rete secondo il cronoprogramma allegato al D.A. 22/2019.

Indicatori di risultato

allineamento del n. di strutture complesse a quelle programmate con il D.A. 22/2019

3.2.b) Adeguamento delle reti cliniche

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 4 DPS - Programmazione Ospedaliera

Analisi della situazione attuale

Il decreto-legge 6 luglio 2012 n.95, convertito, con modificazione, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c) dispone che le Regioni, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi che saranno definiti con apposito regolamento e tenendo conto della mobilità interregionale, adottino provvedimenti di riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario Regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per abitanti per la riabilitazione, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

Con il D.M. 70 del 2 aprile 2015 sono stati definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il DM 70/2015 richiama espressamente la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, ponendo come condizione fondamentale la rifunzionalizzazione in rete dei servizi ospedalieri.

La Regione Siciliana, Con Decreto Assessoriale n. 22 dell'11 gennaio 2019 ha riorganizzato la Rete Ospedaliera adeguandosi agli standard di cui al D.M. 70/2015.

Pertanto, diventa necessario riorganizzare i processi di cura nel disegno di rete collocando il paziente al centro del sistema, in un continuum assistenziale che, snodandosi lungo un percorso diagnostico-terapeutico tarato sui bisogni assistenziali, richiede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti e servizi diversi.

In aderenza al Documento metodologico di accompagnamento al Decreto di riordino della Rete Ospedaliera si propone in questo Programma Operativo la ridefinizione delle Reti tempo dipendenti, della Rete dei Centri di Senologia "Breast Unit", e della Rete per le Emergenze emorragiche gastrointestinali.

1) Riorganizzazione della Rete dei Centri di Senologia "Breast Unit" nella Regione Siciliana

Descrizione

Per i tumori della mammella la programmazione regionale, in questa prima fase, ha definito i nodi della rete senologica nelle strutture dipartimentali della chirurgia generale dei presidi ospedalieri: ARNAS Civico di Palermo, A.O. Villa Sofia-Cervello di Palermo, AOU Policlinico di Palermo, AOU Policlinico di Catania, A.O Cannizzaro di Catania, P.O. di Taormina (ME), P.O. di Gela (CL) e P.O. di Ragusa.

L'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 recante "Linee di indirizzo sulle modalità

organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia”, nell’organizzazione della rete indica che, da linee guida europee, per soddisfare i bisogni delle popolazioni, prevede un Centro di Senologia ogni 250.000 abitanti.

La Commissione Regionale Senologica, istituita con il D.A. n. 1124 del 18 giugno 2018, ha tra i compiti, quello di definire un PDTA per la gestione della paziente con tumore della mammella e rivedere il modello organizzativo di Rete Senologica in aderenza alle previsioni della sopra citata Intesa¹ al fine di assicurare la presa in carico del paziente mettendo in relazione strutture e servizi che erogano interventi sanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell’appropriatezza clinica e organizzativa.

Per fare ciò la Commissione ha elaborato una check-list comprendente i requisiti che i Centri devono possedere per rispondere ai criteri previsti nella sopra citata Intesa.

Dall’analisi delle risultanze della somministrazione della check-list si programmeranno delle site-visit presso le strutture candidate a diventare “*Breast Unit*” (secondo il modello Hub e Spoke) e sulla base degli esiti delle site-visit si procederà alla revisione dei Centri di Senologia “*Breast Unit*” in Sicilia.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro il 30.04.2019** - Acquisizione dati provenienti dalla somministrazione della check-list approvata dalla Commissione Senologica Regionale.
- ◆ **Entro il 31.05.2019** - Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione della paziente con tumore della mammella.
- ◆ **Entro il 15.06.2019** - Programmazione delle site-visit presso le strutture candidate ad essere individuate “Breast Unit”.
- ◆ **Entro il 31.12.2019** - Effettuazione delle site-visit.
- ◆ **Entro il 30.06.2020** - Adeguamento della Rete Regionale dei Centri di Senologia.
- ◆ **Entro il 30.04.2021** - Monitoraggio dello stato di attuazione della Rete e verifica degli indicatori sulla corretta applicazione del PDTA.

Indicatori di risultato

Adozione dei provvedimenti di riorganizzazione della rete delle “Breast Unit” secondo il modello Hub & Spoke e approvazione del relativo PDTA.

¹

2) Riorganizzazione della Rete Stroke (D.A. 141/2019)

Descrizione

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte e la prima causa di disabilità nel mondo industrializzato.

L'ictus sia esso ischemico o emorragico rappresenta una malattia tempo-dipendente nella fase acuta; è una malattia sociale per le ripercussioni che la stessa induce nel soggetto colpito, nella famiglia e nella società. Oggi valutate con il Disability Adjusted Life-years (DALYs) che combina informazioni sulla morte (years of life lost-YLLD) e disabilità causata dalla malattia (years lived with disability-YLD).

Globalmente, l'ictus emorragico ed ischemico rappresentano la seconda e terza causa di morte vascolare che causa DALYs nel 2015. Il controllo dei fattori di rischio e le cure adeguate in fase acuta rappresentano un investimento di salute pubblica atto a ridurre il peso totale di tutti gli stroke.

Il piano europeo 2018/2030 si è prefisso quattro obiettivi prioritari:

- Ridurre il numero assoluto di casi del 10%
- Trattare il 90% o più nelle Stroke Unit
- Favorire piano nazionali che vadano dalla prevenzione primaria al post-ictus
- Implementare stili di vita sani

Costi delle cure per l'ictus

In Europa 72-183 miliardi

In Italia 12-30 Miliardi

Costi legati a perdita di produttività

In Europa 7-13 miliardi

Tenuto conto il progressivo invecchiamento della popolazione e la cresciuta incidenza di ictus nelle fasce d'età < 50 aa, per aumentato consumo di alcool e droghe ed errati stili di vita, si prevede aumento dei casi di ictus e aumento di pazienti con esiti invalidanti.

Efficacia delle cure

Nell'ictus cerebrale è dimostrata inconfutabilmente l'efficacia:

- Del ricovero in Stroke Unit per ictus ischemico ed emorragico
- Della terapia riperfusiva nell'ictus ischemico
- Del controllo dei fattori di rischio

La rete stroke: strumento di erogazione di cura dell'ictus

La rete Stroke basata su un sistema capillare di centri Spoke ed hub rappresenta uno strumento efficace in quanto sistema territorio-ospedale in cui il paziente riceve il trattamento giusto nell'ospedale giusto.

L'attivazione della rete implica la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici per tutti i pazienti garantendo in tal modo l'uguaglianza delle cure indipendentemente dalla residenza.

È rilevante che nel 50% circa dei pazienti sottoposti a procedure riperfusive si ottenga la *restitutio ad integrum* con riduzione delle spese sanitarie (costi diretti di cure) e riduzione delle spese sociali (costi indiretti di cura).

Indicatori di processo

- ♦ **Entro 31.12.2019** - Definizione, in raccordo con il Sistema dell'Emergenza 118 appositi protocolli al fine di garantire un'efficace integrazione delle attività di rispettiva competenza e garantire tempestività del soccorso con il conferimento del paziente alla Stroke Unit più idonea al trattamento del caso.

- ◆ **Entro 31.12.2020** - Attivazione procedure finalizzate a garantire la continuità assistenziale anche nel post-acuzie attraverso la definizione di un percorso di cure funzionalmente integrato tra ospedale e territorio.
- ◆ **Entro 31.12.2021** - Operare un monitoraggio sistematico delle attività, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate in linea con nuovo modello organizzativo, finalizzato alla conferma o alla revisione dei nodi della rete.

Indicatori di risultato

Incremento della proporzione di pazienti che ricevono terapia trombolitica sistemica (numero di pazienti con ictus che ricevono terapia trombolitica sistemica/numero di pazienti con ictus eleggibili per terapia trombolitica sistemica).

3) Riorganizzazione della Rete IMA (D.A. 566/2019)

Descrizione

Dai dati del Ministero della Salute riportati nel Documento di Strategia 18 maggio 2017 “Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebro-vascolari”, emerge che il 40% dei soggetti di età 35-64 anni che subiscono un evento acuto fatale, muore prima di arrivare in ospedale; inoltre chi sopravvive a un evento acuto, soprattutto se trattato in ritardo, diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali. I dati ISTAT indicano che in Italia la prevalenza di invalidità cardiovascolare è pari al 4.4 per mille.

La Rete dell’Infarto è fondamentale nel soccorrere il maggior numero e il più precocemente possibile nel territorio i pazienti con STEMI, riducendo la mortalità preospedaliera, e nel rivascolarizzare tempestivamente, entro i 90 minuti dalla diagnosi, il maggior numero di pazienti riducendo così la mortalità intraospedaliera e limitando i danni cardiaci cronici con riduzione dell’invalidità e della mortalità a distanza. In Sicilia la Rete IMA è stata istituita nel 2011 ed è stata progressivamente implementata nelle varie Province.

Attualmente in Italia su un numero atteso di circa 1000 STEMI/1.000.000 di abitanti, 631/1.000.000 di abitanti vengono trattati con angioplastica primaria; in Sicilia i pazienti trattati con angioplastica primaria sono 664/1.000.000 di abitanti, il 5% in più della media nazionale (dati GISE 2019 riferiti al 2018) . L’implementazione della rete per lo STEMI e i progressi farmacologici hanno ridotto la mortalità intraospedaliera al di sotto del 4% (31% negli anni 60, 18% negli anni 70, 12% negli anni 80-90 con l’utilizzo della trombolisi, 5-6% alla fine dello scorso decennio); la mortalità intraospedaliera in Sicilia è addirittura lievemente inferiore alla media nazionale.

Anche se l’ultimo rapporto dell’OCSE (2017) rileva che la mortalità per IMA in Italia sia tra le più basse fra i paesi a economia avanzata, in base ai dati del PNE 2017 la mortalità a 30 giorni rimane sempre alta, essendosi ridotta dal 10,4% nel 2010 all’8,6% nel 2016; il dato è omogeneo fra le varie regioni risultando lievemente superiore alla media nazionale per la Sicilia. Devono inoltre prendersi in considerazione tutti i pazienti che avendo subito, causa anche di un trattamento ritardato dello STEMI, un ritardo nel trattamento di rivascolarizzazione sopravvivono con un danno miocardico che li porta allo scoppio cardiaco con i relativi rischi di mortalità a distanza e di invalidità cronica ad esso connesso.

Risulta quindi evidente che nonostante in Sicilia la rete per lo STEMI abbia contribuito a ridurre la mortalità intraospedaliera per infarto acuto al di sotto della media nazionale, azioni di miglioramento tendenti a una sempre maggiore tempestività devono essere costantemente implementate al fine di ridurre il danno miocardico dopo infarto, danno che incide sulla mortalità a distanza e a tutte quelle invalidità che oltre a peggiorare la qualità di vita degli infartuati, hanno

ripercussioni sui costi economici e sociali.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro 30.06.2020** - Revisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.
- ◆ **Entro 31.12.2021** - Operare un monitoraggio sistematico sullo stato di attuazione della Rete e la relativa attività delle UU.OO. e proporre eventuali interventi correttivi qualora si dovessero individuare criticità nel funzionamento della stessa, anche finalizzati alla conferma o alla revisione dei nodi della rete.

Indicatori di risultato

Incremento del numero di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni dal ricovero (Numero di episodi IMA in cui il paziente ha eseguito una PTCA entro 2 giorni/ Numero totale di episodi di IMA).

4) Riorganizzazione della Rete per Le Emergenze emorragiche gastrointestinali

Descrizione

Il DM 70/2015 richiama espressamente la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, ponendo come condizione fondamentale la rifunionalizzazione in rete dei servizi ospedalieri.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro 31.12.2019** - Adozione linee guida per la gestione dell'emorragia digestiva prima e dopo l'accesso in ospedale e adozione di protocolli operativi condivisi.
- ◆ **Entro 30.09.2020** - Definizione dei centri Hub e Spoke delle reti, in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera e le 4 macro-aree corrispondenti con i bacini del 118.
- ◆ **Entro 31.12.2021** - Monitorare e verificare il corretto funzionamento dei Centri Regionali della Rete nonché dei collegamenti tra questi e vigilare sulla puntuale applicazione di quanto disposto dal Percorso diagnostico terapeutico per le Emergenze in Gastroenterologia.

Indicatori di risultato

Adozione dei provvedimenti di riorganizzazione della rete delle Emergenze emorragiche gastrointestinali secondo il modello Hub & Spoke e approvazione del relativo PDTA.

5) Riorganizzazione della Rete Regionale assistenziale della malattia celiaca in Sicilia

Descrizione

L'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome (Rep. Atti n. 125/CSR) del 30 luglio 2015, recepito dalla Regione Siciliana con D.A. n. 736 del 26/04/2018 ha approvato il documento "Protocollo per la diagnosi ed il follow up della celiachia".

Con successiva Intesa del 6 luglio 2017 sono stati approvati i requisiti tecnici, professionali ed organizzativi minimi per l'individuazione dei presidi sanitari deputati alla diagnosi ed il trattamento di celiachia suddivisi in "Presidi accreditati" e "Centri di terzo livello".

Con Decreto Assessoriale n. 1974 del 30 ottobre 2018 e s.m.i., questo Assessorato ha provveduto a ricostituire la Commissione Regionale sulla Malattia Celiaca che ha, tra i suoi compiti, quello di supportare l'Assessorato nell'adeguamento della rete regionale per la malattia celiaca istituita con D.A. n. 1231/2011 alle previsioni dell'Intesa Stato-Regioni del 6 luglio 2017 e ridefinire il Percorso Diagnostico Terapeutico alle previsioni dell'Intesa del luglio 2015.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro 31.12.2019** - Recepimento dell'Intesa Stato Regioni del 6 luglio 2017 e contestuale Definizione dei "Presidi accreditati" e "Centri di Terzo Livello" deputati alla diagnosi ed il trattamento di celiachia secondo le indicazioni delle sopra citata Intesa.
- ◆ **Entro 31.12.2020** - Adeguamento del PDTA già esistente in Regione Sicilia al documento "Protocollo per la diagnosi ed il follow up della celiachia"
- ◆ **Entro 31.12.2021** - Monitoraggio sul corretto funzionamento dei Centri Regionali della Rete individuata e la relativa attività dei Centri al fine di proporre eventuali interventi correttivi qualora si dovessero individuare criticità nel funzionamento della stessa.

Indicatori di risultato

Adozione dei provvedimenti di riorganizzazione della rete dei "Presidi accreditati" e "Centri di Terzo Livello" deputati alla diagnosi ed il trattamento di celiachia e report sugli indicatori per la verifica della corretta applicazione del PDTA.

6) Riorganizzazione della Rete della Riabilitazione (D.A. 863/2019)

Descrizione

Con il D.A. n. 863 del 13 maggio 2019 è stata istituito il Tavolo Tecnico permanente sulla Riabilitazione, al fine di fornire il necessario supporto all'Assessorato della Salute per la riorganizzazione della relativa rete assistenziale ed indicazioni volte a garantire livelli uniformi di assistenza riabilitativa ai pazienti sul territorio.

L'art. 2 del citato Decreto assegna al Tavolo i seguenti compiti:

- ◆ Supportare l'Assessorato della Salute nell'aggiornamento del Piano della Riabilitazione (pubblicato sulla GURS N° 54 del 21 Dicembre 2012) e degli allegati A) "Piano della Riabilitazione", B) "I percorsi in riabilitazione" e C) "la Cardiologia Riabilitativa in Sicilia".
- ◆ Elaborare la Rete integrata della Riabilitazione sul modello Hub e Spoke.
- ◆ Definire i percorsi diagnostico-terapeutici, dalla presa in carico del paziente alla valutazione dei bisogni semplici e complessi, in coerenza con l'evoluzione scientifica.
- ◆ Verificare e monitorare il corretto funzionamento dei Centri Regionali della Rete nonché dei collegamenti tra questi e vigilare sulla puntuale applicazione di quanto disposto nel Documento tecnico aggiornato sul Percorso diagnostico terapeutico.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro 31.12.2019** - Elaborazione di una Check List per avviare una indagine conoscitiva volta a rilevare una serie di informazioni sulle dotazioni organizzative e tecniche delle strutture sanitarie interessate, ospedaliere e territoriali, utili alla definizione dei Centri della Rete

Riabilitativa con riferimento ai codici: Cod. 56 Recupero e riabilitazione funzionale - Cod. 28: Unità Spinale - Cod. 75: Neuro-riabilitazione Cod. 60 Lungodegenza.

- ♦ **Entro 31.12.2020** - Definizione del setting assistenziale adeguato alla tipologia di paziente in fase post acuta, attraverso l'elaborazione di specifici PDTA riabilitativi per disabilità complesse.
- ♦ **Entro 31.12.2021** - Definizione della Rete integrata della Riabilitazione ospedale/territorio e criteri di monitoraggio sul corretto funzionamento dei Centri Regionali della Rete al fine di proporre eventuali interventi correttivi qualora si dovessero individuare criticità nel funzionamento della stessa, anche al fine della conferma o della revisione dei nodi della rete .

Indicatori di risultato

Adozione dei provvedimenti di riorganizzazione della rete nella considerazione che obiettivo è la definizione di un modello organizzativo volto alla riduzione della mobilità passiva, alla definizione delle modalità di accesso del paziente ai servizi riabilitativi.

7) Implementazione della rete trauma

Descrizione

Con D.A. n. 142 del 3 febbraio 2019 è stata rideterminata la composizione del Comitato Tecnico Scientifico Regionale della Rete del Politrauma, di cui al D.A. n. 1999 del 16/11/2015 e definiti i Centri Regionali Hub e Spoke della Rete del Politrauma, come indicato nel predetto Documento Metodologico, Allegato 1 al D.A. n. 22/2019.

Con D.A. n. 1345 del 1 luglio 2019 è stata integrata la composizione del Comitato Tecnico Scientifico Regionale della Rete del Politrauma, di cui al D.A. n. 142/2019.

Con D.A. 547 del 19.06.2020 sono approvati i seguenti documenti, parte integrante del citato Decreto:

All. 1) “Rete del Trauma Maggiore - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale” quale documento di programmazione della rete trauma maggiore

All. 2) “Atto di Indirizzo - Percorsi riabilitativi della persona politraumatizzata con grave cerebrolesione acquisita e/o mielolesione”, che sostituiscono il documento tecnico e i relativi allegati di cui al D.A. 1438/2012.

L'art. 2 dello stesso D.A. 547/2020 attribuisce ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sede di Centro Hub o Spoke della Rete del Trauma, assieme ai rispettivi referenti di SIAT, secondo una logica di sistema in rete, il compito di porre in essere quanto di competenza al fine di dare piena attuazione ai documenti regionali e:

- 1) garantire l'efficace collegamento operativo tra i nodi della Rete del Politrauma, assicurandone il sinergico funzionamento, nel rispetto dell'appropriatezza delle cure.
- 2) garantire la continuità assistenziale nella fase acuta e post-acuta, attraverso la definizione di un percorso di cure funzionalmente integrato tra ospedale e territorio.
- 3) promuovere campagne di informazione rivolte alla popolazione sulla gestione del Trauma.

Indicatori di processo

Entro 30.06.2021 - Definizione della procedura condivisa tra il referente di Macroarea, Direttore del 118, Direttori delle U.O. di Rianimazione, dei PS e le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie che ricadono all'interno della Macroarea al fine di attivare il predetto Sistema Integrato di Assistenza al

Trauma (S.I.A.T.) tra unità periferiche ("Spoke") e centri ("Hub") per l'emergenza.

Entro 31.12.2021 - Monitoraggio sistematico delle attività, degli indicatori di efficacia ed efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate in linea con il modello organizzativo approvato con il presente decreto.

Indicatori di risultato

Aumento della centralizzazione del paziente complesso presso i centri Hub ed i centri Spoke ad “Alta specializzazione per il Trauma” (D.A. 547/20202), razionalizzando l'impiego delle risorse necessarie all'esecuzione del trattamento nel più breve tempo possibile.

Riduzione della mortalità e degli esiti permanenti dell'evento acuto e post acuto.

3.3 Rete Territoriale dell'Emergenza-Urgenza

3.3.a) Adeguamento della rete territoriale dell'emergenza

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 6 D.P.S. – Emergenza-urgenza sanitaria

Analisi della situazione attuale

La rete territoriale dell'emergenza è costituita dalle centrali operative, dalle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, dal servizio di elisoccorso. In atto fanno parte della rete anche i P.T.E. (Presidi territoriali di Emergenza), che rappresentano i PPI individuati dal D.M. 70/2015 e rappresentano il livello minimo di operatività in cui si articola la risposta all'urgenza/emergenza sanitaria.

La rete territoriale dell'emergenza è in atto organizzata come di seguito:

N. 4 Centrali Operative 118:

C.O. 118 Palermo, presso l'ARNAS CIVICO - per il bacino di Palermo - Trapani;

C.O. 118 Caltanissetta, presso ASP CL – P.O. “Dubini” per il bacino di Caltanissetta - Enna - Agrigento;

C.O. 118 Catania, presso A.O. “Cannizzaro” per il bacino di Catania - Ragusa - Siracusa;

C.O. 118 Messina, presso A.O. “Papardo” per il bacino di Messina.

N. 2 Centrali uniche di Risposta 1 1 2

La legge 7 agosto 2015, n. 124, recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", all'art. 8, comma 1, lett. a) prevede l'istituzione del Numero Unico Europeo 112 su tutto il territorio nazionale con centrali operative da realizzare in ambito regionale, secondo le modalità definite con i Protocolli d'intesa adottati ai sensi dell'articolo 75-bis, comma 31 del Codice delle comunicazioni elettroniche.

La Regione Siciliana ha sottoscritto lo specifico Protocollo d'Intesa in data 16 settembre 2016 per la creazione di punti di risposta integrati per tutte le chiamate di emergenza (112-113-115-118 e il 1530 emergenza in mare), cosiddetti *PSAP* di primo livello (Public Safety Answering Point di primo livello), coincidenti con la Centrale Unica di Risposta (CUR), più volte indicata dai servizi della Commissione Europea, come un passo positivo per il miglioramento della capacità di risposta degli Stati membri alle emergenze. A regime la riorganizzazione della rete prevede l'implementazione del sistema "NUE 112" mediante la realizzazione di due Centrali Uniche di Risposta presso Palermo e Catania. Sulla base di quanto previsto dallo specifico disciplinare tecnico-operativo per il funzionamento delle stesse, si tratta di Centrali di Risposta Laica, in cui opera personale formato reso disponibile in isorisorse dalla società partecipata SEUS Scpa.

In particolare, la Centrale Unica di Risposta di Catania è operativa dal 20 giugno 2017 e racchiude i territori delle province di Catania, Ragusa, Siracusa, Messina, Enna e Caltanissetta, per un totale di 2.882.565 abitanti e 235 Comuni, riceve giornalmente circa 6000 chiamate, a cui viene risposto, in media in 2,5 secondi, rappresentando in atto un'eccellenza sull'intero territorio nazionale.

La Centrale Unica di Risposta di Palermo è allocata presso l'ARNAS Civico di Palermo. Dal 21 Maggio 2019 è operativa per i distretti telefonici della Provincia di Agrigento (0922 e 0925) e entro il 31-12-2019 si prevede che confluiranno presso questa Centrale le chiamate provenienti dai distretti telefonici delle Provincie di Trapani e Palermo.

Le Centrali Uniche di Risposta sono delle PSAP (Public Safety Answering Point di primo

livello) che non corrispondono con le PSAP 2 (Public Safety Answering Point di secondo livello) che nella fattispecie oltre alle Centrali Operative 118 comprendono le Centrali Operative delle Forze dell'Ordine (112 e 113) e le Centrali Operative dei Vigili del Fuoco (115). Compito di tali Centrali è la geolocalizzazione delle chiamate e il passaggio alle le PSAP 2 (Public Safety Answering Point di secondo livello) delle chiamate che sono di reale emergenza, con una riduzione del 20% del numero di chiamate che vengono trasferite, restando nell'ambito sanitario, alla PSAP 2 - emergenza sanitaria. Ciò comporterà, in prospettiva, una riduzione del numero delle Centrali Operative 118 dalle attuali quattro a tre Centrali.

Postazioni/ambulanze/automediche del 118

In totale sono presenti N. 251 ambulanze/postazioni di cui:

- n. 118 di tipo avanzato di cui n. 21 di tipo MSI (senza medico ma con infermiere a bordo)
- n. 133 MSB (mezzo di soccorso base).

Appare necessario prevedere una rimodulazione delle postazioni.

Servizio di elisoccorso

Il servizio viene espletato con decorrenza 01/07/2013 e prevede la disponibilità di un elicottero su ciascuna delle seguenti basi, di cui si specifica la rispettiva operatività oraria, gestiti dalle quattro Centrali operative 118 di rispettiva pertinenza:

base	area	operatività	tipo elicottero
Aeroporto di Boccadifalco	Palermo Trapani	h24	AW139
Aeroporto civile Lampedusa	Lampedusa Linosa	h24	AW139
Aeroporto civile Pantelleria	Pantelleria	h12	AW 169
A.O. Cannizzaro Catania	Ct- Sr- Rg	hj	H145T2
A.O. Papardo Messina	Messina	h24	AW 169
A.S.P. Caltanissetta P.O. S. Elia	Caltanissetta	h24	H145T2

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta ad un codice di valutazione critico.

La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi, nei quali i mezzi medicalizzati su gomma, impiegherebbero tempi molto elevati per il raggiungimento e/o per la successiva ospedalizzazione e consente di ricoverare il paziente critico nell'ospedale più idoneo e con minore disagio. Pertanto, anche in questo ambito, si prevede una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione. In particolare si prevede, oltre che la definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso sulla base della nuova rete, la programmazione su base regionale del numero delle basi operative, tenuto conto dei parametri relativi al calcolo del fabbisogno differenziato per mezzi diurni e notturni e loro operatività, contenuti nel DM 70/2015, la definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate.

Al riguardo in particolare, rappresentano obiettivi prioritari per l'attività di elisoccorso:

- la riorganizzazione del servizio di elisoccorso a contratto vigente, con implementazione delle attività;
- la centralizzazione del servizio di elisoccorso per i trasporti secondari urgenti e non differibili.
- Il potenziamento della rete delle elisuperfici, in particolare nelle aree con difficoltà di accesso, con introduzione progressiva degli NVG (visori notturni).

Punti di primo intervento (PPI) - denominati in Sicilia PTE

Il D.M. 70/2015, com'è noto al punto 9.1.5 tratta dei Punti di Primo Intervento. Al riguardo lo stesso decreto prevede che "*Punti di primo intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118, come postazione territoriale*".

In Sicilia la Legge Regionale 5 del 2009 ha denominato tali "Punti" come "*Presidi Territoriali di Emergenza*" (PTE).

In questa Regione sono presenti 37 PTE. Oltre a questi, a seguito della rifunzionalizzazione dei relativi presidi ospedalieri, sono stati istituiti Scicli (RG) e da ultimo di Comiso (RG).

L'attività degli stessi, annualmente, risulta monitorata da questa Amministrazione dal 2013

Dall'esame di tale monitoraggio si evidenzia che per 4 PTE, annualmente, con costanza, si sono registrati oltre seimila accessi l'anno. Tali presidi territoriali d'emergenza individuati nel D.M. 70/2015 come Punti di Primo Intervento sono i seguenti

- Cammarata (AG)
- Carini (PA)
- Bagheria (PA)
- Pachino (SR)

Per i restanti 33 presidi, questa Amministrazione, ha condotto uno studio che non riguarda soltanto il numero di accessi nel presidio, ma ha tenuto in considerazione anche ulteriori rilevanti parametri per valutare con accuratezza l'offerta di salute garantita da tali Presidi.

I criteri aggiuntivi sono i seguenti:

- presidio ospedaliero con pronto soccorso raggiungibile oltre i 20 minuti, con percorrenza media di 45 km/h;
- zona con particolari difficoltà viarie di accesso;
- presidi territoriali di emergenza presenti nelle Isole Minori, nel rispetto dell'Intesa Stato Regioni 146/CSR del 30 luglio 2015 relativa al "Progetto pilota per l'Ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole Minori e Località caratterizzate da difficoltà di accesso"
- emergenze specifiche (es. Centri di accoglienza migranti, aree di interesse turistico estivo o invernale ecc.)

Combinando tali criteri, i PTE sono stati classificati in gruppi omogenei (a basso, medio ed alto impatto) per i quali si è ipotizzato l'impatto per gli assistiti derivante dalla relativa chiusura e trasformazione in postazione del 118 avanzata.

Sono classificati come PTE ad impatto basso, quei PTE che non rispondono ai parametri aggiuntivi presi in considerazione da questa Amministrazione. Ad impatto medio sono stati classificati quelli per i quali è presente uno dei parametri aggiuntivi.

Infine sono stati classificati come PTE ad impatto alto, quei presidi ove sono presenti almeno due indicatori di criticità ovvero negli ultimi quattro anni il numero di accessi è rimasto sempre superiore a oltre 6000 l'anno (Menfi - Chiaramonte Gulfi), per i quali non si prevede la rifunzionalizzazione.

Sulla base di tale classificazione, i PTE ad impatto basso e medio rappresentano i presidi per i quali si procederà alla graduale rifunzionalizzazione entro il 31. 06.2020.

ASP	PTE	Indirizzo	Cronoprogramma	
			31/12/2019	30/06/2020
202 CL	SAN CATALDO (CL)	Via Carlo Forlanini	X	
	MILENA (CL)	Via Giacomo Matteotti		X
	SOMMATINO (CL)	C.da Pizzo Ferro		X
203 CT	RANDAZZO (CT)	Via Dominedò		X
	GRAMMICHELE (CT)	Piazza Guglielmo Marconi		X
	RAMACCA (CT)	Via Ugo Foscolo		X
205 ME	SCALETTA ZANCLEA (ME)	Via Itala Superiore	X	
	SANTA TERESA RIVA (ME)	Via Lungomare		X
	MESSINA SUD (ME)	Via dei Mille	X	
	MESSINA NORD (ME)	Viale Giostra c/o ex Ospedale Mandalari	X	
	TORREGROTTA (ME)	Via Giovanni Verga	X	
	FALCONE (ME)	Via Stazione	X	
	BROLO (ME)	Via Kennedy		X
	CAPO D'ORLANDO (ME)	Via Mancini		X
	S. STEFANO DI CAMASTRA (ME)	Via Grassi		X
	SCOGLITTI - VITTORIA (RG)	Via Taranto	X	
208 SR	PALAZZOLO ACREIDE (SR)	Via Nazionale		X
	ROSOLINI (SR)	Via Ronchi		X
	SAN VITO LO CAPO (TP)	Via Foritano		X
	SALEMI (TP)	Via Dante Alighieri		X

Le attività di che trattasi, saranno effettuate di concerto sia con l'AREU Lombardia con la quale questa Amministrazione ha stipulato diversi accordi di collaborazione e in prospettiva con l'istituenda Azienda AREU Sicilia, il cui DDL 562/2019 di istituzione è stato apprezzato dalla Giunta di Governo nella seduta del 16 maggio 2019.

Obiettivi specifici individuati

- ◆ Ridistribuzione delle postazioni avanzate del 118 in relazione agli indicatori previsti dal DM 70/2015 nonché alle criticità legate alla scarsa viabilità in ambito regionale;
- ◆ rifunzionalizzazione dei Presidi territoriali di emergenza in postazioni medicalizzate del 118, in coerenza con il D.A. 22 dell'11.1.2019;
- ◆ completamento dell'attivazione delle due Centrali Uniche di risposta NUE 112 (una per la Sicilia Orientale e l'altra per la Sicilia Occidentale) con realizzazione del disaster recovery e conseguenziale razionalizzazione delle chiamate che arrivano alla Centrale Operativa 118 di riferimento;
- ◆ avvio delle procedure per la centralizzazione delle chiamate dei codici bianchi e verdi, con la razionalizzazione delle postazioni di guardia medica e ciò in applicazione dell'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013 e propedeutico all'utilizzo di piattaforme tecnologiche condivise e alla attuazione del numero unico europeo 116117 delle CURAP;
- ◆ la riorganizzazione del servizio di elisoccorso mediante:
 - la soppressione dell'eliambulanza di Pantelleria a seguito della messa in sicurezza/funzionalizzazione/potenziamento del P.O. isolano, con conseguente ridefinizione del

servizio di elisoccorso;

- l'attivazione sperimentale dei visori notturni sull'eliambulanza con base a Caltanissetta.

Indicatori di processo

PRIMA FASE - 31.12.2019

- Elaborazione della proposta di revisione della distribuzione delle ambulanze e sua valutazione da parte del Comitato Regionale dell'Emergenza di cui all'art. 24 della L.R.5/2009;
- trasformazione in ambulanze/postazioni territoriali del 118 di n. 7 PTE, individuati tra quelli a basso impatto;
- completamento attivazione del numero unico di emergenza 1 1 2 sull'intero territorio regionale con la piena funzionalità delle due CUR ridondate fra loro mediante disaster recovery;
- elaborazione proposta riorganizzazione dell'elisoccorso.

SECONDA FASE - 31.12.2020

- Avvio rimodulazione postazioni, a seguito del parere espresso dal Comitato Regionale dell'emergenza;
- trasformazione in ambulanze/postazioni territoriali del 118 di n. 13 PTE, individuati tra quelli a medio impatto;
- elaborazione proposta soppressione dell'eliambulanza di stanza a Pantelleria;
- avvio sperimentazione utilizzo visori notturni sull'eliambulanza con base a Caltanissetta;
- avvio delle procedure per la sperimentazione della centralizzazione delle chiamate dei codici bianchi e verdi, in attuazione del numero unico europeo 116117.

TERZA FASE - 31.12.2021

- Completamento rimodulazione postazioni del 118;
- soppressione eliambulanza di Pantelleria e ridefinizione del servizio di elisoccorso;
- avvio utilizzo visori notturni sulle eliambulanza con base a Caltanissetta e Catania;
- avvio della centralizzazione delle chiamate dei codici bianchi e verdi, in attuazione del numero unico europeo 116117 per le Aziende Sanitarie Provinciali di Catania, Enna e Trapani.

Indicatori di risultato

Conseguimento alle date di cui agli indicatori di processo dei risultati attesi.

Impatto economico

Dalla riorganizzazione del servizio di elisoccorso si ipotizza un risparmio di circa 2.091.000 euro all'anno derivante dalla soppressione di una eliambulanza, tale risparmio sarà tuttavia, in parte assorbito dall'utilizzo dei visori notturni.

Il personale medico ed infermieristico che dalla trasformazione risulterà in sovrannumero potrà essere utilmente assegnato presso i Pronto Soccorso, laddove risulti carenza di organico. Le spese strettamente inerenti al funzionamento del PTE saranno il conseguente risparmio di spesa.

Al momento non è quantificabile, in termini strettamente economici, l'impatto che ne deriva dalla riorganizzazione delle n. 251 ambulanze/postazioni del 118, tuttavia si ipotizza risparmio derivante dal minore utilizzo del personale medico ed infermieristico in incentivazione e relativa

ottimizzazione delle risorse.

I costi relativi al funzionamento delle due Centrali Uniche di risposta si attestano sul milione e mezzo di euro (€ 1.500.000,00) che però ai sensi dei commi 982-983 e 984 della LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, saranno parzialmente coperti dallo Stato.

Non sono, in atto, stimabili i costi di attivazione del numero unico europeo 116117 delle CURAP.

3.4 Rete Territoriale

3.4.1) Riorganizzazione della rete territoriale

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 8 D.P.S. – Programmazione Territoriale

Servizio 9 D.P.S. - Tutela delle fragilità

Analisi della situazione attuale

Il P.O. 2016-2018 ha dedicato all'assistenza territoriale particolare attenzione, prevedendo molteplici misure operative, come di seguito riportate:

- ◆ Implementazione del livello organizzativo della rete regionale di assistenza territoriale
- ◆ Implementazione dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da patologie croniche
- ◆ Attività consultoriale e percorso nascita
- ◆ Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri
- ◆ Completamento del processo di trasferimento delle funzioni sanitarie in tema di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale
- ◆ Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio
- ◆ Completamento rete delle strutture residenziali “Speciale Unità di Accoglienza Permanente” (S.U.A.P.)
- ◆ Completamento rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.)
- ◆ Realizzazione delle strutture residenziali per il trattamento di soggetti con problematiche psicopatologiche di cui al piano strategico salute mentale
- ◆ Implementazione delle Cure palliative e Terapia del dolore
- ◆ Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
- ◆ Attivazione delle Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (R.E.M.S.)
- ◆ Promozione dell'integrazione socio-sanitaria

Le azioni programmate, tuttavia, non hanno avuto uno sviluppo omogeneo sull'intero territorio regionale, in quanto gli atti di indirizzo emanati hanno spesso riguardato specifici ambiti assistenziali, nonché si sono succeduti in modo non consequenziale nel tempo.

Le citate criticità, unite a una difficoltà da parte delle ASP di recepire tempestivamente gli atti di indirizzo regionali, hanno causato una frammentazione dell'offerta, che ha penalizzato la creazione di una rete integrata di servizi.

La Regione, al fine di superare le criticità sopra citate, intende adottare un Piano organico di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale, in collaborazione con l'AGENAS, che definisca chiaramente i compiti e i ruoli del Distretto e dei singoli servizi, in coerenza con le indicazioni del DPCM del 12/01/2017 e del Piano Nazionale della Cronicità approvato con l'Accordo Stato-Regioni del 15/09/2016 e recepito dalla Regione in data 6/12/2020.

Il Documento di riorganizzazione, in particolare, nel mettere a sistema le positive esperienze già presenti in regione (ambulatori di gestione integrata, apertura H24 di punti di assistenza per le piccole urgenze, etc.), definirà prioritariamente le modalità di superamento delle inadempienze riscontrate in sede di verifica adempimenti LEA 2018, soprattutto in ambito di implementazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti non autosufficienti e disabili, nonché alla costituzione di una rete locale di cure palliative che individui l'intervento palliativo domiciliare, quale intervento privilegiato, differenziato per i due livelli previsti dall'art. 23 del DPCM del 12/01/2017.

Descrizione

Il previsto Piano organico di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale, in particolare, fornirà:

- indicazioni alle ASP per potenziare le funzioni di committenza e produzione dei distretti in modo uniforme sul territorio regionale;
- una modalità di presa in carico univoca a livello regionale, in integrazione con la componente sociale dei Comuni;
- indicazioni sulla costituzione delle AFT e UCCP previste dalla Legge 189/2012, integrandole con quanto già previsto dalla L.R. 5/2009 e indicato nel DA 23.2.2015;
- una caratterizzazione delle prestazioni sociosanitarie previste dal Capo IV del DPCM del 12/01/2017, con i relativi fabbisogni e tariffe applicate.

Il Piano di riorganizzazione, pertanto, nel definire l'architettura organizzativa dei distretti, fornirà per ogni tipologia di prestazione, suddivisa per i diversi livelli d'intensità assistenziale, il fabbisogno programmato e le sue modalità di soddisfacimento, in coerenza con i vincoli finanziari individuati nel presente POCS.

Tenuto conto che l'attuazione di quanto programmato necessiterà di un percorso condiviso con le ASP, la Regione intende recepire con atto formale i Piani attuativi aziendali, anche al fine di condividere il riutilizzo delle risorse liberate da un più appropriato utilizzo dei livelli di intensità assistenziale.

L'implementazione dei servizi, pertanto, terrà conto, come detto, prioritariamente delle criticità emerse in sede di verifica adempimenti LEA.

Si specifica, infine, che il citato Piano organico di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale non terrà conto degli interventi diretti a garantire la tutela della salute della popolazione soggetta a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, nonché agli interventi diretti a riprogrammare il settore relativo alle Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (R.E.M.S.). Tali interventi, infatti, saranno definiti da un successivo tavolo di lavoro, vista la specificità dei citati ambiti.

Azioni

- Redazione e adozione del Documento unico di Programmazione dell'Assistenza Territoriale;
- Recepimento dei Piani Attuativi Aziendali;
- Predisposizione e adozione degli atti volti all'accreditamento di specialisti e strutture private che concorrono all'attuazione del Documento unico di Programmazione dell'Assistenza Territoriale;
- Implementazione della riorganizzazione territoriale, tenendo conto delle priorità assistenziali indicate nel Documento unico di Programmazione, anche ai fini della loro sostenibilità economica nel periodo di programmazione;
- Implementazione di interventi diretti a garantire la tutela della salute della popolazione soggetta a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e a riprogrammare il settore relativo alle Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (R.E.M.S.).

Indicatori di Processo e di Risultato

- ◆ Costituzione Gruppo di lavoro regionale per la predisposizione del Documento unico di Programmazione dell'Assistenza territoriale;

- ◆ Adozione con Decreto Assessoriale del Documento unico di Programmazione dell'Assistenza territoriale;
- ◆ Costituzione di un Gruppo di Lavoro per la validazione dei Piani attuativi aziendali;
- ◆ Adozione del Decreto Assessorile di recepimento dei 9 Piani attuativi delle ASP;
- ◆ Adozione dei Decreti Assessoriali e Dirigenziali che precedono e definiscono i procedimenti di accreditamento;
- ◆ Realizzazione degli interventi di attuazione della riorganizzazione della Rete Territoriale, secondo quanto previsto nel Documento unico di Programmazione dell'Assistenza Territoriale, provvedendo prioritariamente a potenziare l'offerta relativa ai setting assistenziali oggi carenti, quali in particolare la lungo assistenza, le CTA, la riabilitazione ex art. 26, oggetto peraltro anche della programmazione del 2016-2018 ma non realizzati.

Cronoprogramma

- ◆ **entro il 31.12.2019:** Costituzione Gruppo di lavoro regionale per la predisposizione del Documento unico di Programmazione dell'Assistenza territoriale.
- ◆ **entro il 31.12.2020:** Pianificazione delle azioni di monitoraggio sullo stato di attuazione dell'assistenza territoriale.
- ◆ **entro il 30.04.2021:** Adozione con Decreto Assessoriale del Documento unico di Programmazione dell'Assistenza territoriale.
- ◆ **entro il 30/04/2021:** Costituzione di un Gruppo di Lavoro per la validazione dei Piani attuativi aziendali.
- ◆ **entro il 30.06.2021** Adozione del Decreto Assessorile di recepimento dei 9 Piani attuativi delle ASP.
- ◆ **entro il 30.09.2021:** Realizzazione degli interventi di attuazione della riorganizzazione della Rete Territoriale, secondo quanto previsto nel Documento unico di Programmazione dell'Assistenza Territoriale.

Gli interventi relativi alla riorganizzazione della rete territoriale terranno conto delle misure già adottate in relazione all'emergenza epidemiologica da Covid-19, come descritti nel P.O. per la gestione dell'emergenza Covid-19 di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto legge n. 18/2020.

Impatto economico

In considerazione delle priorità assistenziali sopra indicate e della necessità di intervenire con immediatezza a potenziare l'offerta relativa ai setting assistenziali oggi carenti, quali in particolare la lungo assistenza, le CTA, la riabilitazione ex art. 26, oggetto peraltro anche della programmazione del 2016-2018 ma non realizzati, nel corso del 2020 saranno realizzati interventi per 4,3 €/mln nell'area dell'Assistenza Psichiatrica, cui si aggiungeranno, a partire dal 2021, ulteriori interventi per complessivi 34 €/mln, di cui 12,5 €/mln sulla riabilitazione ex art.26, 13,2 €/mln sulla lungoassistenza e 8,3 €/mln sull'ADI.

3.4.2) Rete laboratoristica pubblica e privata

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 8 D.P.S. – Programmazione Territoriale

Analisi della situazione attuale

Rete laboratoristica privata.

Il percorso della riorganizzazione della rete laboratoristica privata accreditata è stato regolamentato in ultimo nella Regione Siciliana dal D.A. 1 febbraio 2017, n. 182 recante “*Aggiornamento delle direttive per l’aggregazione delle strutture laboratoristiche della Regione siciliana*”, pubblicato nella GURS n. 5 del 3 febbraio 2017.

Tale decreto, la cui applicazione è stata rallentata da molti ricorsi ma la cui legittimità è stata definitivamente confermata dal C.G.A. con la decisione n. 625/2019, pubblicata l’1 luglio 2019, ha ribadito la necessità di mantenere solo i laboratori che garantissero il numero minimo di prestazioni indicato dall’Accordo Stato Regioni, favorendo quindi i processi aggregativi tra strutture la riduzione dei soggetti interlocutori con la Regione e il superamento della logica della frammentazione delle attività laboratoristiche, confermando la netta distinzione delle funzioni all’interno dell’aggregato (laboratorio centralizzato, punti prelievo).

Si è pertanto avviata una rapida fase di aggregazione tra laboratori resa necessaria dal dispositivo normativo che modificherà radicalmente la rete regionale e permetterà di garantire, a beneficio degli assistiti della Regione, la necessaria expertise dei centri e la conseguente qualità del dato analitico.

Rete laboratoristica pubblica e privata

Uno degli elementi maggiormente qualificanti la rete laboratoristica pubblica e privata è la partecipazione obbligatoria di tutte le strutture, pubbliche e private, ai programmi di Verifica Esterna di Qualità (VEQ) - ai sensi del DPR del 14 gennaio 1996, del DA 890/2002 e dell’Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 - governati dal provider Centro Regionale Qualità laboratori (CRQ) istituito presso l’Assessorato della Salute con DA 3253/2010.

Tale ufficio ha il compito di centralizzare ed organizzare le verifiche VEQ e CQI, armonizzando le metodologie chimico-cliniche e di governo della rete laboratoristica siciliana. I laboratori della Regione effettuano dosaggi in cieco su matrici mediamente tre volte l’anno, i cui risultati vengono analizzati dal CRQ e restituiti alle strutture partecipanti in un’ottica di *quality improvement* sotto l’egida regionale.

Le matrici, a partire dall’esercizio VEQ 2020, sono prodotte interamente dalla struttura tecnica (UOC Controllo Qualità e Rischio Chimico - CQRC), di supporto al provider CRQ con garanzia di qualità e governo del processo e notevole risparmio per le strutture partecipanti.

Ad oggi partecipano alle VEQ 402 laboratori privati accreditati e 119 laboratori pubblici oltre a diversi laboratori di altre Regioni.

Azioni

Nell’ottica della riqualificazione della rete laboratoristica pubblica e privata, la Regione intende inoltre procedere nel biennio 2020-2021 alla:

- Classificazione delle prestazioni di laboratorio (base, complesse e specialistica), per valutare la complessità e la produttività delle strutture di laboratorio con relativa stima delle risorse necessarie al loro funzionamento e appropriata pianificazione degli investimenti.
- Revisione dei requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi di accreditamento delle strutture di laboratorio per i diversi settori specialistici (Chimica clinica; tossicologia; microbiologia e virologia; genetica; anatomia patologica; medicina trasfusionale e immunoematologia).
- Ridefinizione dei requisiti di personale dei diversi settori specialistici alla luce dei nuovi corsi di laurea universitaria e delle innovazioni metodologiche e tecnologiche nel campo della diagnostica di laboratorio.
- Regolamentazione del service.
- Valutazione del fabbisogno di prestazioni di laboratorio, suddivise per settore e complessità.
- Sviluppo dei servizi di internazionalizzazione della diagnostica di laboratorio.
- Potenziamento della telediagnosi nei settori di anatomia patologica, genetica, e tossicologia.
- Definizione di un programma di formazione innovazione e standardizzazione delle moderne metodologie di laboratorio.

Indicatori di Processo e Cronoprogramma

▪ Classificazione delle prestazioni di laboratorio	30/09/2020
▪ Revisione dei requisiti <i>specifici</i> delle strutture di laboratorio per i diversi settori specialistici	30/09/2021
▪ Ridefinizione dei requisiti di personale dei diversi settori specialistici alla luce dei nuovi corsi di laurea universitaria e delle innovazioni metodologiche e tecnologiche nel campo della diagnostica di laboratorio	31/12/2021
▪ Regolamentazione del service	31/12/2020
▪ Valutazione del fabbisogno di prestazioni di laboratorio, suddivise per settore e complessità	31/12/2020
▪ Sviluppo dei servizi di internazionalizzazione della diagnostica di laboratorio	31/12/2021
▪ Potenziamento della telediagnosi nei settori di anatomia patologica, genetica, e tossicologia	31/12/2021
▪ Definizione di un programma di formazione innovazione e standardizzazione delle moderne metodologie di laboratorio.	30/06/2021

3.4.3) Assistenza primaria – AFT e UCCP

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 8 D.P.S. – Programmazione Territoriale

Analisi della situazione attuale

La Regione Siciliana, a partire dalla Legge 5/2009 e dal D.A. n.723/2010, ha avviato una serie coordinata di azioni che ha visto la riorganizzazione dei servizi territoriali con la creazione dei Punti Territoriali di Assistenza (PTA) e le sue articolazioni (punti unico di accesso, ambulatorio di gestione integrata, ambulatori infermieristici, punti di primo intervento), il coinvolgimento dei medici convenzionati (accordi integrativi regionali medici di assistenza primaria, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni), il coordinamento tra strutture territoriali e ospedaliere (dimissioni facilitate e protette). Il D.A. 23 febbraio 2015 ha fornito inoltre le aziende sanitarie di un documento di indirizzo per la attivazione delle AFT e delle UCCP.

Ciò nonostante il percorso di realizzazione delle AFT e delle UCCP in Regione, al di là di attivazioni formali, è ancora per lo più in fase iniziale, sebbene una recente ricognizione abbia rivelato come siano stati avviate in quasi tutte le A.S.P. attività propedeutiche (ristrutturazione di locali, acquisto di apparecchiature, accordi locali con i medici convenzionati, collegamento in rete tra software dei MMG/PLS e distretto).

Il maggiore ostacolo è consistito quasi uniformemente nella difficoltà di coinvolgere i Medici di assistenza primaria o i pediatri di libera scelta, anche per la mancata definizione dei nuovi accordi collettivi nazionali per la Medicina Generale e la Pediatria, che avrebbero dovuto meglio ridefinire il nuovo ruolo (e rinegoziarne la parte economica) di tali professionisti nell'interno di tali forme di erogazione dell'assistenza, solo abbozzate nel vecchio accordo del 2009.

Alcune AFT sono state attivate come rete di medici operanti singolarmente e comunque senza una sede unica ma condividendo obiettivi, linee guida e percorsi assistenziali (secondo una prima accezione del termine di AFT contenuta anche nel citato ACN).

Solo recentemente, in provincia di Ragusa, è stata realizzata una AFT secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali, mettendo in rete 37 medici di assistenza primaria con circa 35.000 assistiti, garantendo l'apertura di 4 sedi con orario H12, l'assistenza infermieristica, la diagnostica di primo livello (attivato un servizio di telerefertazione di ECG e di spirometria), la valorizzazione delle specializzazioni in possesso dei MMG componenti l'aggregazione ma anche la formazione effettuata da specialisti ambulatoriali della ASP relativamente alle patologie croniche target. Questo sperimentazione costituisce un modello da ripetere nelle diverse province.

Azioni

Pur in assenza del nuovo ACN la Regione intende procedere nella realizzazione di tali modelli nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Al fine di facilitare il processo l'Assessorato ha promosso numerosi Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale in tutte le Aziende provinciali, inerenti alla realizzazione delle AFT e UCCP e all'integrazione ospedale territorio per la gestione delle cronicità. La disponibilità di fondi specifici e vincolati alla raggiungimento di specifici obiettivi permetterà una più rapida realizzazione dei modelli organizzativi.

Il recepimento del Piano Nazionale per le Cronicità (D.A. 2299/2019) e la costituzione del gruppo di lavoro responsabile della redazione di linee di indirizzo regionali per la realizzazione del piano costituiscono inoltre un forte incentivo alla ridefinizione dei modelli di assistenza integrata. Il percorso prevede la condivisione del Piano con i diversi attori dell'assistenza e la definizione o l'aggiornamento dei diversi PDTA per le patologie croniche e la successiva applicazione nelle Aziende della Regione.

Indicatori di risultato - Cronoprogramma

Indicatore	Valore atteso e cronoprogramma
Realizzazione di AFT in ogni azienda sanitaria provinciale	n.3 AFT per ogni ASP entro il 31/03/2021
Realizzazione di UCCP in ogni azienda sanitaria provinciale	Realizzazione di 1 UCCP in ogni Azienda Sanitaria Provinciale entro il 31/12/2021

3.5 Flussi informativi

Rif. LEA lett. C) Obblighi informativi statistici

Responsabile del procedimento attuativo

Area Interdipartimentale 4 D.P.S. - Sistemi informativi, statistica, monitoraggi

Analisi della situazione attuale

La Regione Siciliana negli ultimi anni ha completato l'attivazione di tutti i flussi informativi che costituiscono debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, allineandosi alla normativa nazionale. La qualità e completezza è in continuo miglioramento e presuppone una costante azione di monitoraggio ed analisi con relativo feedback per le aziende e coinvolgimento dei Servizi assessoriali competenti per la specifica tematica di ogni flusso.

3.5.a) Miglioramento della qualità dei dati

Descrizione

Il valore informativo dei flussi sanitari ha assunto nel tempo un'importanza sempre maggiore per l'attività decisionale di governo, sia a livello nazionale che regionale. Inoltre la completezza e la qualità dei flussi informativi sanitari fanno parte degli adempimenti LEA previsti dalla legislazione vigente, valutati con criteri sempre più stringenti.

Da qui l'esigenza di dotarsi di un sistema che possa far fronte alle attività connesse alla gestione dei flussi informativi nel loro insieme in maniera strutturata ed automatizzata.

Per le motivazioni di cui sopra è in corso di realizzazione, da parte dell'ASP di Trapani, il progetto "SI-ACT" (Progetto Obiettivo da P.S.N. anno 2013, Linea progettuale 6 – Azione 6.1 "Sviluppo di un sistema informativo di accoglienza, controllo e trasmissione flussi alla Regione") che consentirà la gestione ed il controllo di tutti i flussi (ministeriali e regionali) e la loro trasmissione ad NSIS, ove previsto.

La parte del progetto che concerne il controllo e la trasmissione dei dati verrà adottata da tutte le aziende sanitarie provinciali ed ospedaliere della Regione e dalla Regione stessa.

Il risultato più tangibile del progetto, a regime, sarà quello di eliminare gli scarti a seguito delle elaborazioni Ministeriali, in quanto tutti i controlli previsti dalle specifiche funzionali dei tracciati, e non solo, verranno eseguiti a monte dalla singola struttura che genera il flusso, dall'azienda ospedaliera e dalla regione stessa, ognuno con i requisiti del proprio ruolo.

Ma di fatto il progetto realizza una serie di funzionalità per automatizzare la fase di accoglienza dei flussi, con rilascio automatico di ricevute di trasmissione e monitoraggio delle strutture invianti, per alimentare i database regionali in tempo reale, perfettamente allineati con quelli Ministeriali, per produrre report, per verificare la coerenza tra i flussi ed i modelli ministeriali, ecc.

Per quanto riguarda la comunicazione si intende arricchire il portale rissalute con la pubblicazione di ulteriori indicatori e report.

Indicatori di processo

Nell'anno 2019 avvio della sperimentazione del progetto SI-ACT per le fasi di accoglienza dei flussi, controlli sui dati (logico formali, d'integrità referenziale, di coerenza ecc.) e trasmissione al GAF di NSIS.

Entro la fine dell'anno 2020 utilizzo del SI-ACT a regime almeno sul 70% dei flussi che

costituiscono debito informativo verso il Ministero della Salute; nel 2021 prevista la gestione del 90% dei flussi tramite il SI-ACT.

Miglioramento delle funzioni di feedback per le aziende sul portale rssalute.

Monitoraggio periodico degli indicatori LEA con trasmissione di report per le aziende sanitarie.

Indicatori di risultato

Incontri formativi con le aziende sanitarie con periodicità almeno semestrale.

Miglioramento della qualità dei flussi con riduzione progressiva nel biennio della percentuale di scarti.

Aggiornamento costante trimestrale dei dati esposti nel portale rssalute (www.rssalute.it).

Impatto economico

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto relativa alla gestione/ridefinizione di aspetti organizzativi interni.

3.5.b) Tessera Sanitaria

Rif.Adeempimenti MEF lett.j) e k) “Tessera Sanitaria”

Adeempimenti LEA lett.C.5 “Monitoraggio ex post flusso art.50 legge n.326/2003”

Gestione dei flussi esistenti ed implementazione delle evoluzioni in materia di ricetta elettronica, ai sensi di quanto previsto dall’art. 50 della L. 326/2003, DM 2/11/2011 e art. 13 del DL 179/2012, nonché attuazione di quanto previsto dal DM 11/12/2009 per il controllo delle esenzioni da reddito dalla compartecipazione e dalle normative relative al 730 precompilato.

Analisi della situazione attuale

Nel corso degli ultimi anni sono stati conseguiti notevoli miglioramenti nei vari ambiti dell’applicazione degli adempimenti connessi all’art 50 della legge 326/2003, di particolare rilievo sono gli ottimi risultati conseguiti con la prescrizione in modalità dematerializzata, sia per la farmaceutica che per la specialistica. Permangono delle criticità relative al recupero del ticket, alle prescrizione in modalità dematerializzata presso le strutture pubbliche e all’attivazione della CMS.

Azioni

La Regione si impegna a proseguire le attività di monitoraggio del rispetto degli adempimenti di cui all’art 50 della legge 326/2003 e succ. agg. ed int.. In particolare, le attività saranno focalizzate rispetto ai seguenti punti di azione:

associazione medico-ricettario da parte delle aziende sanitarie;

trasmissione dei flussi XML da parte di farmacie e strutture specialistiche;

trasmissione dei flussi XML da parte delle strutture pubbliche;

completezza dei campi necessari per il monitoraggio delle prestazioni del PRGLA;

anagrafiche dei medici e delle strutture erogatrici;

recupero ticket ai sensi del DM 11/12/2009;

dematerializzazione della ricetta medica sia farmaceutica che specialistica, prevista dal DM 2/11/2011;
adempimenti connessi al csd 730 precompilato;
attivazione della CMS per la gestione della tessera sanitaria.

Indicatori di risultato

Percentuale di ricette non associate al medico non superiore all'1%
monitoraggio periodico delle trasmissioni dei flussi XML da parte di farmacie e strutture specialistiche private accreditate
monitoraggio periodo delle trasmissioni dei flussi XML da parte delle strutture pubbliche con periodicità almeno trimestrale;
monitoraggio periodico recupero ticket ai sensi del DM 11/12/2009;
monitoraggio periodico della corretta compilazione dei campi necessari per il PNGLA;
monitoraggio periodico delle prescrizioni in modalità dematerializzata, prevista dal DM 2/11/2011;
rispetto degli adempimenti a carico della regione connessi alla trasmissione dei dati delle spese sanitarie ai fini del 730 precompilato, secondo le indicazioni del MEF.

Risultati programmati

Percentuale di ricette non associate al medico inferiore all'1% (media ponderata per ciascuno anno);
Trasmissione alle aziende sanitarie di un report di monitoraggio periodico degli adempimenti ex art 50 (almeno 4 report per ogni anno di riferimento)
Trasmissione periodica di un report di monitoraggio delle prescrizioni dematerializzate (almeno 4 report per ogni anno di riferimento);
Incremento medio del 10% annuo dei medici dipendenti pubblici che prescrivono in modalità dematerializzata rispetto al numero dei medici dipendenti pubblici che nel 2018 hanno prescritto in modalità dematerializzata.
Rispetto delle percentuali previste per la dematerializzata dall' art. 13 del DL 179/2012;
Rispetto degli adempimenti a carico della regione connessi alla trasmissione dei dati delle spese sanitarie ai fini del 730 precompilato, secondo le indicazioni del MEF.
Incremento del 60 % annuo delle TS-CNS rispetto al 2018.

Impatto economico

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto ha effetti sui processi organizzativi di rilevazione del dato e di riflesso incide sensibilmente sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati regionali che rappresentano gli strumenti fondamentali per le azioni di programmazione e di monitoraggio regionale.

3.5.c) Appropriatelyzza organizzativa dei ricoveri ospedalieri

Rif. Adempimenti LEA lett.g) “Appropriatelyzza”

Analisi della situazione attuale

La Regione Sicilia negli ultimi anni ha conseguito notevoli miglioramenti per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione, raggiungendo nel 2017 dei valori ottimali che la pongono tra le regioni più virtuose. In particolare il tasso di ospedalizzazione per il 2017 è stato pari a circa 119,88 ricoveri per mille abitanti, di cui 96,68 in regime ordinario e 23,21 in DH.

Tali lusinghieri risultati sono stati ottenuti grazie ad un costante monitoraggio e controllo dell'attività erogata in regime di ricovero ed all'attivazione di un setting assistenziale, alternativo al DH, in cui è possibile erogare pacchetti di prestazioni ambulatoriali, garantire la presa in carico dell'utente e introitare anche la eventuale quota di compartecipazione; tale setting assistenziale, definito Day Service, è stato attivato dal 2009 e negli anni successivi si è registrato un progressivo incremento delle prestazioni erogate in day service, con evidenti benefici sulla riduzione dei DRG definiti a rischio di inappropriatelyzza e più in generale sul processo di deospedalizzazione.

Azioni

Attività di monitoraggio per la costante verifica del livello di appropriatelyzza dei ricoveri ordinari e DH, con particolare riferimento ai 108 DRG definiti a rischio di inappropriatelyzza di cui alla Conferenza Stato regioni del 3/12/2009 (GURI 5-1-2010) ed eventuali azioni correttive.

Aggiornamento con periodicità almeno trimestrale dei dati esposti nel portale rrsalute per la creazione della reportistica dinamica (on demand) relativa all'attività erogata dagli erogatori pubblici e privati in regime di ricovero, di day service e ambulatoriale.

Risultati programmati

Miglioramento e/o conferma del tasso di ospedalizzazione conseguito nel 2017 sia in regime ordinario che in DH.

Indicatori di risultato

- ◆ Tasso di ospedalizzazione e percentuale dei ricoveri a rischio di inappropriatelyzza per il triennio in linea con le normative nazionali con rispetto dei parametri previsti previsto dal Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” Convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135 (Cosiddetto decreto “Spending review”) ed eventuali aggiornamenti successivi.
- ◆ Conferma o miglioramento del numero di pacchetti di prestazioni (PACC-DRG) erogati in day service nel 2017.

Impatto economico

La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto relativa alla gestione/ridefinizione di aspetti organizzativi interni; anzi comporta un maggior introito per quanto riguarda il ticket ed a parità di prestazioni erogate una minore valorizzazione dell'attività in quanto le tariffe in Day Service sono inferiori a quelle del DH.

3.5.e) Fascicolo Sanitario Elettronico

Rif. Adempimenti LEA/MEF lett. AAD) FSE

Descrizione

La Regione Siciliana, come previsto dall'articolo 1 della legge di bilancio per l'anno 2017, ha aderito al progetto ministeriale per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE-INI), avvalendosi dei servizi che il sistema TS rende disponibili, definiti nel decreto attuativo della Ragioneria Generale dello Stato del 4/8/2017. Il sistema TS stesso mette inoltre a disposizione e gestisce i servizi di interoperabilità fra i FSE regionali (sistema INI) grazie ai quali qualsiasi operatore sanitario su tutto il territorio nazionale può accedere, consultare e alimentare il fascicolo sanitario senza tenere conto della regione d'appartenenza dell'assistito.

Il progetto è stato avviato nel corso del 2018 in sperimentazione, per verificare le procedure ed i processi, con il coinvolgimento di pochi soggetti e l'attivazione di qualche centinaio di fascicoli. È del tutto evidente che la buona riuscita del progetto sia strettamente connessa alla sua diffusione su larga scala ed alla sua alimentazione in modo continuo da parte di tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie.

Per il triennio 2019-2021 pertanto l'obiettivo è quello di aumentare significativamente il numero dei FSE attivati e coinvolgere, progressivamente, diverse categorie di operatori che alimentino in modo continuativo i fascicoli già attivati.

Indicatori di processo

Coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, delle strutture pubbliche e private accreditate che producono referti di laboratorio d'analisi e referti di radiologia.

Indicatori di risultato

Eventualmente da rimodulare in coerenza con gli indicatori che saranno definiti successivamente dal Ministero :

- Attivazione di 250.000 FSE per il 2019 ed ulteriori 250.000 per il 2020 e per il 2021 per un totale di 750.000.
- Alimentazione del FSE con 100.000 profili sanitari sintetici da parte dei MMG-PLS per il 2019 ed ulteriori 100.000 per il 2020 e 2021 per un totale di 300.000.
- Alimentazione del FSE con 10.000 Referti (di laboratorio ed altri) in formato CDA2-HL7 da parte delle strutture pubbliche e private accreditate per il 2019, di ulteriori 90.000 per il 2020 e di 100.000 per il 2021 per un totale di 200.000.
- Attività di informazione/formazione per le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di laboratorio d'analisi.

Impatto economico

Biennio:

Aggiornamento dei gestionali di laboratorio, di radiologia e di pronto soccorso delle strutture pubbliche: circa € 2.000.000.

A seguito di accordi sottoscritti con le associazioni sindacali è stata prevista una premialità per MMG e PLS che partecipano al progetto che si stima in € 2.150.000 per il 2019 ed in €2.000.000 per il 2020-2021.

Si rappresenta che in relazione ai predetti costi sono previsti degli stanziamenti a valere sul fondo del bilancio statale "FSE...." per il quale il MEF con decreto dell'08.03.2019 ha disposto le relative variazioni di bilancio.

3.6 Gestione e monitoraggio sull'acquisto di beni e servizi

Rif. Adempimenti MEF lett.B) Beni e servizi

Responsabile del procedimento attuativo

Area 2 D.P.S. UOB A2.1

3.6.1) Monitoraggio del processo di approvvigionamento delle aziende del SSR

Descrizione

L'attività di monitoraggio relativa alle modalità di approvvigionamento di beni e servizi necessita del presidio continuo da parte dell'Amministrazione affinché possa costituire lo strumento di governance della spesa e della programmazione con particolare riferimento alle gare centralizzate, anche in considerazione dell'introduzione dell'obbligo di ricorso ai soggetti aggregatori per le categorie oggetto del DPCM 24.12.2015 e successive modifiche e integrazioni, incluso il DPCM 11 luglio 2018. Tale attività contribuirà al consolidamento del sistema di monitoraggio in via complementare alla diffusione e all'evoluzione della reportistica di area. Il monitoraggio del processo di approvvigionamento in ambito sanitario, finalizzato al consolidamento della metodologia di analisi e definizione dei fabbisogni aziendali, riguarderà altresì l'ambito di acquisizione dei servizi (sanitari e non sanitari) a livello SSR.

a) Attività di supporto alla Centrale Unica di Committenza

L'Assessorato effettuerà attività di supporto alla C.U.C per l'acquisizione di beni e servizi per le categorie merceologiche previste dal DPCM del 24.12.2015 e successive modifiche e integrazioni o comunque inserite nella pianificazione pluriennale della Centrale stessa.

In particolare, grazie alla base dati disponibile presso l'Assessorato, sarà possibile effettuare:

1) L'analisi dei consumi attuali, individuando per ciascuna azienda il mix di prodotti consumati (in quantità e valore) ed acquistati (con i relativi prezzi di acquisto).

L'analisi dei dati storici costituisce la base di partenza per la definizione dei fabbisogni per cui la Centrale di Committenza dovrà indire procedure di gara, sia con riferimento alle categorie merceologiche, sia con riferimento all'individuazione di ulteriori prodotti rispetto a quelli definiti con i DD.PP.CC.MM. e per cui risulta altresì necessario procedere all'espletamento di una gara.

2) Il monitoraggio delle scadenze dei contratti attivi e di eventuali proroghe (in ottemperanza a quanto stabilito dal comma 550 art.1 legge di stabilità 2016 per le categorie di beni previste dal DPCM).

In particolare, per tali categorie di beni, vengono monitorate le scadenze contrattuali in maniera tale da identificare le categorie merceologiche che dovranno essere oggetto di programmazione da parte della CUC.

Esempi di reportistica disponibili a supporto delle analisi necessarie alla definizione delle iniziative di acquisto possono essere:

- l'analisi dei consumi per azienda rilevati a partire dai consumi di periodo attraverso i dati del flusso Beni e Servizi (ex DDG 914/2014). Tale analisi, disponibile anche con livelli di dettaglio maggiori (per singolo prodotto – codice RDM), costituisce un primo input per la definizione dei potenziali fabbisogni;
- monitoraggio della procedura/e attiva/e (e relative scadenze) per la suddetta categoria.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro il 30.06.2020:** supporto alla CUC in termini di definizione dei fabbisogni, monitoraggio e controllo delle scadenze contrattuali delle Aziende del SSR, con riferimento alle categorie di cui al DPCM del 24.12.2015 e successive modifiche e integrazioni.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico diretto e/o specifico.

b) Consolidamento del sistema di monitoraggio e diffusione della reportistica

Nell'ambito del progetto ex art. 79 comma 1 sexies della l.133/08, l'istituzione del flusso informativo per il monitoraggio di Beni e Servizi, ha reso disponibile a livello regionale informazioni funzionali allo sviluppo di metodologie per il monitoraggio ed il controllo della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità. A tal fine, l'Assessorato intende proseguire con lo sviluppo/prosecuzione delle attività attraverso il consolidamento del sistema di reportistica ad oggi adottato, funzionale al monitoraggio degli acquisti/consumi di Beni e Servizi. Di seguito le attività previste:

- ◆ Condivisione con gli stakeholder della reportistica di monitoraggio prodotta trimestralmente sia a livello "regionale" (con evidenza dei benchmark tra le 18 aziende del SSR) e "aziendale" (diffuso in maniera capillare alle Direzioni Aziendali ed a tutti gli operatori interessati ai differenti processi di acquisto);
- ◆ Approfondimento "verticale" su alcune specifiche categorie merceologiche ad elevato impatto economico.

Tale sistema di reportistica sarà utilizzato anche per una serie di confronti diretti con le aziende, volti all'identificazione di eventuali ambiti di miglioramento nei processi di procurement.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro il 31.12.2020:** condivisione della reportistica di monitoraggio con gli stakeholder coinvolti a livello regionale e aziendale.
- ◆ **Entro il 31.12.2021:** approfondimento verticale su alcune specifiche categorie merceologiche ad elevato impatto economico.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico diretto e/o specifico.

c) Manutenzione evolutiva del monitoraggio sui servizi acquistati a livello SSR

L'Amministrazione, nell'ottica dell'evoluzione continua del monitoraggio su beni e servizi, ravvisa la necessità di effettuare una revisione dello strumento di rilevazione dati sui servizi non sanitari e successivamente anche sanitari. Da qui l'esigenza di uniformare le informazioni da rilevare con particolare riferimento ai servizi contraddistinti da maggiore impatto di spesa, coerentemente alle disposizioni normative vigenti (Codice Appalti) ed in linea con le indicazioni regolamentari sul tema di ANAC e MEF.

Indicatori di processo

- ◆ **Entro il 31.12.2019:** avvio sperimentale della nuova modalità di rilevazione dati sui servizi non sanitari con particolare riferimento ai servizi contraddistinti da maggiore impatto di spesa.
- ◆ **Entro il 31.12.2021:** evoluzione delle modalità organizzative e di processo per l'alimentazione del modello regionale di monitoraggio.

Impatto economico

Non è previsto impatto economico diretto e/o specifico.

3.7 Spesa farmaceutica

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 7 DPS – Farmaceutica

Attività di gestione e monitoraggio per il contenimento della spesa farmaceutica

Analisi della situazione attuale

La Regione Siciliana, attraverso l'attuazione delle misure previste nel Piano di contenimento e riqualificazione della spesa sanitaria (Piano di Rientro) per il triennio 2007-2009, proseguito poi con il Programma Operativo 2010-2012 e rafforzato con i POCS 2013-2015 e 2016-2018, è pervenuta ad un sensibile miglioramento nell'utilizzo delle risorse destinate all'assistenza farmaceutica, con significativa riduzione dello scostamento registrato nel corso degli anni tra i costi sostenuti e quelli medi nazionali.

Il mercato del farmaco è caratterizzato da una specifica dinamicità in quanto, accanto alla disponibilità di medicinali equivalenti e biosimilari – a minor costo/terapia rispetto ai corrispettivi *originator* – immette in commercio numerosi principi attivi, alcuni dei quali innovativi importanti, con costi molto elevati; inoltre, nel corso degli ultimi anni il tetto complessivo della farmaceutica, seppure con diverse ripartizioni tra territoriale ed ospedaliera, non è aumentato, anzi è passato dal 16,4% del FSR nel 2008 all'attuale 14,85% del FSR (il tetto in vigore esclude una porzione delle quote di compartecipazione che prima erano incluse).

Pertanto, al fine di consolidare i risultati acquisiti e cercare, quantomeno, di contrastare fenomeni che possano vanificare i risultati prodotti, la Regione si impegna a mantenere le misure già avviate, rafforzando il monitoraggio della spesa al fine di identificare eventuali ambiti di intervento. Oltre alle azioni proposte, sono già stati avviati alcuni interventi che possono contribuire al raggiungimento dei risultati attesi.

In particolare, sono state impartite specifiche disposizioni inerenti l'obbligo di utilizzo del ricettario SSN da parte dei soggetti abilitati all'uso dello stesso, per le prescrizioni farmaceutiche. Infatti, la spesa farmaceutica territoriale risente in modo rilevante delle refluenze derivanti dalle prescrizioni suggerite dagli specialisti ospedalieri al momento delle dimissioni dal ricovero.

Nonostante sia stato implementato il ricorso al primo ciclo di terapia, estendendo peraltro il quantitativo di farmaci da consegnare che può essere esteso fino a 30 giorni di trattamento, quando la farmacia ospedaliera non è aperta al pubblico o è sprovvista dei farmaci prescritti, il paziente ricorre al proprio medico di famiglia per ottenere le prescrizioni dei medicinali suggeriti dal medico ospedaliero. Pertanto, al fine di facilitare l'accesso alle terapie da parte dei pazienti, e scongiurare ogni frizione tra MMG ed assistito – ad esempio nei casi in cui la ricetta c.d. “bianca” del medico ospedaliero è riferita ad un medicinale che, per il caso specifico, non può essere posto a carico del SSN – il medico specialista è tenuto a consegnare la prescrizione, su ricettario SSN o in modalità dematerializzata, della terapia che deve essere posta a carico del SSN. Il Decreto in argomento è il D.A. n. 2234 del 09 dicembre 2015 ed è divenuto efficace a far data dal 01/02/2016. Inoltre, al fine di consentire un più efficace monitoraggio delle prescrizioni relative a specifici farmaci ad alto costo, si ritiene indispensabile continuare il percorso di razionalizzazione dei centri prescrittori, avviato con la pubblicazione delle “*Linee guida regionali per l'individuazione dei Centri specializzati alla formulazione della diagnosi e alla prescrizione dei medicinali*” di cui al DA 314/16.

In considerazione, poi, dell'andamento tendenziale in crescita della spesa per l'acquisto di prodotti farmaceutici, si ritiene inderogabile perseguire un'azione di contrasto mediante un intervento di contenimento definito nell'ambito dei limiti di spesa da fissare in sede di negoziazione con i vertici delle aziende sanitarie per gli anni 2019-2021 dei livelli di spesa registrati nell'anno precedente. Ciò al fine di sostenere, almeno parzialmente, i costi derivanti dall'immissione in commercio di farmaci ad elevato costo/terapia (es. *CAR-T*) e della prossima esclusione di alcuni di essi dall'elenco dei farmaci innovativi con accesso al fondo (es. *nusinersen*; s.m. *Spinraza*®).

Si riportano di seguito alcune delle misure che verranno poste in essere nel triennio 2019-2021 al fine di proseguire nel percorso di contenimento della spesa farmaceutica regionale.

3.7.1) Mantenimento del sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica

Descrizione

Con DA n. 443/07 sono state introdotte quote aggiuntive di compartecipazione alla spesa farmaceutica. Tali quote sono state confermate, con successivi provvedimenti, per l'intera durata del piano di Rientro 2007-2009, del Programma operativo 2010-2012 e dei POCS 2013-2015 e 2016-2019.

Con il DA n. 1729/19 del 13.08.2019 sono stati prorogati gli effetti del D.A. n.443/07 fino al 31.12.2021.

Tale misura, essendo già in vigore dal 2007, non produrrà effetti economici ulteriori rispetto a quanto già esposto nei modelli CE tendenziali.

Indicatori di risultato

Mantenimento degli effetti dell'attuale sistema di compartecipazione.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ♦ Adozione di provvedimenti che mantengano, fino al 31.12.2021, gli effetti dell'attuale sistema di compartecipazione.

3.7.2) Individuazione di soglie prescrittive per la farmaceutica convenzionata

Descrizione

Con il D.A. n. 1634/19 del 29.07.2019, in una logica di continuità con un processo regolatorio avviato nel 2013 e finalizzato al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, sono state individuate anche per il triennio 2019-2021, le soglie prescrittive, in termini di spesa massima da realizzare, all'interno delle classi terapeutiche maggiormente incidenti sulla spesa complessiva e che presentano significativi scostamenti rispetto ai consumi medi nazionali.

Anche in questo caso, l'obiettivo deve essere raggiunto attraverso il pieno coinvolgimento dei medici prescrittori, attribuendo loro precisi obiettivi e condividendo eventuali azioni correttive da attivare in caso di superamento degli stessi.

Si riportano di seguito le categorie terapeutiche oggetto del provvedimento.

Codice ATC	Categoria Terapeutica
A02	Farmaci per disturbi correlati all'acidità
A10	Farmaci usati nel Diabete
C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
G04	Urologici
J01	Antibatterici per uso sistemico
J02	Antimicotici per uso sistemico
M01	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici
M05	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa

Indicatori di risultato

- ◆ Disposizioni inerenti le prescrizioni.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31.03.2019** – Individuazione di soglie prescrittive riferite alla spesa convenzionata netta da realizzare all'interno delle classi a maggiore impatto sulla spesa convenzionata.
- ◆ **Entro il 30.07.2019** – Adozione decreto soglie prescrittive.
- ◆ **Entro il 28.02** dell'anno successivo a quello di riferimento – Report annuale di monitoraggio del rispetto delle soglie indicate.

Impatto economico

Si riportano di seguito le soglie per la spesa farmaceutica convenzionata lorda da sostenere a livello regionale per il triennio 2019-2021 per le suddette categorie terapeutiche ai sensi del D.A. n. 1634/19 e le economie previste per ciascun anno rispetto alla spesa sostenuta nel corso dell'anno 2018.

Si riporta di seguito la spesa lorda sostenuta nel corso del 2018 per le categorie oggetto del provvedimento e la spesa lorda massima da sostenere nel triennio 2019-2021. L'importo delle economie inserite nel programmatico sono pari al 74,14% di quelle riferite alla spesa lorda (incidenza media costo netto/costo lordo).

Confronto tra la spesa lorda da sostenere nel triennio 2019-2021 e la spesa al consuntivo 2018 per le categorie terapeutiche oggetto del D.A. n. 1634/19

Categoria terapeutica	2018	2019	2020	2021
A02	€ 74.221.872	€ 72.828.798	€ 71.435.725	€ 69.578.294
A10	€ 50.131.457	€ 47.318.400	€ 44.505.344	€ 40.754.603
C09	€ 105.953.071	€ 104.037.749	€ 102.122.427	€ 99.568.664
C10	€ 71.179.140	€ 69.901.794	€ 68.624.448	€ 66.921.320
G04	€ 24.090.377	€ 23.774.405	€ 23.458.433	€ 23.037.137
J01	€ 60.357.796	€ 57.945.145	€ 55.532.494	€ 52.315.625
J02	€ 8.147.873	€ 7.238.643	€ 6.329.413	€ 5.117.107
M01	€ 16.021.131	€ 14.884.148	€ 13.747.164	€ 12.231.187
M05	€ 10.338.400	€ 9.783.252	€ 9.228.105	€ 8.487.908
Totale	€ 420.441.117	€ 407.712.335	€ 394.983.553	€ 378.011.844

Economie attese per ciascuno dei tre anni di programmazione rispetto al consuntivo 2018

Anno	2019	2020	2021
Economie spesa lorda attese	€ 12.728.782	€ 25.457.564	€ 42.429.273
Economie spesa netta attese	€ 9.437.119	€ 18.874.238	€ 31.457.063

3.7.3) Ulteriori azioni volte a ridurre la spesa farmaceutica convenzionata

Descrizione

Visto l'approssimarsi del rinnovo dell'Accordo per la Distribuzione Per Conto (DPC) dei medicinali classificati A-PHT (previsto per la fine dell'anno 2020) e tenuto conto del fatto che talune AA.SS.PP. erogano alcune specialità medicinali A-PHT in regime di convenzionata, si sta valutando l'ipotesi di modifica del canale distributivo di tali prodotti.

Il fenomeno riguarda in modo particolare il farmaco Duoplavin, il cui impatto di spesa netta SSN in regime di convenzionata, per l'anno 2019, è stato pari a € 1.977.236,08.

La variazione del canale distributivo del suddetto medicinale dalla convenzionata alla DPC potrà pertanto consentire un'ulteriore contrazione della spesa convenzionata per un importo approssimativamente pari a quello sopra riportato.

Inoltre, con il D.D.G. n. 46 del 27 gennaio 2021 è stata disposta l'individuazione dell'ASP di Palermo quale Capofila presso cui centralizzare l'acquisto dei farmaci A-PHT in DPC per tutta la Regione. Tale adempimento si è reso necessario per via degli importanti fenomeni distorsivi osservati in svariate AA.SS.PP., presso le quali si è verificato un costante incremento della spesa farmaceutica convenzionata nel corso del 2020 rispetto al 2019 (fino al 20% in più presso l'ASP di Agrigento). Tali evidenze sono state in larga parte riconducibili al mancato acquisto di numerose specialità medicinali (soprattutto antidiabetici e Nuovi Anticoagulanti Orali) ad elevato costo erogabili in DPC che, non essendo reperibili tramite il suddetto canale, sono state sistematicamente dispensate dalle farmacie in regime di convenzionata.

Inoltre, la centralizzazione degli acquisti presso un'unica Azienda Sanitaria, favorisce l'uniformità dei prezzi di acquisto su tutto il territorio regionale, l'ottimizzazione della gestione delle scorte di magazzino e, in definitiva, la razionalizzazione economica e logistica del canale distributivo, con totale abbattimento dell'erogazione in convenzionata delle specialità medicinali classificate A-PHT in DPC.

Sulla base di quanto sopra riportato, ipotizzando una contrazione della spesa convenzionata di circa il 4,5% rispetto al 2020, è possibile stimare un risparmio in termini di spesa netta convenzionata pari a circa 29 milioni di euro a regime.

Occorre altresì evidenziare che il comma 475 della Legge 30 dicembre 2020, n. 178 – Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023 – ha modificato, a decorrere dall'anno 2021, i tetti di spesa farmaceutica, riducendo ulteriormente il limite della spesa convenzionata dal 7,96% al 7% del FSN, rendendo di fatto ancora più dirimente la necessità abbattere le distorsioni sopra evidenziate.

Infine, appare utile sottolineare come, nel corso del 2019, sulla base del monitoraggio della spesa farmaceutica effettuato dall'AIFA, inoltrato con nota dell'Agenzia prot. n. 78648/20, la Regione risulti adempiente per quello che concerne il rispetto del tetto fissato per la Farmaceutica convenzionata del 7,96% del FSN, facendo registrare un'incidenza sul fondo pari al 7,26%.

3.7.4) Spesa per gli acquisti diretti di prodotti farmaceutici – individuazione delle percentuali di utilizzo di farmaci biosimilari

Descrizione

Al fine di contenere l'andamento crescente della spesa per l'acquisto diretto di prodotti farmaceutici verrà mantenuto, anche per il prossimo triennio, l'obbligo ai Direttori Generali Aziendali di vigilare sulla corretta applicazione delle disposizioni contenute nel DA 540/14 recante "*Misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci originatori e biosimilari a minor costo terapia*".

Inoltre, alla luce di quanto previsto dal secondo *Position Paper* dell'AIFA relativamente all'intercambiabilità dei farmaci biotecnologici, si procederà all'individuazione, in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico, delle percentuali di utilizzo di farmaci biosimilari rispetto ai corrispettivi *originator* (etanercept, infliximab e adalimumab).

Indicatore di risultato

Individuazione, in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico, delle percentuali di utilizzo di farmaci biosimilari rispetto ai corrispettivi *originator*.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 01.06.2019** – Individuazione delle percentuali di utilizzo di farmaci biosimilari rispetto ai corrispettivi *originator* relative all'anno 2018 nelle suddette aree terapeutiche.
- ◆ **Entro il 01.10.2019** – Avvio attività di monitoraggio e sensibilizzazione delle Direzioni Aziendali relativamente all'uso dei farmaci biosimilari.
- ◆ **Entro il 30.06** dell'anno successivo a quello di riferimento – Monitoraggio annuale delle percentuali di utilizzo dei farmaci biosimilari.

Impatto economico

Le percentuali individuate con tale azione possono determinare significative economie nel triennio 2019-2021 nella spesa farmaceutica acquisti diretti da parte delle strutture pubbliche. L'impatto economico sarà determinato dalla differenza tra la spesa realizzata nel 2018 per ciascuna categoria e quella programmata nel triennio successivo.

Considerando che, nel corso del 2018, la spesa farmaceutica per gli acquisti diretti da parte delle strutture pubbliche per i farmaci biotecnologici in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico per i quali è in commercio un corrispondente farmaco biosimilare (etanercept, infliximab e adalimumab) è stata pari a € 51.143.975,41, un incremento del 30% annuo nell'uso dei medicinali a minor costo/terapia rispetto ai corrispondenti *originator*, può comportare una riduzione della spesa stimabile in complessivi € 18.406.149,16 annui a regime.

Di seguito il dettaglio delle economie ipotizzabili per ciascun anno di monitoraggio.

Oltre alle azioni sopra descritte, si procederà ad avviare ulteriori iniziative volte a ridurre l'impatto della spesa sostenuta dalle Aziende Sanitarie regionali per l'acquisto diretto di prodotti farmaceutici. In particolare, l'uso di medicinali biosimilari verrà incentivato anche in altre aree terapeutiche (es. oncologia ed ematologia). Tuttavia, considerato che la commercializzazione dei farmaci biosimilari per tali aree terapeutiche (trastuzumab e rituximab) è molto recente, non è in atto possibile effettuare una stima relativa alle economie potenzialmente realizzabili nel triennio in questione.

Anno	2019	2020	2021
Economie attese rispetto al 2018*	€ 10.425.573,63	€ 16.248.189,48	€ 18.406.149,16

* sul totale della spesa sostenuta per le specialità medicinali a base di etanercept, infliximab e adalimumab

Le economie sopra descritte, basate su una stima presuntiva e prudenziale di un incremento del 30% nel consumo dei biosimilari di etanercept, infliximab e adalimumab, trovano conferma nei dati consuntivi dell'anno 2019, dai quali emerge un aumento dell'87,6% nell'uso dei suddetti medicinali rispetto ai corrispettivi *originator*, con una contrazione della spesa per acquisti diretti pari a € 24.784.029,85 rispetto al 2018.

Tuttavia, nel corso del 2019 è stata anche riscontrata una riduzione nel numero totale di confezioni erogate di etanercept, infliximab e adalimumab, verosimilmente riconducibile alla migrazione delle prescrizioni verso nuovi farmaci biologici, ancora coperti da brevetto e per i quali non

esistono prodotti biosimilari.

Ciononostante, l'analisi dei dati di spesa complessiva per l'anno 2019, relativa a tutti i farmaci per il trattamento delle patologie di ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico ha comunque evidenziato una riduzione di spesa pari a € 11.917.814,91.

Si rappresenta infine che nel mese di maggio 2020, la Centrale Unica di Committenza della Regione ha concluso le procedure finalizzate alla stipula dell'Accordo Quadro per la fornitura di farmaci biologici, con prezzi di aggiudicazione inferiori rispetto a quelli del 2019.

Pertanto, si può ipotizzare, per gli anni successivi, un'ulteriore contrazione della spesa per l'acquisto dei farmaci biologici oggetto della procedura, tale da contribuire a razionalizzare la spesa per acquisti diretti dei farmaci riportati nel presente documento.

3.8 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

Rif. LEA– lett. H) Liste di attesa

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 8 DASOE – Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti

3.8.a) Attuazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa

Descrizione

In ottemperanza all'intesa n. 1079 del 21 febbraio 2019 sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è stato realizzato il Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019 – 2021, approvato con D.A. 631/2019 pubblicato su GURS n.18 del 26 Aprile 2019 che recepisce il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021 (PNGLA). Il PRGLA:

- definisce le linee di intervento che la Regione Siciliana si impegna ad adottare per garantire il diritto di accesso, di equità e di uguaglianza al Servizio Sanitario Regionale;
- rappresenta lo strumento attraverso il quale la regione intende monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa, secondo la metodologia prevista dalle “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa”, contenute nell'allegato B del PNGLA 2019-2021, ed attivare le linee di intervento, sia sul versante della domanda che dell'offerta, necessarie consentire il “governo” delle liste di attesa.

Con questo obiettivo la Regione intende consolidare le attività volte al governo delle liste di attesa e dare attuazione agli interventi previsti dal piano regionale (PRGLA). Il rationale della relazione annuale, prevista dall'indicatore del presente obiettivo, è quella di favorire una visione sistemica e non frammentaria degli interventi posti essere dalla regione e dalle aziende del SSR.

Risultati programmati

- ◆ Per ogni anno di vigenza del piano elaborazione di una Relazione descrittiva dei monitoraggi attuati in ottemperanza agli adempimenti LEA, previsti alla lettera H, e delle azioni poste in essere a livello regionale.

3.8.b) Appropriatelyzza - Controlli analitici

Rif. LEA– lett. AM (Controllo cartelle cliniche)

Descrizione

Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA) in coerenza all'adempimento LEA - lettera “AM”.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ Rispetto degli adempimenti previsti;
- ◆ Report annuale dei controlli per ogni anno di vigenza del Piano

Indicatore

Elaborazione di un Report di monitoraggio annuale per ogni anno di vigenza del Piano in coerenza a quanto previsto dai LEA (lettera “AM”).

3.9 Accredитamento istituzionale

Rif. LEA – lett. AH (Accreditamento istituzionale)

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 1 DASOE – Accredитamento istituzionale (fino alla piena operatività dell'Area Interdipartimentale 2 Organismo Tecnicamente Accredитamento (O.T.A.)

3.9.a) Operatività dell'organismo tecnicamente accreditante regionale e revisione delle procedure e dei requisiti per l'accreditamento istituzionale

Descrizione

Con D.A. 2 marzo 2016 n. 319 “Adeguamento della Regione Siciliana a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32 /CSR: elenchi dei requisiti generali ed organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento. Definizione dei tempi di adeguamento. Percorso per l'istituzione dell'organismo tecnico accreditante” la Regione Siciliana ha provveduto a:

- recepire formalmente l'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR adeguando la normativa regionale a quanto sancito dalla stessa Intesa;
- raccordare i requisiti fissati dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 con i requisiti previsti dal D.A. 17 giugno 2002, n. 890 che disciplina la normativa regionale per l'accreditamento. In particolare si prevede che i requisiti fissati dall'Intesa già presenti dalla normativa regionale siano immediatamente applicabili.
- fissare i tempi di adeguamento da parte della Regione Siciliana ai requisiti fissati dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012;
- fissare i tempi di adeguamento da parte delle strutture sanitarie della Regione Siciliana ai requisiti fissati dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012;
- adottare elenchi separati in cui sono riportati i requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie ed i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'accreditamento; ciò al fine di facilitare l'applicazione da parte delle strutture sanitarie e semplificare lo svolgimento delle verifiche finalizzate alla valutazione dell'adeguamento e del mantenimento dei requisiti e renderli coerenti con l'Intesa;
- prevedere che l'istituzione dell'organismo tecnicamente accreditante e l'adeguamento del suo funzionamento a quanto previsto dall'Allegato B dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR, sia realizzato nell'ambito dell'attuazione del progetto “Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale al documento TRAC” adottato con D.A. n. 641 del 17 aprile 2014.

Il Progetto “Individuazione organismo accreditante ed adeguamento del sistema di accreditamento istituzionale al documento TRAC” è stato adottato con riferimento alla linea progettuale 16.5 dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 rep. Atti 13/CSR recante “Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013”.

Per garantire la piena operatività dell'OTA nell'ambito del sistema di accreditamento regionale

è necessario attuare le azioni di seguito elencate:

Istituzione dell'organismo tecnico accreditante;

Revisione delle procedure di accreditamento;

Progettazione e realizzazione dell'infrastruttura tecnologica a supporto del nuovo sistema.

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 30.09.2019** – Affidamento dell'incarico di progettazione e realizzazione dell'infrastruttura informatica per la dematerializzazione delle procedure di concessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento
- ◆ **Entro il 30.09.2019** – Provvedimento di istituzione formale dell'Organismo tecnico accreditante con l'individuazione del responsabile
- ◆ **Entro il 31.03.2021** – Definizione delle modalità di finanziamento dell'Organismo tecnico accreditante con legge regionale
- ◆ **Entro il 31.03.2021** – Disponibilità di una proposta per la revisione dei requisiti generali per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- ◆ **Entro il 30.04.2021** – Provvedimento di revisione dei requisiti generali per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.
- ◆ **Entro il 31.05.2021** – Completamento della selezione dei professionisti da avviare alla formazione come Valutatori dell'OTA (subordinato alla definizione delle modalità di finanziamento dell'OTA)
- ◆ **Entro il 30.09.2021** - Disponibilità di una proposta per il riavvio del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche
- ◆ **Entro il 30.10.2021** – Provvedimento di definizione delle modalità di riavvio del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche
- ◆ **Entro il 30.11.2021** – Costituzione dell'Elenco dei Valutatori dell'OTA (subordinato alla definizione delle modalità di finanziamento dell'OTA)
- ◆ **Entro il 30.11.2021** - Disponibilità di una proposta di ridefinizione delle procedure di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private.
- ◆ **Entro il 31.12.2021** - Provvedimento di ridefinizione delle procedure di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private.

Impatto economico

Con D.A. n. 641 del 17 aprile 2014 per la realizzazione del Progetto è stata assegnata la somma di € 1.350.000,00 integrata successivamente con nota del Dipartimento Pianificazione Strategica prot. n. 81224 del 6 novembre 2018 per l'importo di € 355.121,39.

3.9.b) Rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei Servizi Trasfusionali della rete regionale

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 6 DASOE - Trasfusionale

Descrizione

La normativa di riferimento applicabile all'ambito trasfusionale, che discende dal recepimento delle Direttive europee di settore, statuisce l'obbligatorietà del rinnovo biennale dell'autorizzazione dell'accreditamento delle strutture trasfusionali (pubbliche e a gestione associativa) per consentire l'esercizio delle specifiche attività sanitarie, a garanzia della qualità e della sicurezza dei prodotti e delle prestazioni rese dal sistema trasfusionale.

A tal fine le strutture trasfusionali della rete regionale sono state, a seguito dell'autorizzazione concessa in fase di prima attuazione (giugno 2015), sottoposte a verifica con frequenza biennale, volta ad accertare che la base applicativa dell'accreditamento istituzionale, costituita dai requisiti autorizzativi specifici previsti dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (Atti n. 242/CSR), risultasse sistematicamente soddisfatta.

Nell'esperienza regionale fin qui maturata, il rinnovo biennale dell'autorizzazione e dell'accreditamento, concesso dai Decreti Dirigenziali emanati a seguito di ispezioni effettuate con cadenza biennale, ha consentito, nel corso degli anni, di documentare margini di conformità progressivamente crescenti delle strutture ispezionate nonché l'adeguamento delle stesse ai requisiti che discendono dalla nuova normativa nazionale nel frattempo intervenuta².

Tale andamento ha favorevolmente influenzato anche i requisiti specifici che interessano la filiera produttiva del plasma, inteso come materia prima da destinare alla produzione dei medicinali plasmaderivati, come attestato dalla valutazione positiva degli audit di parte seconda che, presso i Servizi Trasfusionali, sono stati effettuati dall'azienda farmaceutica preposta alla lavorazione e al frazionamento del plasma raccolto.

In tale contesto va tuttavia considerato che con decreto legislativo del 19 marzo 2018³ è stata recepita la Direttiva Europea 2016/1214 che ha modificato le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali prevedendone l'adeguamento alle Linee direttrici di buona prassi (*Good Practice Guidelines - GPGs*) elaborate dalla Commissione Europea e dalla Direzione Europea per la Qualità dei medicinali e dell'assistenza sanitaria (EDQM) del Consiglio d'Europa.

In relazione alla suddetta disposizione normativa intervenuta, si ravvisa pertanto l'esigenza di dovere continuare a presidiare i rinnovi dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei Servizi Trasfusionali della rete regionale nel biennio 2019 – 2020 anche al fine di accertarne la loro rispondenza ai nuovi requisiti conformati alle GPGs che risulteranno, nei tempi brevi, individuati da apposito Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Il procedimento per il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento risulterà applicato ai Servizi Trasfusionali e alle loro articolazioni organizzative (ove presenti) della rete regionale indicati nella sottostante tabella 1.

Tabella 1

Provincia	Strutture Trasfusionali	Articolazioni organizzative
AG	Agrigento	Canicatti
	Sciacca	-
CL	Caltanissetta	Gela
CT	Caltagirone	Paternò
	ARNAS Garibaldi	-
	Cannizzaro	-
	Policlinico – Vittorio Emanuele	-
EN	Enna	Nicosia – Piazza Armerina
ME	Patti	Milazzo – S. Agata Militello

² Decreto del Ministro della Salute del 2 novembre 2015 recante “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.

³ Decreto Legislativo 19 marzo 2018, n. 19, recante “Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali”;

ME	Taormina	-
ME	Papardo	-
ME	Policlinico G. Martino	-
PA	Cefalù	-
PA	ARNAS Civico	-
PA	Cervello	-
PA	Villa Sofia	-
PA	Policlinico P. Giaccone	-
RG	Ragusa	Modica - Vittoria
SR	Siracusa	Avola – Lentini – Augusta
TP	Trapani	Marsala

In applicazione di quanto disciplinato dal Decreto Legislativo 261/2007 le strutture trasfusionali saranno sottoposte a verifica alla scadenza del biennio di validità del più recente provvedimento regionale che ha rinnovato l'autorizzazione all'esercizio.

Le ispezioni on site, ai sensi dell'allegato B del citato Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, verranno effettuate da team costituiti da Valutatori qualificati del sistema trasfusionale inseriti in apposito elenco nazionale gestito dal Centro Nazionale Sangue.

Ai Valutatori qualificati risulterà demandato il compito di accertare che la base applicativa dell'accreditamento istituzionale, costituita dai requisiti autorizzativi specifici strutturali, tecnologici e organizzativi risulti sistematicamente soddisfatta per consentire al Dipartimento ASOE l'emanazione del provvedimento di rinnovo dell'accreditamento istituzionale occorrente per l'esercizio delle specifiche attività sanitarie di tipo produttivo e clinico – assistenziale.

Va altresì sottolineato che la verifica biennale con esito positivo delle strutture trasfusionali costituisce requisito indispensabile per attestare la conformità del plasma (intesa come materia prima da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati) al modello regolatorio europeo di cui alla Direttiva Europea 2001/82/CE recante un "Codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano" e alla normativa nazionale di recepimento (DLgs n. 219 del 24 aprile 2006).

Con l'obiettivo di riscontrare la compiuta attuazione di quanto previsto dalla normazione nazionale applicabile e dai provvedimenti regionali emanati in materia, vengono di seguito riportati gli indicatori per il monitoraggio dei percorsi di rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento inerenti la valutazione del grado di conformità atteso e la valutazione del grado di scostamento dalla conformità attesa (di tipo A e B), come risultanti dalla sottostante tabella 2.

<u>Indicatore del grado di conformità atteso</u>	Numero delle strutture trasfusionali conformi/Numero delle strutture trasfusionali sottoposte a verifica
<u>Indicatore A del grado di scostamento dalla conformità attesa</u>	Numero delle strutture trasfusionali autorizzate con richiesta di azioni correttive/Numero delle strutture trasfusionali autorizzate e accreditate
<u>Indicatore B del grado di scostamento dalla conformità attesa</u>	Numero delle strutture trasfusionali non autorizzabili /Numero delle strutture trasfusionali autorizzate e accreditate

Risultati programmati e relativo cronoprogramma

- ◆ Presentazione delle istanze di rinnovo dell'accreditamento entro i 120 giorni antecedenti la scadenza del decreto di accreditamento già emanato.
- ◆ Visite di verifica delle strutture trasfusionali e valutazione dei rapporti di verifica nei tempi previsti dal D.A. 1458/13.

- ◆ Emanazione decreti di autorizzazione/ accreditamento entro il biennio successivo dalla data di emanazione del precedente decreto di accreditamento.

Impatto Economico

Gli interventi operativi del presente obiettivo specifico, agiscono sulla qualità e sulla sicurezza dei percorsi di assistenza dipendenti dalla terapia trasfusionale e non risultano come tali quantificabili sotto il profilo dell'impatto economico che risulterà, in ogni caso, variabile presso le aziende sanitarie a seconda del margine preesistente di conformità.

Ritenuto, tuttavia, che l'autorizzazione e l'accreditamento costituiscono presupposto occorrente per il conferimento del plasma all'industria farmaceutica, i costi refluenti da eventuali adeguamenti richiesti risulteranno residuali se confrontati con quelli derivanti dall'acquisizione degli emoderivati dal commercio.

3.9.c) Interventi a supporto della rete trapiantologica per l'implementazione del Programma donazioni 2018-2020 di cui all'ASR 14.12.2017 (Atti n. 225/CSR)

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 6 DASOE – Trasfusionale

Descrizione

Facendo seguito al recepimento, con D.A. n.446/2019⁴, del Programma Nazionale Donazione di Organi 2018 – 2020, l'attività di monitoraggio registrata dal Coordinamento Regionale per i Trapianti della Regione Sicilia nel corso dell'anno 2019 non ha documentato significativi scostamenti dei volumi di attività del procurement rispetto all'anno 2018.

Di fatto nonostante quanto disciplinato dal citato D.A. n.446/2019 che reca tutte le indicazioni necessarie ed opportune per sviluppare al meglio l'attività di procurement di organi e tessuti, annoverata oggi tra i LEA del SSN, permane una riduzione dei volumi di attività produttiva presso le aziende sanitarie che si rivela insufficiente a supportare le potenzialità e il fabbisogno dei programmi regionali trapianto.

Azioni

In relazione a quanto sopra è stata già adottata presso la Regione Sicilia una revisione del modello organizzativo a supporto dell'attività di *procurement* che: a) ha già coinvolto il Coordinamento Regionale Trapianti, b) si appresta ad introdurre, presso le aziende sanitarie, ulteriori misure di supporto all'attività di produzione che verranno sviluppate durante il periodo di vigenza del POCS.

Nel dettaglio, considerato che il **Centro Regionale Trapianti**, ai sensi del Programma Nazionale Donazione Organi di cui all'ASR 14.12.2017, svolge funzioni operative di coordinamento del processo di donazione e trapianto si è ritenuto, operando d'intesa con il Centro Nazionale Trapianti, di procedere ad una revisione del suo assetto organizzativo mediante individuazione di due Aree di competenza.

Di esse l'Area di coordinamento e governance della rete regionale è stata attribuita ad una nuova figura che assume il ruolo di Coordinatore regionale per i trapianti con la funzione di garantire,

⁴ D.A n. 446 del 20 marzo 2019 recante "Recepimento dell'Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1, del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 225/CSR del 14 dicembre 2017) sul documento recante "Programma Nazionale Donazione di Organi 2018 – 2020"

unitamente al Comitato regionale per i trapianti, la *governance* del sistema regionale.

La predetta Area è stata affiancata dall'Area del Coordinamento operativo del processo di donazione e trapianto di organi e tessuti diretta da altra figura che assume il ruolo di coordinatore delle attività regionali di procurement e trapianto di organi e tessuti, con l'ulteriore compito di garantire il coordinamento operativo del processo di donazione e trapianti.

Verrà altresì previsto, con successivo provvedimento, che al fine di sostenere l'attività di procurement degli organi solidi destinati al trapianto, le **Aziende Sanitarie** ai sensi del citato D.A. 446/2019,

- ◆ Devono individuare, ove non abbiano già provveduto, il Coordinatore aziendale responsabile dell'attività di procurement. Al Coordinatore aziendale la Direzione Generale, operando d'intesa con il Centro Regionale Trapianti, dovrà assegnare obiettivi gestionali e di risultato che saranno oggetto di valutazione degli audit effettuati dal Coordinamento Regionale per i Trapianti.
- ◆ Devono istituire, ove non abbiano già provveduto, il Coordinamento locale ospedaliero per il procurement, in staff alla Direzione sanitaria. Il Coordinamento, per lo svolgimento delle proprie funzioni, dovrà avvalersi di risorse umane commisurate al potenziale di donazione di organi e/o tessuti di ciascuna azienda. Mutuando i modelli organizzativi di documentata efficacia già sperimentati presso altre regioni, la composizione minima del Coordinamento locale dovrà prevedere un Coordinatore con debito orario quantificato secondo i volumi di attività di "procurement" attesi, un infermiere a tempo pieno e un referente medico in staff alla terapia intensiva. In tutti i Coordinamenti locali ospedalieri viene previsto almeno un infermiere con formazione ed esperienza specifica nell'ambito dell'area critica e del "procurement". Il Coordinamento dovrà essere collocato in un ufficio attrezzato dal punto di vista delle comunicazioni e della rete informatica con disponibilità di assistenza amministrativa e segretariale.
- ◆ Devono istituire, ove non abbiano già provveduto, nei presidi di riferimento del percorso dei gravi cerebrolesi e delle gravi insufficienze cardiocircolatorie, il Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti. Il Comitato aziendale, presieduto dal Direttore Sanitario, include il Coordinatore locale, il referente delle terapie intensive, della neurologia, neuroradiologia, pneumologia, nefrologia e del comitato etico. Il Comitato persegue l'obiettivo tendente ad armonizzare il contributo reso trasversalmente dalle unità operative coinvolte nei processi di donazione e trapianto e supporta l'attività di formazione del personale, il miglioramento continuo della qualità ed il risk management.

Le misure suddette risulteranno integrate dalla costituzione di una Rete di Alert volta ad identificare e monitorizzare il decorso del potenziale donatore ovvero del paziente che potrebbe evolvere verso la morte encefalica.

Al fine di costruire relazioni strutturate la figura del Coordinatore locale risulterà inserita all'interno di tutte le reti tempo-dipendenti di cui al D.M. n.70/2015 (tra cui Stroke, Acute Brain injury e Infarto miocardico acuto) mentre tutti i protocolli delle reti tempo-dipendenti dovranno prevedere il "procurement" al loro interno.

Indicatori

Con l'obiettivo di riscontrare la compiuta attuazione di quanto previsto dalla programmazione regionale vengono di seguito riportati gli indicatori per il monitoraggio degli interventi a supporto dello sviluppo dell'attività di procurement come di seguito indicati:

- Accertamenti: Numero di accertamenti di morte encefalica
- Procurati: Numero di accertamenti con non opposizione al prelievo
- Utilizzati: Numero di procurati con effettivo prelievo e trapianto di organi
- Opposizioni: Numero di accertamenti con opposizione al prelievo

Viene prevista altresì l'acquisizione dei provvedimenti aziendali che forniscono evidenza di nomina/istituzione del Coordinatore locale, del Coordinamento locale ospedaliero per il procurement, del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti

Impatto Economico

L'impatto economico che discende dall'implementazione delle misure volte a supportare l'attività di procurement degli organi solidi è in corso di definizione.

Non può attualmente escludersi che con successivo provvedimento possano essere individuate idonee misure economiche da riconoscere alle aziende sanitarie per l'attività di procurement, commisurate ai volumi di attività resa, nonché introdotte misure incentivanti per lo sviluppo di progettualità aziendali utili ad assicurare la presenza del personale qualificato oltre l'attività ordinaria.

3.10 Misure di contrasto alla mobilità sanitaria interregionale passiva

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 5 DPS – Economico Finanziario

Area Int.4 – Sistemi informativi, statistica, monitoraggi

Analisi della situazione attuale

La mobilità interregionale passiva (di seguito semplicemente mobilità passiva) costituisce per la Regione Siciliana un fenomeno di rilievo, con la conseguenza che il saldo annuale di mobilità risulta costantemente negativo ed è contraddistinto da un trend in aumento come risulta dalla Tabella 1 sotto riportata,

Tabella 1 – Dati relativi al saldo di mobilità per gli anni 2013-2018

ANNO	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
2013	70.557.725,39	248.103.134,76	-177.545.409,37
2014	71.933.071,00	256.533.696,00	- 184.600.625,00
2015	69.206.589,31	258.658.255,13	- 189.451.665,82
2016	66.395.037,26	272.156.244,27	- 205.761.207,01
2017	65.189.302,84	275.984.172,56	- 210.794.869,72
2018	69.303.379,60	282.151.816,60	- 212.848.436,99

La parte di gran lunga prevalente della mobilità riguarda i ricoveri ospedalieri presso strutture pubbliche e strutture private (flusso A); inoltre, analizzando i dati delle due componenti (flusso A da pubblico e flusso B da privato), si evidenzia che nello stesso periodo di riferimento anni 2013-2018 la mobilità passiva verso strutture pubbliche è diminuita, di contro è aumentata in maniera abnorme la mobilità verso strutture private accreditate, con un incremento del saldo di mobilità da ricoveri ospedalieri presso strutture private da -23.549.687 del 2013 a -83.704.828 del 2018, come risulta nella Tabella 2 sotto riportata.

Tabella 2 - Dati relativi al saldo di mobilità per ricoveri ospedalieri (flusso A) per gli anni 2013-2018

ANNO 2013	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
Flusso A pubb	34.147.153,28	149.824.507,53	-115.677.354,25
Flusso A priv	17.254.841,69	40.804.529,07	-23.549.687,38
Totale flusso A	51.401.994,97	190.629.036,60	- 139.227.041,63
ANNO 2014	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
Flusso A pubb	22.327.567,00	106.984.603,00	-84.657.036,00
Flusso A priv	27.101.098,00	89.311.411,00	-62.210.313,00
Totale flusso A	49.428.665,00	196.296.014,00	- 146.867.349,00

ANNO 2015	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
Flusso A pubb	22.431.036,38	104.828.791,80	-82.397.755,42
Flusso A priv	24.249.028,29	90.107.821,89	-65.858.793,60
Totale flusso A	46.680.064,66	194.936.613,69	- 148.256.549,02
ANNO 2016	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
Flusso A pubb	28.941.715,10	107.242.805,94	-78.301.090,84
Flusso A priv	14.064.980,06	98.422.365,70	-84.357.385,64
Totale flusso A	43.006.695,16	205.665.171,64	- 162.658.476,48
ANNO 2017	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
Flusso A pubb	28.305.629,95	105.595.499,59	-77.289.869,64
Flusso A priv	14.508.783,87	98.545.978,74	-84.037.194,87
Totale flusso A	42.814.413,82	204.141.478,33	- 161.327.064,51
ANNO 2018	Mobilità attiva – crediti (A)	Mobilità passiva – debiti (B)	Saldo di mobilità (A-B)
Flusso A pubb	29.364.730,28	104.958.988,41	-75.594.258,13
Flusso A priv	15.472.572,28	99.177.400,93	-83.704.828,65
Totale flusso A	44.837.302,56	204.136.389,34	- 159.299.086,78

Sempre in riferimento alla mobilità da ricovero ospedaliero fuori regione, essa nel 2018 ha riguardato principalmente l'ambito oncologico e l'ambito ortopedico, come di seguito rappresentato:

- *DRG medici per patologie oncologiche: 2.338 ricoveri ed un importo di € 6.607.000*
(codici ICD-9-CM della diagnosi principale: da 140._ a 239._, V58.0, V58.1, V66.1 e V66.2)
- *DRG chirurgici per patologie oncologiche: 5.528 ricoveri ed un importo di € 37.314.000*
(codici ICD-9-CM della diagnosi principale: da 140._ a 239._, V58.0, V58.1, V66.1 e V66.2)
- *DRG chirurgici in ortopedia: 7.092 ricoveri ed un importo di € 40.324.000*
(di cui 1.640 ricoveri per protesi - codici intervento principale o secondario 81.5_ e/o 00-7- ed un importo di € 14.764.000; 1.104 ricoveri per artrodesi vertebrale - DRG 496, 497, 498, 519, 520 e 546 - per un importo di € 15.036.000; 215 ricoveri per ortopedia oncologica, con diagnosi principale di neoplasia, per un importo di € 1.016.000)
- *DRG per trapianti: 161 ricoveri per un importo di € 10.138.000*
(DRG 103,302, 480, 481, 495, 512 e 513)

I dati sopra riportati impongono alla Regione di adottare misure volte a contrastare il fenomeno della mobilità passiva, con particolare riguardo alla mobilità da ricovero che costituisce la parte di gran lunga prevalente.

Come è noto, infatti, la mobilità passiva - al netto della componente c.d. fisiologica che per la Regione Sicilia è da ricondursi a domicili temporanei fuori regione per motivi di studio o di lavoro - costituisce per il Sistema Sanitario Regionale un fenomeno negativo, poiché riferibile a carenze nell'accessibilità delle cure (lunghezza delle liste di attesa) o ad altre criticità dell'offerta sanitaria relative alla qualità dell'offerta, reale o percepita.

Sotto il profilo assistenziale la mobilità passiva, oltre ad essere causa di disagio per il paziente ed i suoi familiari, costituisce un vulnus al principio dell'equità nella accessibilità delle cure, poiché soltanto i pazienti con redditi medio alti sono in condizione di sostenere i costi organizzativi correlati.

Dal punto di vista economico il saldo di mobilità, se negativo, incide sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale, poiché sposta risorse finanziarie al di fuori del perimetro regionale.

Peraltro, la mobilità sanitaria a livello nazionale è oggetto di particolare attenzione, in quanto considerata un fattore negativo per il cittadino, che subisce il disagio correlato alla fruizione di prestazioni sanitarie fuori dalla propria regione.

Descrizione

Sulla scorta dei dati sopra riportati, le misure di contrasto alla mobilità passiva devono riguardare, nel breve e medio termine, gli ambiti di maggiore rilievo economico, e conseguentemente:

- i DRG chirurgici per patologie oncologiche, che nel 2018 hanno raggiunto l'importo complessivo di euro 37.314.000;
- i DRG chirurgici in ortopedia, che nel 2018 hanno raggiunto l'importo complessivo di € 40.324.000.

Peraltro, occorre tenere conto, al fine della reale efficacia delle misure di contrasto che si intendono adottare, dell'abnorme incremento della mobilità da ricovero verso strutture private, evidenziato nella sopra riportata Tabella 2, da ricondursi verosimilmente anche ad attività di reclutamento di pazienti presso strutture siciliane ed al successivo indirizzamento verso strutture private del centro-nord d'Italia, che dispongono evidentemente di una adeguata capienza del budget assegnato.

Per quanto sopra, al fine di contrastare la mobilità passiva da ricovero, con particolare riferimento agli ambiti oncologico e ortopedico, si prevede di incrementare a partire dall'anno 2021 in considerazione dell'insorta emergenza sanitaria da Covid-19, gli aggregati di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato in misura superiore rispetto all'incremento dell'aggregato già consentito dall'art. 45, comma 1-ter del Decreto Legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla Legge 19 dicembre 2019, n.157, che ha previsto che "il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale". Di tale incremento dell'aggregato, la quota parte eccedente il tetto di spesa nazionale fissato dal citato decreto legge 124/2019, sarà destinata alle prestazioni per DRG di alta complessità che registrano le più alte percentuali di mobilità passiva, con particolare riferimento agli ambiti oncologico ed ortopedico.

Tale intervento consente nel breve periodo un incremento "mirato" dell'offerta sanitaria, che intercetta le prestazioni a più alto tasso di mobilità passiva, anche in specifico contrasto al reclutamento di pazienti da parte di strutture private extraregionali.

Con particolare riferimento agli impatti economici della manovra in argomento, la Regione ha programmato una spesa per l'assistenza ospedaliera da privato pari a 722,2 €/mln nell'anno 2021, (pari al 98% dell'aggregato, in considerazione della riduzione dell'attività connessa alle misure di contenimento della diffusione del contagio da Covid-19), prevedendo quindi il superamento del tetto di spesa in misura pari a 15,1 €/mln, come detto specificatamente destinato ai DRG di alta complessità. A parziale compensazione di tale superamento, la Regione ha altresì programmato di mantenere la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale da privato al di sotto del tetto di spesa consentito dalla nuova norma per 6,6 €/mln nell'anno 2021. Pertanto, il superamento complessivo netto "programmato" del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato (ospedaliera e specialistica ambulatoriale) è pari a 8,5 €/mln nel 2021.

Al fine di compensare interamente l'incremento del costo per l'acquisto delle prestazioni da privato e garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo del SSR, la Regione ha programmato ulteriori manovre di contenimento della spesa tra le quali si segnala la riassunzione sul Bilancio della Regione di quota parte delle rate del prestito ex art. 6 Legge Regionale n.3 del 17 marzo

2016, nella misura di 80 €/mln nel 2021.

Azioni

L'intervento di contrasto alla mobilità passiva da ricovero in ambito oncologico e ortopedico mediante l'acquisto di prestazioni da privato per DRG chirurgici per patologie oncologiche e per DRG chirurgici in ortopedia (di alta complessità), si sviluppa nelle seguenti azioni:

Fase 1 – Individuazione dei DRG in fuga da contenere

I DRG da contenere sono individuati tra i DRG chirurgici per patologie oncologiche e tra i DRG chirurgici in ortopedia (di alta complessità), secondo due criteri di selezione, quello del valore economico più alto di mobilità passiva e quello del numero maggiore di interventi extraregione. Il primo criterio è funzionale al contenimento dei costi economici del SSR, il secondo invece a migliorare il livello di accessibilità delle cure per i cittadini siciliani e quindi a garantire una maggiore equità nella fruizione del Servizio Sanitario.

Fase 2 – Assegnazione risorse ai DRG in fuga

Le risorse incrementali saranno assegnate per l'anno 2021 tra i vari DRG selezionati in modo direttamente proporzionale al peso che il singolo DRG ha in percentuale sul totale del valore della mobilità complessiva per la categoria di DRG al quale appartiene (chirurgici per patologie oncologiche o chirurgici in ortopedia).

Fase 3 – Individuazione delle Strutture destinatarie di risorse aggiuntive

Per il contrasto alla mobilità relativa ai DRG chirurgici per patologie oncologiche, le risorse saranno assegnate alle strutture di maggiore rilievo della Regione (Dipartimenti oncologici di III° livello).

In riferimento, invece, all'ambito ortopedico, le Case di Cura private accreditate saranno individuate tenendo conto del volume prodotto. In particolare:

- per tutti i DRG che rientrano nel Piano Nazionale Esiti saranno selezionate solo le strutture che rientrano nell'ultimo quartile, ovvero il più vicino alla *best class*;
- per tutti i DRG che non rientrano nel Piano Nazionale Esiti, sarà valutato esclusivamente il volume prodotto dalle strutture.

Fase 4 – Assegnazione risorse alle strutture sanitarie e verifica dei risultati

Le risorse saranno assegnate alle strutture selezionate in relazione all'incidenza dei volumi di attività prodotta dalla struttura per lo specifico DRG rispetto al totale del volume della produzione delle strutture selezionate per il DRG considerato.

Cronoprogramma

- ◆ **Entro il 31.12.2020:** realizzazione delle fasi 1, 2 e 3 delle azioni sopra indicate.
- ◆ **Entro il 31.03.2021:** adozione degli atti di assegnazione delle risorse alle strutture sanitarie per l'anno 2021.
- ◆ **Entro il 31.12.2022:** verifica dei risultati conseguiti nell'anno 2021 in termini di decremento della mobilità passiva extra regione con riferimento ai DRG individuati.

Impatto economico

L'impatto economico è stimato in € 15,1 €/mln per l'anno 2021.

Si attende un miglioramento del saldo di mobilità al di fuori del triennio di programmazione.

3.11 Gestione del personale

Rif. MEF – lett. AD (Obbligo accantonamenti per personale dipendente e convenzionato)

Rif. MEF – lett. AG (Vincolo di crescita della spesa per il personale)

Rif. MEF – lett. AAA (Adempimenti conseguenti all’attuazione dell’art.1, comma 174, della legge 30.12.2004 n. 311 e ss.mm.ii., in materia di certificazione del blocco automatico del turnover e del divieto di effettuare spese non obbligatorie)

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 1 DPS – Personale del SSR dipendente e convenzionato

Analisi della situazione attuale

Con il D.A. 19 gennaio 2019 n. 22, previa deliberazione della Giunta regionale n. 329, del 14 settembre 2018, è stato approvato il nuovo documento di riordino della rete ospedaliera, comprensivo di:

1. documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Siciliana;
2. tabelle di dettaglio sull'organizzazione della rete ospedaliera “Focus per presidio”;
3. tabelle di dettaglio sull'organizzazione per bacini della rete;
4. cronoprogramma standard discipline ex D.M. n. 70/2015;
5. cronoprogramma riorganizzazione reti tempo dipendenti e reti assistenziali;
6. cronoprogramma riorganizzazione PPI/PTE.

Nel nuovo documento, le strutture ospedaliere della Regione sono state classificate, secondo i livelli di complessità crescente previsti dallo stesso D.M., in presidi ospedalieri di base, in Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione di primo e di secondo livello e in presidi ospedalieri di zone disagiate, come dettagliato negli allegati che ne costituiscono parte integrante.

Lo stesso D.A. stabilisce che le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale dovranno ottemperare alle disposizioni programmatiche in esso previste in ossequio ai tempi definiti dai cronoprogrammi, previo adeguamento dei rispettivi atti aziendali e delle conseguenti dotazioni organiche.

A seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 ed al fine di dare attuazione alle disposizioni legislative intervenute a livello nazionale con il DA 614/2020 dell'8 luglio 2020 si è provveduto a potenziare la rete ospedaliera con particolare riguardo alle previsioni di posti letto delle terapie intensive e sub-intensive.

Pertanto, al fine di adeguare l'assetto organizzativo delle unità operative aziendali, secondo le previsioni e la metodologia e la tempistica individuata nel citato D.A. 22/2019, come integrato dal DA

614/2020, le Aziende dovranno procedere alla rideterminazione delle dotazioni organiche e dei piani di fabbisogno, tenendo conto delle modifiche legislative intervenute in materia e dei conseguenti atti di programmazione regionale.

Ed infatti, l'art. 6 comma 1 del D.Lgs. n. 165/2001 come integrato e novellato dal D.Lgs. n. 75/2017, prevede che le amministrazioni pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici adottando gli atti previsti dai propri ordinamenti in conformità al piano triennale dei fabbisogni previsto dal successivo comma 2, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

In tal modo, sono state apportate sostanziali modifiche alla materia dei fabbisogni di personale, allo scopo di innovare la logica e la metodologia per la loro determinazione da parte delle singole amministrazioni.

Il sistema costruito dal decreto legislativo n. 75 del 2017, in materia di personale, introduce una forte innovazione: viene consolidato il ruolo assegnato al piano triennale dei fabbisogni di personale mentre, la dotazione organica viene fortemente depotenziata, mediante una vera e propria inversione di ruoli, con priorità alla redazione dei piani di fabbisogno a valenza triennale e, sulla base dei dati in esso contenuti, viene redatta la dotazione organica a valenza annuale.

Pertanto, secondo il nuovo dettato normativo, il piano dei fabbisogni può essere definito come lo strumento che individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per unità e attività), le risorse umane necessarie a porre in essere le prestazioni che le Aziende sanitarie sono tenute ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati, mentre la dotazione organica può essere definita come lo strumento che, sulla base delle informazioni contenute nel piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per garantire le prestazioni che sono tenute ad erogare.

Tenuto conto delle intervenute modifiche legislative, la Regione ha emanato le linee di indirizzo regionali di cui al D.A. 2201/2019 prevedendo indicazioni di carattere generale per la predisposizione dei piani, quali il richiamo ai limiti finanziari da rispettare, le valutazioni organizzative che devono sottendere l'individuazione dei fabbisogni, gli elementi di cui si deve tener conto, al fine di agevolare le aziende ed enti del SSR nella redazione del proprio piano e di garantire omogeneità di comportamenti.

Sulla base delle predette indicazioni, nel tempo aggiornate con riguardo alla intervenuta emergenza sanitaria da Covid 19, le Aziende ed enti del SSR provvederanno ad adottare un piano triennale dei fabbisogni di personale, aggiornato annualmente, coerente con l'organizzazione degli uffici e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

3.11.1 Intervento operativo: Monitoraggio del personale dipendente e non del SSR (art. 2, commi 71-72 della L. 191/2009 e ss.mm.ii.)

La fruibilità di un dato di dettaglio sull'area personale rappresenta per la Regione un valido supporto nelle scelte di programmazione:

- ♦ economica: i costi del personale sono distinti sulla base del grado di rigidità associato a ciascuna forma contrattuale, suddividendo il personale in personale a tempo indeterminato (tra cui anche gli universitari), personale flessibile, ovvero assunto con forma contrattuale a termine (dipendente a tempo determinato, collaboratore...) (vedi tabella di seguito)

Personale - dati al Consuntivo 2018										
Azienda	INDETERMINATO				FLESSIBILE				TOTALE	
	Teste pesate	Costo da Flusso regionale ex art.79 (€/mgl)	... di cui universitari		Teste pesate	Costo da Flusso regionale ex art.79 (€/mgl)	... di cui co.co.co		Teste pesate	Costo da Flusso regionale ex art.79 (€/mgl)
			Teste Pesate	Costo da Flusso regionale ex art.79 (€/mgl)			Teste Pesate	Costo da Flusso regionale ex art.79 (€/mgl)		
ASP Agrigento	2.949	167.584	-	-	401	18.275	6	171	3.350	185.860
ASP Caltanissetta	2.428	134.980	-	-	341	14.865	50	1.245	2.770	149.844
ASP Catania	3.973	239.471	-	-	209	12.599	-	-	4.181	252.069
ASP Enna	1.813	102.712	-	-	82	5.755	-	-	1.895	108.468
ASP Messina	4.145	229.487	-	-	430	19.140	1	6	4.575	248.627
ASP Palermo	3.907	247.911	-	-	973	33.521	5	110	4.880	281.432
ASP Ragusa	3.063	167.341	-	-	681	24.086	58	1.315	3.744	191.428
ASP Siracusa	2.831	167.261	-	-	456	24.170	28	715	3.287	191.430
ASP Trapani	3.273	175.102	-	-	587	25.477	-	-	3.859	200.579
AO Cannizzaro	1.381	83.268	21	492	49	2.388	-	-	1.429	85.655
AO Garibaldi	1.912	108.617	12	345	213	10.385	-	-	2.125	119.003
AOUP Catania	2.872	153.756	169	7.068	184	9.004	-	-	3.056	162.760
AO Papardo - Piemonte	1.159	74.400	-	-	81	4.710	0	2	1.240	79.111
AOUP Messina	1.913	86.796	641	18.636	161	7.487	1	20	2.074	94.283
AO Villa Sofia - Cervello	2.325	129.932	-	-	246	11.759	5	14	2.571	141.691
AO Civico	2.434	143.351	-	-	290	13.285	9	115	2.725	156.637
AOUP Palermo	1.873	93.309	951	36.724	259	10.847	33	534	2.131	104.157
Centro Neurolesi	556	27.215	-	-	397	14.485	26	618	953	41.701
Totale aziende	44.806	2.532.494	1.794	63.265	6.038	262.241	221	4.867	50.844	2.794.735

per ogni profilo contrattuale, o Azienda, è possibile individuare il costo medio. Nel seguito è riportato ad esempio, il costo medio del personale dipendente (sia a tempo indeterminato che determinato che altro) e come mostrato in tabella, i costi medi che emergono dal flusso regionale ex art 79 sono in linea con quelli calcolati sulla base dei dati di Conto Economico, ma con un maggior dettaglio:

Personale Dipendente - dati al Consuntivo 2018									
Azienda	INDETERMINATO			Determinato + Altro			Totale		
	Teste pesate	Costo medio da Flusso regionale	Costo medio da CE	Teste pesate	Costo medio da Flusso regionale	Costo medio da CE	Teste pesate	Costo medio da Flusso regionale	Costo medio da CE
		ex art.79 (€/mgl)			ex art.79 (€/mgl)			ex art.79 (€/mgl)	
Medici	9.606	107		1.488	76		11.094	102	
Altri Dirigenti Sanitari	1.137	88		137	68		1.273	86	
Dirigenti PTA	273	103		75	83		348	99	
Totale dirigenza	11.016	105	105	1.700	76	74	12.715	101	101
Infermiere	17.320	45		1.067	40		18.387	45	
Personale della Riab.	921	40		161	35		1.082	39	
Altro Comparto Sanitario	3.022	44		379	39		3.402	43	
OSS-OTA-ASA	3.838	31		706	31		4.545	31	
Altro Comparto Tecnico	2.580	37		80	32		2.660	37	
Comparto A e P	4.298	36		1.074	31		5.372	35	
Totale Comparto	31.980	41	42	3.468	34	34	35.447	41	41
Totale	42.995	57	58	5.167	48	47	48.163	56	57

Nota: sono esclusi gli universitari e il personale non dipendente. Sono incluse, quindi, le sole tipologie di personale che confluiscono nell'aggregato di CE nel personale dipendente.

◆ gestionale:

- è disponibile una reportistica a supporto dell'attività di benchmarking tra le diverse aziende, su temi quali, ad esempio:

- distribuzione del personale per età;
- composizione del personale per profilo (medici, infermieri...);
- distribuzione del personale per tempo di impiego (part-time, full-time);
- costi medi per aziende, complessivi e per profilo professionale.

◆ organizzativa:

- è stato attivato un monitoraggio sistematico degli incarichi di direzione assegnati e delle relative indennità di direzione di struttura corrisposte, da raffrontare con le previsioni degli atti aziendali, identificando, quindi, l'eventuale corresponsione d'indennità non dovute o la presenza di UO previste da atto aziendale ma non ricoperte da un dirigente (e quindi, eventualmente, da sopprimere). L'informazione si rivela particolarmente utile in una situazione di transizione organizzativa quale è quella cui è sottoposto il SSR;

- è stato messo in piedi un raffronto tra consistenze del personale e posti coperti in dotazione organica.

Considerato quanto sopra descritto e già realizzato per gli anni trascorsi, la Regione si prefigge anche per il triennio 2019-2021 di realizzare un monitoraggio periodico finalizzato alla verifica del rispetto dei limiti previsti dalla L. 191/2009, a partire dai dati disponibili a partire dal Flusso del Personale.

Cronoprogramma

- ◆ **Monitoraggio semestrale** dell'andamento del costo complessivo del personale e confronto per singola azienda rispetto ad un benchmark regionale, dei principali indicatori gestionali (consistenza, *full time equivalent*, costo medio per profilo, etc.) prodotti a partire dai dati del flusso regionale del personale ex art.79;
- ◆ **Monitoraggio annuale** della spesa per il personale per gli anni 2019, 2020 e 2021 nei limiti

previsti dall'art. 2, c.71 della L. 191/2009 e ss.mm.ii., ovvero il rispetto del limite 1,4% della spesa sostenuta nell'anno 2004, mentre per l'anno 2020 dall'art. 11 del DL 30 aprile 2019 n. 35 e s.m.i.

Impatto Economico

Non è previsto uno specifico impatto economico per il presente intervento. Tuttavia, il puntuale monitoraggio dell'allocazione e della spesa del personale garantisce una gestione ed un utilizzo più efficiente delle risorse a disposizione. La valorizzazione del risparmio atteso è comunque ricompresa nelle stime delle manovre di contenimento indicate nelle pagine seguenti.

3.11.2 Intervento operativo: reclutamento di personale con rapporto di lavoro flessibile in risposta all'emergenza Covid-19 ex DL 18 del 17 marzo 2020 e DL 34 del 19 maggio 2020

Descrizione

Nelle more della definizione degli adempimenti conseguenti al riordino della rete ospedaliera di cui al D.A. 22/2019, come modificato dal DA 614/2020, nonché della conclusione delle procedure di stabilizzazione del personale precario secondo le modalità di cui all'art. 20 c. 1 e 2 del D.Lgs. n. 75/2017 (legge c.d. Madia), la Regione Siciliana ha continuato ad avvalersi di personale con contratti di lavoro flessibile, necessario per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e le consistenti carenze di personale medico-sanitario nell'area dell'emergenza/urgenza.

E' intendimento dell'Amministrazione ottemperare all'art 9 c. 28 del D.L. 78/2010, convertito nella L. n.122/10 e s.m.i., che costituisce principio d'indirizzo per le Regioni (e che definisce nel 50% del costo sostenuto nel 2009 il limite invalicabile di ricorso a personale flessibile) completando l'iter di stabilizzazione del personale precario già in forze e per il quale non è previsto nel periodo di programmazione effetto economico aggiuntivo.

Tuttavia, a seguito dell'emergenza da Covid-19, le Aziende del SSR, nel rispetto delle disposizioni legislative intervenute in materia, sono state invitate a reclutare ulteriore personale medico e delle professioni sanitarie, a tempo determinato, necessario per fronteggiare l'emergenza epidemiologica ed assicurare, fino al perdurare della situazione emergenziale, il previsto incremento dei posti letto da destinare alla cura dei pazienti affetti da COVID-19.

In particolare, in seguito all'entrata in vigore del D.L. n. 14/2020 del 09/03/2020, l'Assessorato con direttiva prot. n. 14254 dell'11/03/2020 ha fornito indicazioni alle Aziende Sanitarie al fine di procedere al reclutamento del personale necessario a fronteggiare l'emergenza attraverso il conferimento di incarichi a tempo determinato, libero – professionale e di collaborazione coordinata e continuativa, come previsto dal citato D.L. n. 14/20, convertito con L. 27/20 nell'ambito della conversione del D.L. n. 187/20, secondo le seguenti modalità:

- ♦ utilizzo delle **graduatorie** già definite o in via di definizione, predisposte per il reclutamento del personale a tempo determinato ed indeterminato, favorendo l'utilizzo condiviso tra Aziende anche di quelle a tempo determinato, per un tempestivo reperimento di unità di personale medico e sanitario, necessario per fronteggiare l'emergenza;
- ♦ conferimento di **incarichi di lavoro autonomo**, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, prorogabili in ragione della durata dello stato di emergenza, in deroga all'art. 7 del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e ss.mm.ii. all'art. 6 del D.L. n. 78 del 31 maggio 2010, convertito con modificazioni dalla legge n. 122 del 30 luglio

2010:

- ◆ al personale afferente alle professioni sanitarie di cui all'art. 1 D.Lgs. n. 233/1946 e s.m.i. e L. 56/1989 e s.m.i. (con particolare riguardo a infermieri, operatori sociosanitari, medici specialisti in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive e tropicali, medicina d'emergenza urgenza, medicina interna, malattie dell'apparato cardiovascolare, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva e specializzazioni equipollenti);
- ◆ ai medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle medesime scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie di cui all'art. 1, co. 547, della legge n. 145 del 30 dicembre 2018, n. 145;
- ◆ **assunzione a tempo determinato subordinato** dei medici specializzandi di cui all'art. 1, co. 548-bis, della legge n. 145 del 30 dicembre 2018 e ss.mm.ii.;
- ◆ conferimento incarichi di lavoro autonomo ai **laureati in medicina e chirurgia**, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali;
- ◆ conferimento incarichi di lavoro autonomo a **personale medico ed infermieristico in quiescenza**.

In particolare questo Assessorato ha individuato due Aziende del Servizio Sanitario Regionale delegate all'avvio e alla conclusione delle procedure di assunzione descritte, per conto di tutte le Aziende e gli Enti del S.S.R., una per procedere al reclutamento del personale medico, l'altra per quello infermieristico e di supporto sanitario, le quali hanno predisposto appositi avvisi di partecipazione e redatto gli elenchi degli interessati, dai quali le singole Aziende possono attingere per reclutare il personale necessario a fronteggiare l'emergenza da Coronavirus.

Le procedure di reclutamento sono state avviate a partire dal mese di marzo 2020.

Inoltre, il D.L. 34/20, convertito con L.77/20 ha previsto un finanziamento aggiuntivo per l'emergenza Covid ed in particolare per il personale, sia relativamente all'attività di assistenza territoriale (art.1), che all'attività ospedaliera (art. 2); in particolare al fine di dare attuazione alle previsioni di cui all'art. 2 c. 1 le Aziende, in ossequio alla previsione di incremento dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva di cui al DA n. 614/20, hanno proceduto al reclutamento del personale necessario per attivare i posti letto secondo la programmazione regionale contenuta nel citato documento.

Impatto Economico

Nella tabella che segue vengono dettagliate le figure professionali per tipologia di rapporto contrattuale reclutate nel SSR.

Riepilogo assunzioni per Covid-19 - SSR									
Profilo professionale	Rapporti libero professionali	Personale già in quiescenza con rapporto L.P.	T.Det.	T.Ind.	CO.CO.CO.	art.42 bis	Personale in servizio ex art. 12 D.L. 18 del 2020	Totale teste	Totale Costo (€/mgl)
Medici	173	8	91	7	118	2	6	405	27.266
Altri Dirigenti Sanitari	6	-	28	-	-	2	-	36	1.893
Infermiere	66	1	881	59	8	3	13	1.031	31.137
Altro Comparto Sanitario	18	-	91	10	31	-	3	153	4.441
OSS-OTA-ASA	52	-	606	27	8	1	3	697	14.951
Personale della riabilitazione e Fisioterapisti	-	-	2	3	-	-	-	5	127
Altro Comparto Tecnico	8	-	32	-	-	-	-	40	968
Totale	323	9	1.731	106	165	8	25	2.367	80.783

Alla data del 3 settembre 2020 le teste complessivamente reclutate sono 2.367. Considerando la situazione esistente, il costo è stato stimato, per l'anno 2020, in 80,8 €/mln (comprensivi di oneri riflessi) sommando agli effetti contabili già manifestatisi al 30 giugno, la proiezione ponderata del costo medio per profilo considerando la scadenza naturale dei contratti flessibili al 31 dicembre 2020.

Il costo non comprende l'IRAP stimata in ulteriori 5,4 €/mln

L'intervento sconta pienamente gli effetti economici a CE tendenziale 2020.

E' evidente che le procedure di reclutamento del personale sono correlate all'incidenza dell'evoluzione dell'epidemia nel territorio regionale e pertanto la stima prevista nella tabella sopra riportata potrà subire delle variazioni in relazione all'evolversi della situazione e della conseguente necessità di fronteggiare l'emergenza sanitaria.

3.11.3 Intervento operativo: Piano fabbisogno di personale e rideterminazione delle dotazioni organiche (Art. 6 D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.)

Descrizione

Ai fini del contenimento della spesa per il personale degli enti del SSR attraverso i dati raccolti con il Flusso Regionale del Personale istituito con D.D.G. n. 397/2012 nell'ambito del Progetto art.79 c.1 sexies della L. n.133/08, la Regione Siciliana ha avuto cura di fornire alle Aziende del SSR specifiche indicazioni in materia di rapporti di lavoro a tempo determinato oltre che di raccomandare l'osservanza dei vincoli normativi sia per il tempo determinato che per il tetto di spesa del Personale nel rispetto della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni di cui all'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35, convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019 n. 60.

In particolare, come già descritto nell'analisi iniziale di contesto, a seguito dell'approvazione del piano di riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera con il D.A. n. 22/2019, la Regione Sicilia ha emanato per le Aziende del SSR l'aggiornamento delle linee di indirizzo per l'adeguamento degli atti aziendali (D.A.n.1675/2019) e quelle per la rideterminazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche aziendali(D.A.n.2201/2019). Sulla base delle predette linee di indirizzo, le Aziende provvederanno alla rideterminazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche nei limiti dei tetti di spesa indicati, che costituiscono limiti invalicabili ed inderogabili, tramite una scelta flessibile dei profili professionali e delle relative discipline, tenendo conto della normativa vigente in materia di organizzazione del lavoro e di ogni altra disposizione normativa e contrattuale, nazionale e regionale, in tema di gestione delle risorse umane, secondo gli standard minimi e massimi di personale ivi indicati.

A seguito della intervenuta situazione di emergenza epidemiologica da Covid 19 è in atto una revisione del medesimo documento in relazione alla necessità di adeguarlo alle misure di potenziamento della rete ospedaliera introdotte dalla legislazione nazionale e recepite a livello regionale con il D.A. 614/2020.

A seguito dell'approvazione degli atti aziendali, dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche, le Aziende potranno aggiornare il piano delle assunzioni a tempo indeterminato ed alle mobilità del personale tuttora in fase di svolgimento, in relazione ai nuovi fabbisogni, alle risorse finanziarie disponibili ed ai posti vacanti previsti e definiti nei nuovi documenti programmatici, con contestuale riduzione dei contratti a tempo determinato attualmente in essere: le predette assunzioni completeranno il reclutamento di personale dirigenziale e non, medio tempore realizzato dalle Aziende del SSR al fine di fronteggiare la cronica carenza di personale e assicurare il mantenimento dei Lea.

Pertanto, la Regione Siciliana si impegna nel completamento delle fasi di verifica e successiva approvazione dei provvedimenti relativi agli atti aziendali e alle dotazioni organiche delle Aziende e degli Enti del SSR.

Indicatori di processo/crono programma

- ◆ **Entro il 31/12/2020** - Approvazione degli atti aziendali di tutte le Aziende del SSR.
- ◆ **Entro il 30/06/2021** - Approvazione delle nuove dotazioni organiche di tutte le Aziende del SSR.

3.11.4 Intervento operativo: Reclutamento del personale

Descrizione

La definitiva adozione dei provvedimenti relativi agli atti aziendali ed alle dotazioni organiche, in conformità ai contenuti dei relativi decreti assessoriali di approvazione, consentirà alle Aziende del SSR di definire le procedure di reclutamento del personale, ai fini dell'ottimale copertura dei posti vacanti e disponibili nei nuovi assetti organizzativi delle Aziende e degli Enti del S.S.R., nel limite del tetto di spesa e nel rispetto del vincolo di bilancio assegnato ad ogni Azienda e a livello regionale secondo le linee guida di cui al D.A. n.2201/2019, nel rispetto di quanto previsto dal D.A. 22/19 di

riorganizzazione della rete ospedaliera come modificato nel D.A. 614/20. In attuazione dell'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 77 del 17 luglio 2020 e delle successive Linee guida attuative, la Regione con il D.A. 614/2020 dell'8 luglio 2020, ha provveduto a riorganizzare la rete ospedaliera al fine di rafforzare la preesistente dotazione di posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva, rendendo strutturali la maggior parte degli interventi di potenziamento della rete assistenziale realizzati durante il picco dell'emergenza.

Ciò per migliorare stabilmente sia la capacità di risposta durante la fase pandemica che per consolidare idonei percorsi di trattamento anche in condizioni "ordinarie".

Pertanto, al fine di dare attuazione alle intervenute modifiche legislative, le Aziende del SSR recluteranno il personale necessario ad assicurare le ulteriori esigenze scaturite dall'emergenza epidemiologica da Covid 19, a completamento delle assunzioni realizzate medio tempore per assicurare il regolare funzionamento delle UU.OO..

Si procederà di conseguenza all'assunzione a tempo indeterminato delle figure professionali necessarie a garantire da un lato l'erogazione dei LEA in conseguenza dei numerosi collocamenti in quiescenza avvenuti nel periodo di riferimento e dall'altro coprire, a decorrere dall'anno 2021, i fabbisogni di organico per i nuovi posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva attivati in applicazione di quanto previsto dall'art. 2 c. 1 e 2 del D.L. 34/20, come convertito con L.77/20.

Si precisa infine che, nell'ambito della predisposizione dei nuovi bandi di concorso per l'accesso alla dirigenza del SSN, le Aziende dovranno inserire le disposizioni di cui ai commi 547 e 548 dell'art. 1 della L. 30 dicembre 2018 n. 145 per come modificati dalla L. 60/2019, al fine di consentire agli specializzandi dell'ultimo e penultimo anno di partecipare alle medesime procedure; il relativo bando dovrà espressamente prevedere che gli stessi specializzandi in caso di superamento delle prove concorsuali verranno collocati in graduatorie separate, fermo restando che l'eventuale assunzione a tempo indeterminato è subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione ed all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla data di scadenza del bando, così come previsto dal Legislatore ed esplicitato dalla circolare del Ministero della Salute prot. n. 8872 del 15 febbraio 2019.

Indicatori di processo/crono programma

- ◆ ***Entro il 31/12/2021 – Conclusione delle procedure di reclutamento.***

Impatto economico

Nella tabella che segue si rappresenta la stima in termini di teste e costi per profilo professionale del personale da assumere a tempo indeterminato nel corso del 2021.

Riepilogo assunzioni personale SSR		
Profilo professionale	Totale teste	Totale Costo (€/mgl) IRAP esclusa
Medici	243	16.360
Altri Dirigenti Sanitari	30	1.578
Infermiere	849	25.641
Altro Comparto Sanitario	101	2.932
OSS-OTA-ASA	453	9.717
Personale della riabilitazione e Fisioterapisti	5	127
Altro Comparto Tecnico	24	581
Totale	1.705	56.934

Complessivamente il fabbisogno stimato è pari a 1.705 teste per un costo complessivo a CE Programmatico 2021 pari 56,9 €/mln (oneri riflessi compresi). Il costo non comprende l'IRAP stimata in ulteriori c.a. 3,8 €/mln.

Il costo è stato determinato valorizzando le teste per il costo medio rilevato da Pilastro del Personale ex art. 79 per singolo profilo professionale. Il costo così stimato è stato ulteriormente ponderato "pesando" le teste in misura pari a circa il 70% dello stimato, nell'ipotesi che i nuovi ingressi avverranno in più "finestre" nel corso dell'anno.

3.11.5 Intervento operativo: *Finanziamento aggiuntivo per incentivi in favore del personale dipendente ex art. 1 del D.L. del 17 marzo 2020 n. 18 e art. 2 comma 6 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34*

Descrizione

Nel corso del 2020 si procederà a dare completa attuazione alle previsioni di cui all'art. 1 del D.L. del 17 marzo 2020 n. 18, convertito con la L. del 24 aprile 2020 n. 27 e successivamente integrato dall'art. 2 comma 6 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, convertito con L. 17 luglio 2020 n. 77, per il riconoscimento degli incentivi a tutto il personale dipendente delle Aziende sanitarie regionali operante nei servizi dedicati alla gestione del Covid 19 mediante la ripartizione a ciascuna di esse delle risorse riservate per la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro.

Già, nella prima fase di vigenza del D.L. 18/2020, la Regione con il D.A. 469/2020 del 29 maggio 2020, ha assegnato alle Aziende sanitarie una quota parte - pari a € 5.000.000,00 - dell'intero finanziamento ammontante ad € 35.964.464,66 stanziato per la Regione Siciliana al fine di incrementare le risorse da destinare alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica da Covid-19; detta somma, pari ad € 5.000.000,00, è stata distribuita alle Aziende Sanitarie sulla base dell'andamento e dell'attivazione dei posti letto Covid di terapia intensiva e non intensiva occupati nel periodo 14/03/ 2020 – 13/05/2020, sulla base del costo medio del personale dedicato, secondo i parametri previsti dalle linee guida regionali approvate con il D.A. 2201/2019.

Al riguardo si fa presente che è stato stipulato con le OO.SS. di categoria un Protocollo d'Intesa – notificato alle Aziende Sanitarie con nota prot. n. 28808 del 24/06/2020 - contenente le Linee guida regionali sui criteri di ripartizione del suddetto finanziamento integrativo con il quale è stato previsto, tra l'altro che le predette risorse debbano essere finalizzate ai diversi istituti contrattuali diretti a compensare le particolari condizioni di disagio ed impegno, ivi compreso il riconoscimento, per gli

operatori che hanno prestato la propria attività nei vari servizi aziendali a contatto con pazienti Covid positivi o potenziali Covid, dell'indennità giornaliera di malattie infettive prevista dal vigente C.C.N.L.

In particolare è stato previsto di ripartire le risorse nella misura del 30% sui fondi contrattuali della dirigenza per le condizioni di lavoro della dirigenza medica, sanitaria e PTA e il restante 70% sui fondi contrattuali per le condizioni di lavoro del comparto; sono state inoltre individuate tre fasce, distinte in alta, media e bassa, rimandando alla contrattazione aziendale la percentuale di ripartizione dei relativi importi:

- *Fascia A – Alta intensità*: personale afferente a Pronto Soccorso, Terapia intensiva e Semi-intensiva, Malattie Infettive, Pneumologia, Reparti Covid di varie specialità, ai Laboratori di analisi, Microbiologia e Radiologia, U.S.C.A. e Dipartimento di Igiene e Prevenzione;
- *Fascia B – Media intensità*: personale afferente a Reparti non Covid di varie specialità, in servizi non impegnati in attività Covid (Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, Banca del Sangue, ecc.) e area della dirigenza sanitaria non ricompresa nella fascia A;
- *Fascia C – Bassa intensità*: il restante personale dirigenziale e di comparto non direttamente riconducibile alle fasce A e B.

Con successivo provvedimento sono state ripartite alle Aziende Sanitarie le restanti somme, pari ad euro 30.964.464,66 relative all'anno 2020.

Impatto economico

L'impatto economico dell'intervento è stimato in 35,9 €/mln, in misura pari alle risorse previste per la Regione Siciliana dai citati decreti.

3.11.6 Intervento operativo: *Definizione procedure in materia di stabilizzazione del personale "precario"*

Descrizione

Le disposizioni di cui al presente intervento operativo, fornite dalla Regione Siciliana nel corso degli anni 2018-2019-2020 alle Aziende ed Enti del SSR in merito all'avvio delle procedure di stabilizzazione, hanno inteso regolamentare le modalità con cui le Aziende dovevano procedere alla copertura dei relativi posti di dotazione organica.

In particolare con circolare prot. n. 2071 del 16/01/20 sono state diramate alle Aziende sanitarie disposizioni applicative in ordine alle novità introdotte nelle procedure di stabilizzazione dalla L. 160 del 29/12/19 sia in ordine al personale beneficiario della posticipazione del termine al 31 dicembre 2019 per la maturazione del requisito di anzianità di servizio, che alla platea di soggetti, individuati dalla nuova formulazione del comma 10 art. 20 della Legge Madia nel personale, dirigenziale e non, in possesso dei requisiti per la stabilizzazione, con anzianità maturata al 31 dicembre 2017.

Nel frattempo sono intervenute ulteriori modifiche dell'art. 20 del D.L.vo n. 75/2017, introdotte dall'art. 1 e 1 bis del D.L. 162 del 30/12/2019, come convertito con L.28/02/20 n. 8, dall'art. 2 bis c.2 del D.L. 17/3/20 n. 18, convertito con L. 24/04/20 n. 27 e dall'art. 4 bis della L. 17/07/2020 n. 77 di conversione del D.L. 19/05/2020 n. 34, in applicazione delle quali le Aziende dovranno procedere, previa ricognizione del personale in possesso dei requisiti e coerentemente a quanto previsto dai propri piani di Fabbisogno del personale, alla stabilizzazione del personale precario.

Entro il 31 dicembre 2022, la Regione intende concludere le suddette procedure di stabilizzazione del personale precario, ai sensi di quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs. n.75/2017 come modificato dal DL. 162/2019 convertito con modificazioni dalla L. 08/2020 e s.m.i..

Indicatori di processo/cronoprogramma

- ◆ Monitoraggio semestrale delle procedure di stabilizzazione attuate ai sensi del D.Lgs. n. 75/2017 in ciascuna delle Aziende del SSR.

3.11.7 Procedure di mobilità e concorsi

Secondo le disposizioni fornite dalla Regione Sicilia alle Aziende ed Enti del SSR in merito allo svolgimento delle procedure di reclutamento, la Regione si impegna a monitorare le modalità con cui le Aziende procederanno alla copertura dei posti di dotazione organica di nuova istituzione che non siano stati coperti per effetto di scorrimenti di graduatorie e di successive procedure di stabilizzazione.

Ai sensi dell'art. 3 comma 4 della L. 56 del 19 giugno 2019 le Aziende al fine di accelerare le assunzioni possono procedere in deroga all'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., il quale prevede che prima dell'espletamento di nuovi concorsi pubblici, le Aziende avviino procedure di mobilità con avviso pubblico, provvedendo in via prioritaria alla immissione in ruolo dei dipendenti provenienti da altre amministrazioni in posizione di comando o fuori ruolo, appartenenti alla stessa qualifica e profilo professionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli della azienda presso la quale prestano servizio e, comunque, in ossequio alle previsioni del documento programmatico triennale del fabbisogno di personale.

Per i posti non coperti con le procedure di mobilità di cui sopra, si procederà mediante indizione di nuovi concorsi pubblici per assunzioni a tempo indeterminato.

Indicatori di processo/cronoprogramma

- ◆ Monitoraggio semestrale delle procedure di mobilità;
- ◆ Monitoraggio semestrale delle nuove procedure concorsuali.

3.12 Piani di Rientro delle Aziende del SSR - art.1 c. 524 e ss. L. 28.12.2015, n. 208

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 5 “Economico – Finanziario.” (Coordinamento)

Analisi della situazione attuale

Con i commi da 524 a 536 dell'art.1 della L. 28 Dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016) sono stati introdotti i cd. “Piani di Rientro aziendali”, da redigersi da parte delle Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici quali strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse.

La legge n°208/2015, per come integrata e rettificata dalla L.n.232/2016, e il successivo Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016 indicano quali siano le condizioni, gli indicatori economici e i razionali di calcolo che determinano per l'Azienda l'obbligo di predisposizione di un Piano della durata non superiore al triennio, il quale deve contenere le misure atte al progressivo raggiungimento dell'equilibrio economico - finanziario e patrimoniale o comunque del miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare le criticità rilevate

Con D.A. n.1649 del 13/09/2016 questo Assessorato aveva individuato le Aziende ospedaliere e le Aziende Policlinici Universitari del S.S.R. da assoggettare ai “Piani di Efficientamento e Riqualificazione” in relazione ai soli indicatori di natura economica previsti dalla lett. a) del comma 524 dell'art.1 della L.n.208/2015.

Tuttavia, l'iter di approvazione da parte della Regione del Piano di Efficientamento a suo tempo elaborato dalle Aziende assoggettate, non è stato definito a seguito delle intervenute modifiche al quadro normativo di riferimento (L.11 dicembre 2016 n.232 art.1 comma 390) e della Sentenza di Corte Cost. n.192 del 14/07/2017 che, di fatto, ne ha sospeso l'applicazione. Per tale ragione si è resa necessaria la riformulazione dei predetti Piani, quale strumento di cui la Regione si avvale nell'ambito del percorso di risanamento dei conti regionali nel settore sanitario.

A tal fine, previo aggiornamento del calcolo dei parametri effettuato sulla base dei dati economici di riferimento e relativi al IV trimestre dell'anno 2018 (dati di Pre-consuntivo), con D.A. n.786 del 2 maggio 2019 (pubblicato sulla G.U.R.S. n.22 del 17 maggio 2019), è stato emanato il provvedimento con il quale si individuano le Aziende da assoggettare ai Piani di Efficientamento, e con il quale, al contempo, sono state adottate le “Linee Guida Regionali per la rimodulazione dei Piani di Efficientamento Aziendali”, elaborate a seguito di una specifica attività di analisi ed approfondimento condotta dal Servizio 5 del Dipartimento Pianificazione Strategica.

Con le suddette Linee guida regionali si è inteso fornire alle Aziende interessate il supporto metodologico nella rimodulazione dei Piani di Efficientamento Aziendali, di cui all'art.1, comma 528 e ss. della legge 28 dicembre 2015, n.208, e più specificatamente dei Piani per il recupero dello scostamento negativo tra costi e ricavi definito dal citato comma 524, lettera a) della medesima legge e s.m.i.

In particolare, come meglio esplicitato nel suddetto provvedimento e nelle allegate Linee Guida, la riformulazione dei Piani di ciascuna Azienda prevede, quale nuovo periodo di vigenza, il triennio 2019/2021 e, applicando i razionali di calcolo previsti per la determinazione dello scostamento percentuale di cui all'Allegato tecnico al D.M.21/06/2016, già utilizzati nei precedenti Piani, sono stati determinati, per ognuna di esse, dei valori target, quali obiettivi economici da conseguire per l'Azienda, annualmente ed a termine del triennio.

Pertanto, ai sensi della citata normativa, con il citato D.A. n.786 del 2 maggio 2019, la Regione Siciliana ha provveduto a individuare le seguenti Aziende Ospedaliere da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, indicando nel triennio 2019/2021 il periodo di vigenza dei Piani da redigersi e, altresì, determinando, per le sole Aziende che evidenziano

uno scostamento ai sensi della lett. a) del suddetto art.1 comma 524 della L. n.208/2015 e s.m.i., gli obiettivi economici da conseguire annualmente e al termine del triennio, utilizzando un razionale di calcolo e di risultato basato sullo scostamento percentuale (%) previsto dall'Allegato Tecnico al D.M. 21/06/2016:

COD STR	Azienda	da fonte dati : CE IV Trim anno 2018 (anno T ₀ del triennio T ₁ , T ₂ e T ₃)			Target di Scostamento (%) dei Piani		
		Scostamento Assoluto €. Mgl	Scostamento %	Risultato CE IV Trimestre 2018	scost (%) Target dopo 1°(T ₁) anno del triennio 2019/2021	scost(%) Target dopo 2° (T ₂) anno del triennio 2019/2021	scost(%) Target dopo 3°(T ₃) anno del triennio 2019/2021
190923	Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico- V.Emanuele"- Catania	15.061	4,28%	-21.225	3,50%	2,00%	0,00%
190924	Azienda Ospedaliera Papardo di Messina	24.858	20,35%	-24.179	19,00%	16,00%	13,00%
190926	Azienda Ospedaliera Villa Sofia - Cervello Palermo	32.926	12,95%	-39.353	12,00%	9,00%	6,00%
190927	Azienda ARNAS Civico, Di Cristina e Benfratelli di Palermo	58.035	23,48%	-61.009	22,00%	19,00%	15,00%
190928	Azienda Ospedaliera Policlinico "Paolo Giaccone di Palermo"	4.385	1,90%	-8.766	1,30%	0,60%	0,00%

Con successivo D.A. n.1709 del 7 agosto 2019, sono state, altresì, individuate le seguenti Aziende ospedaliere per le quali ricorrono le condizioni di cui all'art.1, comma 524, lett.b) della legge 28 dicembre 2015, n.204, nelle quali è stato rilevato il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dall'allegato tecnico approvato con D.M. 21/06/2016 e dalla circolare ministeriale del 2 novembre 2016:

- a) AO per l'Emergenza Cannizzaro di Catania
- b) AO Papardo di Messina
- c) AUO Policlinico di Messina

In considerazione di quanto stabilito con il D.A. n.786 del 2 maggio 2019 e nelle relative linee guida, le Aziende ospedaliere e le AOUP hanno predisposti i Piani di Efficientamento avvalendosi del supporto metodologico on-site di professionisti dell'AGENAS, in attuazione delle specifiche convenzioni sottoscritte tra questa Regione, l'AGENAS e le stesse Aziende Sanitarie assoggettate alla formulazione dei Piani, senza oneri a carico della Regione e delle Aziende sanitarie.

Si è, altresì, richiesto alle varie strutture dell'Assessorato Salute, ognuna per il proprio profilo di competenza, di effettuare una valutazione delle azioni proposte nel Piano da ciascuna azienda con particolare riferimento alle manovre di efficientamento e riqualificazione della propria organizzazione aziendale e dell'offerta di servizi sanitari ospedalieri, da valutare sotto il profilo della coerenza con gli atti di programmazione sanitaria regionale, evidenziandone i punti di forza e di criticità dei Piani presentati.

A seguito dell'istruttoria condotta dall'amministrazione sui Piani di Efficientamento presentati dalle Aziende e delle conseguenti osservazioni avanzate, è stata richiesta la rimodulazione dei Piani, le cui azioni di efficientamento dalle stesse previste, a seguito di quanto riportato nelle Linee Guida allegate al D.A. n.786/2019, parte integrante dello stesso, dovranno comunque essere ritenute pienamente operative per l'Azienda a decorrere dal 01/09/2019, ancorché intervenga un provvedimento di approvazione regionale, riservandosi la Regione di richiedere correttivi ed integrazioni in corso di attuazione degli stessi.

Nell'ambito della Negoziazione delle risorse di FSR assegnate a ciascuna Azienda per l'anno 2019 e dei correlati obiettivi economici da conseguire in applicazione a quanto disposto dalla L.R. n.5/2009 si è proceduto a recepire gli obiettivi economici formulati dalle Aziende "Villa Sofia-Cervello" di Palermo, "ARNAS Civico" di Palermo, "Papardo" di Messina e dal Policlinico di Palermo per l'anno 2019 nei propri elaborati di Piano di Rientro presentati, determinando per ciascuna azienda

un risultato economico che, ove conseguito, fosse congruo al target fissato per ciascuna azienda per l'anno 2019 del citato DA 786/2019. Il rispetto degli obiettivi Negoziati per le Aziende sopra citate, ad eccezione del A.O.U. Policlinico di Catania, consente di ridurre la perdita economica complessiva delle stesse aziende rispetto a quella assunta nel Decreto, come dato del IV CE 2018 (€.mgl -133.307), in complessivi €.mgl. -111.060, liberando risorse (circa €.mgl 22.000) da utilizzare essenzialmente per investimenti tecnologici e/o strutturali da realizzare presso le stesse o altre aziende del SSR.

Per quanto attiene il Piano presentato dall'AOUP V.E. di Catania, nel corso dell'istruttoria sono tuttavia emerse delle criticità, successivamente confermate in sede di negoziazione delle risorse anno 2019, in particolare, la struttura ha rappresentato la difficoltà di potere redigere un piano secondo i target previsti dal D.A. n.786/2019, in quanto, nel corso dell'anno 2019, è intervenuta, ed è tutt'ora in corso, l'attivazione del nuovo Presidio Ospedaliero San Marco, il quale benché preveda il riassorbimento delle attività sanitarie di 5 presidi ospedalieri con il consolidamento in due, comporta altresì che il fabbisogno di servizi in fase di start-up assorbiti dal nuovo P.O. San Marco è più che proporzionale rispetto ai costi cessanti per la dismissione degli altri presidi. Il che comporterà significativi costi sorgenti rispetto ai valori rilevati complessivamente dall'AOUP V.E. di Catania al Consuntivo 2018, valore assunto dal decreto quale base di calcolo per la determinazione dei target economici assegnati col medesimo provvedimento alle aziende.

Poiché il Piano presentato dall'Azienda non conteneva sufficienti elementi a supporto delle criticità dalla stessa rappresentate, è stata richiesta la formulazione di una specifica relazione tecnico-economica che evidenzi gli eventi gestionali di cui sopra con separata evidenza degli incrementi di costo rilevati nell'anno 2019 rispetto all'anno precedente, correlati all'attivazione del nuovo Presidio Ospedaliero.

In considerazione del contenuto della relazione integrativa al Piano presentata dall'AOUP V.E. di Catania, acquisita nel mese di febbraio 2020, e del CE tendenziale e programmatico rideterminato per il triennio 2019-2021, la Regione ritiene di dovere rivalutare il target di scostamento percentuale da assegnare all'Azienda e l'arco temporale di programmazione in relazione ai valori certificati dalla stessa con il Modello CE del IV trimestre dell'anno 2019 "pre-consuntivo", e gli obiettivi intermedi e di fine Piano proposti.

Tale rivalutazione sarà formalizzata mediante l'emanazione di un provvedimento assessoriale di rettifica del citato D.A. n.786/2019, in forza del quale l'Azienda dovrà presentare un nuovo Piano di Efficientamento da sottoporre a verifica ed approvazione assessoriale.

Con il medesimo provvedimento regionale potranno altresì essere apportate modifiche e aggiornamenti ai target economici a valere per le annualità successive al 2019 e al periodo di operatività dei Piani Aziendali definiti con il citato D.A. n.786/2019, anche per le altre Aziende diverse dal Policlinico di Catania, qualora si rendesse necessario ed opportuno, sia in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi effettivamente conseguiti nell'anno 2019 da ciascuna Azienda, sia in relazione alle modifiche che potranno determinarsi nelle rispettive organizzazioni aziendali in esito alla prossima definizione dei nuovi Atti Aziendali, redatti in conformità alle previsioni contenute nella rimodulazione della Rete Ospedaliera operata con D.A. n.22 del 11/1/2019 (Adeguamento della Rete Ospedaliera alle previsioni di cui al D.M. 70/2015) e dei correlati atti di programmazione regionale.

L'insorgenza della pandemia da COVID-19 e la conseguente emanazione dei provvedimenti nazionali e regionali per contenere la diffusione del virus, che hanno, in particolare, disposto la sospensione delle attività ambulatoriali e di ricovero non urgenti e differibili, e il potenziamento dei posti letto di Terapia Intensiva, di Pneumologia e infettivologia, l'acquisto di apparecchiature sanitarie per la Terapia Intensiva e di dispositivi di sicurezza individuali (DPI) degli operatori sanitari, hanno comportato una profonda riorganizzazione delle risorse finanziarie, professionali e strutturali da parte delle Aziende Sanitarie ed in particolare di quelle individuate ai sensi del D.A. n.786/2019, con conseguente rideterminazione delle priorità gestionali per il periodo di emergenza sanitaria, diversamente da quanto inizialmente programmato per l'anno 2020 dalle stesse Aziende nell'ambito dei propri Piani di Efficientamento.

Tale situazione ha comportato che non risultando possibile determinare quando l'emergenza sanitaria potrà intendersi superata e se, e in quale misura, i modelli organizzativi ed erogativi di prestazioni sanitarie adottati dalle Aziende nel periodo antecedente l'inizio dell'emergenza sanitaria possano tornare in applicazione, la Regione con D.A. n.479 del 4 giugno 2020 ha ritenuto opportuno sospendere per l'anno 2020 l'applicazione delle disposizioni di cui al D.A. n°786/2019 e del DA n°1709 del 7 agosto 2019.

Con tale provvedimento, che sostanzialmente sintetizza una situazione di crisi generalizzata dell'attività ospedaliera, è stata disposta la sospensione delle misure previste nei piani di rientro per l'anno 2020, nelle more che sia possibile alle Aziende Ospedaliere individuate nel medesimo provvedimento, riprogrammare i propri "assets organizzativi ed erogativi" e conseguentemente attuare strategie gestionali volte esclusivamente ai principi di efficienza, efficacia ed economicità, propri di una gestione post-emergenza epidemiologica da diffusione del COVID-19, determinando per il medesimo anno 2020, quale obiettivo economico da conseguire per ciascuna Azienda ospedaliera, il risultato che verrà assunto nella relativa negoziazione che andrà a definirsi con l'Amministrazione regionale in applicazione a quanto previsto dall'art.6 della l.r. n°5/2009.

Descrizione e relativo cronoprogramma

- ◆ **Entro il 28 febbraio 2020** - Adozione provvedimento di aggiornamento dei target economici e del periodo di vigenza dei Piani assegnati con il DA n.786/2019 alle Aziende ospedaliere, dopo la verifica dei dati al CE al IV trimestre dell'anno 2019.
- ◆ **Entro il 31 dicembre 2020** - Verifica dei risultati economici al III trimestre 2020 in proiezione e assegnazione obiettivo economico da conseguire per ciascuna Azienda ospedaliera.
- ◆ **Attività di monitoraggio** e verifica sui dati consuntivi annuali del grado di conseguimento degli obiettivi assunti dalle direzioni aziendali per il raggiungimento dei target assegnati dai provvedimenti regionali.

3.13 Piano Triennale 2019-2021 di riorganizzazione ed efficientamento dell'ISMETT

Responsabile del procedimento attuativo

Area 2 “Controllo di Gestione del S.S.R.” con funzioni di Coordinamento

Descrizione

L'ISMETT, che dal settembre 2014 ha ottenuto il riconoscimento di IRCSS per gli importanti risultati scientifici conseguiti e per la capacità di attrazione dei fondi di ricerca, si distingue quale innovativo modello di partnership pubblico-privata per pazienti a forte complessità che necessitano di trapianti e di terapie ad alta specializzazione. L'Istituto è divenuto, pertanto, un centro di riferimento per gli altri ospedali del SSR e di altre regioni del sud di Italia.

Secondo quanto previsto nell'Accordo Quadro 2019-2028, comprensivo del Piano di Efficientamento, sottoscritto in data 20 dicembre 2018 tra Regione Siciliana, UPMC International Holdings Inc. e UPMC Italy l'Azienda ARNAS “Civico, Di Cristina e Benfratelli” di Palermo, l'IRCSS-Is.Me.T.T e la Fondazione RiMED, che con DA 119/2019 ha efficacia dal 1 gennaio 2019 al 31 dicembre 2028, le azioni specifiche relative a efficientamento dell'ISMETT sono relative a 3 macro-aree:

Progetti di efficientamento del personale e riorganizzazione

Grazie all'implementazione del sistema informatizzato basato sulla cartella clinica elettronica, che consente l'assegnazione delle risorse infermieristiche in rapporto al carico di lavoro effettivo dei pazienti ricoverati, e all'attivazione di ulteriori progetti di revisione organizzativa dei processi clinici e amministrativi, è possibile una revisione della pianta organica apportando una riduzione degli FTE, relativa all'incremento dei volumi di attività previste nel piano triennale.

Progetti di efficientamento dei beni e servizi

Ad integrazione di quanto precedentemente rappresentato in termini di ottimizzazione della spesa, anche considerando l'aumento dell'attività clinica, è stato avviato un importante processo di revisione dei contratti di forniture, modificando il numero dei servizi richiesti, la tipologia e i costi.

Progetti di ottimizzazione della capacità produttiva e sviluppo dell'attività erogata a pazienti fuori Regione o privati prevalentemente internazionali

Annualmente circa il 4% dei pazienti ricoverati per procedure di trapianto o altre procedure di alta specializzazione provengono da paesi esteri. Nell'ambito della mobilità attiva, ISMETT si configura come un centro di riferimento per i trapianti e le terapie ad alta specializzazione legate alle insufficienze terminali d'organo non solo nell'ambito della Regione Siciliana, ma dell'area centro meridionale della penisola.

E' altresì evidente che i benefici delle azioni su riportate, che per loro natura sono correlate all'attività, diventano determinanti per il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario di ISMETT con la realizzazione di un nuovo ospedale.

La realizzazione del “NUOVO OSPEDALE RIMED DI CARINI”, Intervento n°53 del Programma di investimenti inserito nel Documento Unitario di Programmazione (DUPISS), è un'azione prioritaria per questa amministrazione, in quanto, oltre a favorire il perseguimento del suddetto equilibrio economico finanziario attraverso la realizzazione di economia di scala, permetterà di ridurre la mobilità passiva ed incrementare quella attiva, incrementando complessivamente la qualità dell'assistenza sanitaria.

In ogni caso, la Regione coglie l'occasione per chiedere che le questioni sopra trattate siano affrontate a livello interistituzionale, con i Ministeri affiancanti (Salute ed Economia), attraverso la creazione di un gruppo di lavoro, per valutare complessivamente le questioni relative al futuro di ISMETT, in particolare le problematiche connesse alla realizzazione del nuovo ospedale ed al conseguente aumento del numero di posti letto, nonché i parametri per la remunerazione delle attività.

Indicatori

Efficientamento del personale e riorganizzazione

numero di U.O. assistenziali oggetto di ottimizzazione della assegnazione risorse
numero totale di UU.OO. assistenziali

Entro il 31.12.2020 almeno il 50%

Entro il 31.6.2021 il 100%

Efficientamento dei beni e servizi

numero di contratti fornitura beni e servizi rinegoziati *
numero totale di contratti fornitura beni e servizi *

Entro il 31.12.2020 almeno il 50%

Entro il 31.6.2021 il 100%

*esclusi i contratti di convenzioni e/o accordi quadro

ottimizzazione della capacità produttiva e sviluppo dell'attività erogata a pazienti fuori Regione o privati prevalentemente internazionali

numero di campagne/eventi di promozione della salute promossi

Entro il 31.12.2020 almeno 2

Entro il 31.12.2021 almeno 4

3.14 Investimenti in sanità

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 3 D.P.S. - Gestione degli investimenti

Analisi della situazione attuale

Il tema degli investimenti pubblici in campo sanitario, manifesta, oggi, una particolare densità e molteplicità di attenzioni, in ragione dell'evoluzione organizzativa del Servizio Sanitario Regionale che sempre più richiede di poter confidare su un'elevata qualità delle infrastrutture e su adeguata dotazione di apparecchiature e tecnologie.

Nella condivisione sempre più stretta di strategie e obiettivi con le strutture operative del SSR, pertanto, l'intervento straordinario, prevalentemente curato da questo ufficio regionale, deve, quindi, essere rivolto in via prioritaria, alla risposta da fornire alle istanze più attuali, emergenti dal sistema, intervenendo in maniera complementare e propositiva laddove l'onere delle dotazioni (in quanto a strutture e tecnologie) non possono essere sostenute dal semplice impiego delle risorse ordinarie gestite dalle Aziende Sanitarie.

Per il conseguimento di tali obiettivi la Regione, già nel 2012 e dopo una gestazione pluriennale, ha ritenuto di doversi dotare di uno specifico strumento di programmazione unitaria degli investimenti, il DUPISS⁵, quale “... riferimento per l'esercizio della funzione di governance che l'Assessorato Regionale della Sanità intende sviluppare, in continuità e coerenza con i temi e i contenuti dei documenti programmatici regionali.

Esso costituisce un ulteriore contributo, anche in termini di comunicazione di politiche pubbliche, alla sfida offerta a tutti gli attori istituzionali del SSR di cogliere la straordinaria occasione di innovazione dell'assistenza sanitaria e di sviluppo economico-sociale, attraverso la realizzazione di un insieme coordinato di interventi che configurano un obiettivo superiore al mero rendimento dei singoli investimenti e delineano uno scenario che, oltre al superamento dei divari rispetto al Centro-Nord del Paese, può rendere la Sicilia una piattaforma per la sperimentazione di un nuovo approccio della promozione di salute, di cittadinanza sociale e di sviluppo economico e polo di attrazione sanitaria nel Mediterraneo.

Il DUPISS, pertanto, è lo strumento di riferimento fondamentale per ogni attività rivolta agli investimenti mirati sugli obiettivi di salute definiti dalla programmazione sanitaria.

A distanza di oltre un decennio dalla sua impostazione e di quasi otto anni dalla sua operatività, però, proprio per effetto dell'evoluzione del sistema sanitario e delle innovazioni in ambito normativo, regolamentare ed organizzativo nel frattempo intervenute, il documento manifesta l'esigenza di essere settato su nuovi paradigmi per recuperare una prospettiva d'efficacia, almeno per quanto riguarda il medio periodo ed, in ogni caso, per rispondere alle sfide del presente e dell'ingrediente futuro.

Si rende, pertanto, più che opportuna l'apertura di una specifica linea d'azione mirata, nel breve periodo, alla revisione del DUPISS, che tuttavia deve necessariamente coinvolgere, oltre che gli uffici di diretta collaborazione dell'Assessore, anche le competenze salienti delle strutture del Dipartimento e

5

di tutta la consulenza specialistica attualmente reperibile, recuperando i nessi tra Programmazione Sanitaria in senso generale, fabbisogni espressi in termini di servizi (quantità e qualità) ed infrastrutture asservite (e da asservire) al sistema.

Nella direzione degli input impressi dai vertici decisionali, questo Servizio si rende funzionale all'impostazione di una strategia attraverso il riordino dell'attività in corso e della verifica della sussistenza dei requisiti di attualità su tutti gli interventi ascritti agli atti di programmazione, ed, in particolare, quelli che presentano difficoltà e/o criticità in fase attuativa.

Da tale analisi non possono essere esclusi i criteri fin qui utilizzati per la definizione del fabbisogno, che deve muovere da un'analisi sistemica delle esigenze espresse dalle aziende e dai territori, ma si deve, anche, rendere funzionale alla formulazione di risposta alle "chiamate di progetti", attraverso le quali si esprime, a tutt'oggi, il sistema dei piani d'investimento di matrice nazionale ed, in parte, europea.

Questa impostazione, particolarmente presente ancora nella definizione dei programmi di ambito nazionale, è motivata, sì, da intendimenti macro-programmatici derivati dalle priorità espresse, nel suo complesso, dal sistema salute, ma risulta, spesso, condizionante nella fase declinazione attuativa specifica presso i soggetti destinatari, di fatto limitando le occasioni per un autentico orientamento (bidirezionale) della pianificazione su quel principio di sussidiarietà che, oltre a costituire un caposaldo del trattato di Maastricht, è fondamento delle politiche di coesione praticate a livello europeo, anche e soprattutto in tema di sviluppo locale.

Tuttavia, se da un canto è naturale auspicare un'evoluzione del rapporto Stato – Regione in tema di investimenti su binari di maggiore corrispondenza e partecipazione, è pur vero che l'applicazione, in sede regionale, di criteri più avanzati nella determinazione del fabbisogno non può che apportare beneficio anche nella facilitazione degli accessi alle fonti di finanziamento, oltre che nella strutturazione dei programmi e nella loro attuazione.

Per criteri più avanzati si intende:

- ◆ conoscenza attuale e dinamica dello stato di fatto delle strutture adibite all'erogazione dei servizi Sanitari e del parco tecnologico;
- ◆ valutazione dell'interventualità in corso ed eventuale capacità di revisione, da riportare in linea con gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione sanitaria Nazionale e Regionale vigente;
- ◆ perequazione degli obiettivi di standard su tutto il territorio regionale.

Si rileva, tuttavia, che uno dei principali ostacoli frapposti all'efficace attuazione dei programmi di investimento, risiede nei tempi lunghi che si consumano tra la loro elaborazione e la loro attuazione, con l'effetto indesiderato di indurre impegnative esigenze di revisione e di riconversione degli interventi, sotto il profilo dei costi e della rispondenza ai più attuali requisiti imposti dalle normative nel frattempo intervenute a regolamentare tanto la materia sanitaria, quanto quella delle opere pubbliche e degli appalti in genere.

Non essendo, certamente, nei poteri di questo ufficio puntare ad una riduzione dei tempi di elaborazione presso le "fonti" dei programmi d'intervento (in particolare il Ministero della Salute), tanto, invece, si può produrre nell'ambito della razionalizzazione dei procedimenti interni alla Regione, a partire dalla determinazione del fabbisogno fino allo sviluppo attuativo dei programmi.

Emerge, pertanto, la forte esigenza di ricondurre ad un unico sistema di "governance" tutte le attività relative agli investimenti, almeno su tre livelli:

- ◆ Livello della programmazione / pianificazione degli interventi e della stessa espressione del fabbisogno, da governare con regole precise, uniformi e coordinate;
- ◆ Livello dell'attuazione degli interventi (a partire dalla progettazione definitiva / esecutiva), da seguire con criteri e metodi di monitoraggio uniformi e strutturati;
- ◆ Livello del controllo (in itinere ed ex post).

Un primo passo, in tal senso, è stato realizzato con la ricognizione avviata nel 2019 sulla base della quale si sta già procedendo ad una riorganizzazione mirata dei piani di investimento, con l'intento di predisporre al meglio alle opportunità offerte dalle varie linee di finanziamento già attive o in fase di avvio, con particolare riferimento all'integrazione dell'APQ Sanità, a valere sulla programmazione PO FESR 2007/2013.

Si ritiene di non dovere aggiungere altre considerazioni per affermare che solo l'instaurazione, anche graduale, di sistemi di coordinamento, monitoraggio e controllo degli investimenti pubblici in campo sanitario, può condurre ad una gestione ottimale degli investimenti.

Proprio dalla ricognizione sui Piani d'investimento recentemente acquisita emergono diversi spunti per lavorare in tal senso.

Il Servizio 3 "Gestione degli investimenti" cura i procedimenti di selezione, valutazione e successivo finanziamento di investimenti pubblici (a carattere straordinario) in campo sanitario, secondo due principali direttrici:

- ♦ interventi riferibili alla **programmazione europea** (PO FESR);
- ♦ interventi riferibili al **finanziamento straordinario statale** in conto capitale (Art. 20 L. 67/88 e Art. 71 L. 488/98) ed altre fonti di finanziamento nazionali.

Entrambe le direttrici si rivolgono, essenzialmente, alla riqualificazione delle strutture sanitarie mediante **interventi edilizi e/o acquisto di apparecchiature**, con l'obiettivo di incidere nella diffusione dei servizi sanitari sul territorio e nelle grandi aree urbane e sull'innalzamento della loro qualità specifica.

Relativamente alla **programmazione europea**, il Piano Operativo FESR 2014/2020 per la Sicilia ha attribuito al Dipartimento per la Pianificazione Strategica l'attuazione dell'Azione 9.3.8 "*Finanziamento investimenti per la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria e sanitari non ospedalieri compresa la implementazione di telemedicina, la riorganizzazione della rete del welfare d'accesso e lo sviluppo di reti tra servizi e risorse del territorio per favorire la non istituzionalizzazione della cura*", la cui dotazione finanziaria, come rimodulata da ultimo con delibera di G.R. n. 141 del 21/04/2019, risulta pari a complessivi € 10.449.809, e si articola su tre diversi piani attuativi come segue:

- ♦ ITI Aree Interne, dotazione finanziaria € 2.164.582,17, la cui procedura viene attuata tramite la Strategia d'Area Interna (SNAI);
- ♦ Procedure territorializzate ITI Aree Urbane (Agenda Urbana) - dotazione finanziaria € 4.110.000,54, la cui attuazione è connessa all'individuazione delle Autorità Urbane;
- ♦ Procedure non territorializzate, dotazione finanziaria € 4.175.226,29, nella quale le Azioni sono rivolte a tutte le Aziende sanitarie del S.S.R.

Le risorse risultano interamente programmate e gli interventi, previsti per le procedure non territorializzate, sono in avanzato stato di attuazione ed, in qualche caso, conclusi.

L'avvio degli interventi afferenti alle Aree Interne e alle Aree Urbane, essendo connesso rispettivamente alla sottoscrizione dei vari APQ e all'attività degli Organismi Intermedi, in atto risultano in fase di redazione dei progetti esecutivi da parte delle aziende sanitarie beneficiarie (Aree Interne) e in fase di valutazione delle proposte progettuali per l'individuazione dei beneficiari.

Per quanto riguarda gli **investimenti a valere sulle risorse statali**, il Dipartimento per la

Pianificazione Strategica, di recente, a seguito di apposite ricognizione dei fabbisogni avviate dal Ministero della Salute, è risultato destinatario dell'assegnazione di complessivi € 35.719.537,08, a valere sul Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese in attuazione dell'art.1, comma 95, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, per le annualità dal 2019 al 2033, e € 50.060.618,03, a valere sul Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese, di cui all'art. 1 comma 14 della L. n. 160/2019, per le annualità dal 2020 al 2034.

Le risorse afferenti ad entrambi i piani d'investimento a valere sulle risorse statali, di cui sopra, sono state interamente programmate.

In particolare, nel fondo di cui all'art.1, comma 95, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 sono stati previsti prevalentemente interventi di adeguamento antincendio delle strutture ospedaliere, mentre nel fondo di cui di cui all'art. 1 comma 14 della L. n. 160/2019 sono state inserite operazioni, aventi finalità di efficientamento energetico, prevalentemente dei presidi ospedalieri, mediante interventi sugli impianti e, in generale, di riduzione della dissipazione termica.

Tutto il complesso insieme sopra descritto esige di essere ricondotto a sistema, in un percorso che parte dalla "banale" ricognizione generale e deve condurre alla revisione generale del DUPISS, immaginato, però, come strumento operativo dinamico, capace, cioè, di adattarsi alle mutevoli esigenze del sistema salute attraverso la gestione di protocolli di verifica periodici (basati su indicatori di risultato pre-definiti) su cui orientare le più che probabili esigenze di ri-programmazione specifica.

Si considera già avviato questo percorso con lo svolgimento della ricognizione generale degli investimenti che è stata, sì, finalizzata, alla riprogrammazione dell'APQ Sanità con le risorse "rinvenienti" dalla rendicontazione, sullo stesso APQ, dei progetti retrospettivi sul PO FESR 2007/13, ma che ha già prodotto, come output secondario, una serie di dati, ancora, in parte, da integrare e coordinare, utili all'impostazione di una fase successiva di programmazione.

La scelta di partire dal fabbisogno espresso dalle Aziende risiede nella considerazione che l'attuale stato complessivo del Sistema sanitario regionale manifesta una certa difficoltà a sostenere le esigenze di rinnovo ed adeguamento degli immobili destinati alle attività sanitarie e a soddisfare il fabbisogno di apparecchiature, in particolare quelle di alta tecnologia o, anche, quelle destinate al necessario potenziamento delle attività territoriali.

Negli anni scorsi si sono attuati programmi d'investimento molto consistenti, tanto sulle linee di finanziamento di matrice europea (PO FESR 2007/2013), quanto a valere sull'intervento straordinario statale (art. 20 L. 67/88 e art. 71 L. /98), che hanno portato ad un decisivo balzo in avanti delle infrastrutture e del parco tecnologico, soprattutto nelle grandi aree urbane, e con un "focus" prevalente sulle strutture ospedaliere (nuove o ri-qualificate) e sulle apparecchiature di alta tecnologia.

Allo stato attuale permane l'esigenza di integrare il rinnovo infrastrutturale, mediante la riqualificazione dell'esistente, ma anche con la costruzione di nuovi plessi, e di integrare il parco delle apparecchiature di alta tecnologia.

Tale programma può essere, in parte, sostenuto, ancora, dall'intervento straordinario statale con le risorse ex Art.20 L.67/88, ma devono necessariamente essere reperite ulteriori risorse da destinare al soddisfacimento di una vasta platea di istanze complementari che riguardano, prevalentemente, l'efficientamento strutturale e tecnologico delle strutture ambulatoriali ed ospedaliere a servizio delle comunità locali, attraverso l'implementazione di strategie di **inclusione sociale e di distribuzione capillare** di servizi sanitari sul territorio, anche mediante l'utilizzo delle tecnologie avanzate e delle reti.

La sintesi dello sviluppo operativo che si intende dare alla gestione degli investimenti è sintetizzata nel quadro di raffronto che segue.

Fasi	Finalità	Obiettivi	Data prevista	Data effettiva	Soggetti istituzionali impegnati	
Fase 1	Ricognizione piani d'investimento ASP e AO per APQ Sanità	1	Completamento ricognizione	31/10/2019	29/10/2019	DG Dipartimento PS - Servizio 3 - Servizio 5
		2	Invio proposta APQ a AdG	31/01/2020	14/01/2020	Assessore - DG Dipartimento PS - Servizio 3
		3	Sottoscrizione APQ	31/10/2020	-	Presidente - Giunta Regionale - Assessore - DG DPS - DIP Programm.ne - Servizio 3
		4	Avvio erogazione dei finanziamenti	31/12/2021	-	DG DPS - Servizio 3
Fase 2	Ricognizione generale degli interventi programmati sulle diverse linee di finanziamento in carico al servizio e definizione dei "portfolio" per Azienda	1	Ricognizione dei procedimenti attivi	31/01/2020	31/01/2020	Servizio 3
		2	Integrazione con le linee di finanziamento in fase di avvio o riprogrammazione	31/03/2020	-	Servizio 3
		3	Consultazione con le Aziende	30/04/2020	-	DG DPS - Servizio 3 - ASP, AO, IRCCS
		4	Documento di analisi sullo stato d'attuazione degli interventi	30/06/2020	-	Servizio 3
Fase 3	Revisione generale del DUPISS	1	Ri-definizione del fabbisogno per strutture edilizie e tecnologie	31/12/2020	-	Servizio 3 - Altri servizi e aree dei Dipartimenti Ass.to Salute
		2	Fase di consultazione interna per attualizzazione delle linee di programmazione	31/03/2021	-	Assessore - DG Dipartimento PS - Servizio 3 - Altri Servizi e Aree dei Dipartimenti Ass.to Salute
		3	Consultazione con le Aziende	31/05/2021	-	Assessore - DG Dipartimento PS - Servizio 3 - Altri Servizi e Aree dei Dipartimenti Ass.to Salute
		4	Elaborazione della revisione generale	31/12/2021	-	Servizio 3
		5	Approvazione della revisione generale	30/06/2022	-	Presidente - Giunta Regionale - Assessore - DG DPS - Servizio 3

3.15 Tempi di pagamento

Responsabile del procedimento attuativo

Servizio 5 D.P.S. - Economico Finanziario

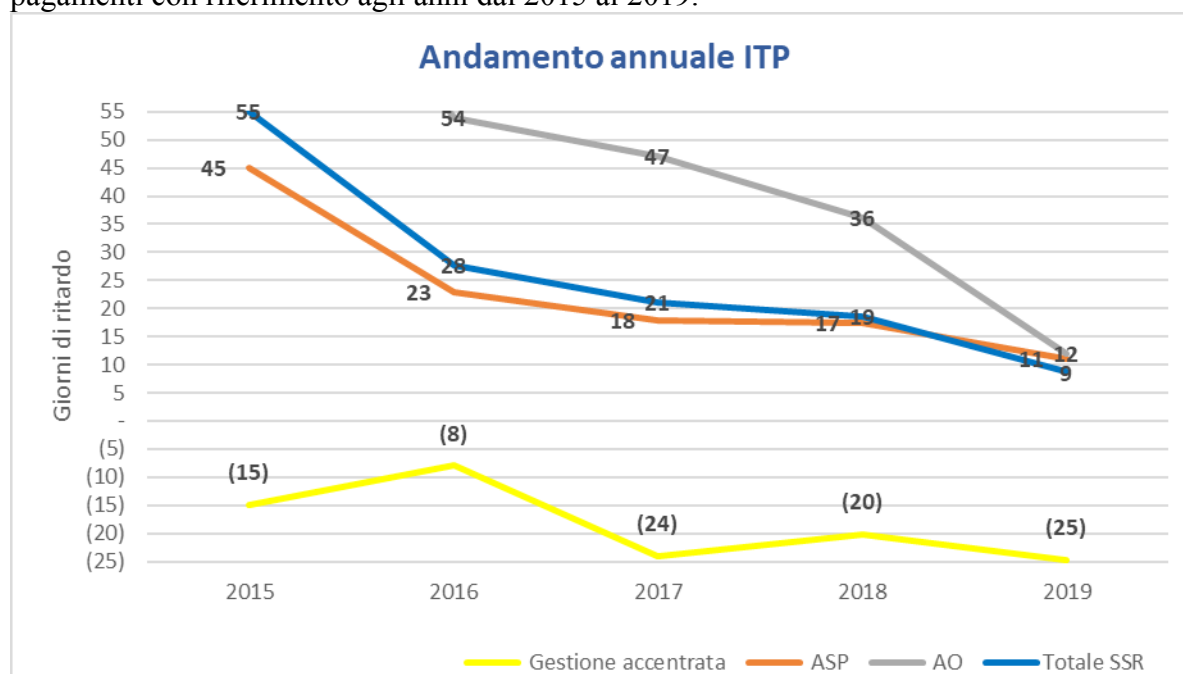
Servizio 2 DPS - Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. e Percorsi Attuativi di Certificabilità
Area Interdipartimentale 3 - Affari Giuridici

3.15.1) Disposizioni in materia di tempi di pagamento dei fornitori

Analisi della situazione attuale

Al fine di intervenire sulla gestione dei tempi di pagamento dei fornitori da parte delle Aziende del SSR, il Servizio 5 DPS – Economico Finanziario ha condotto approfondite analisi allo scopo di individuare i principali fattori che rallentano l'utilizzo delle disponibilità liquide aziendali (presso gli Istituti Cassieri) incidendo negativamente sull'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al DPCM del 22/09/2014. Infatti, da un'analisi effettuata sulle disponibilità delle Aziende emerge come, a fronte dell'ingente presenza di liquidità nel S.S.R., è stata riscontrata una riduzione dei tempi medi di pagamento non ancora soddisfacente. A tal proposito diverse Aziende hanno segnalato di avere avviato dettagliate attività di revisione delle partite debitorie pregresse che hanno portato nel corso del 2019, all'abbattimento dello stock di debito relativo agli anni ante 2018 per 858 €/mln circa.; di contro, hanno segnalato rilevanti problematiche organizzative legate soprattutto alla carenza di personale nelle unità organizzative deputate alla gestione dell'intero ciclo passivo aziendale.

Nonostante le criticità rappresentate, le analisi dell'indicatore di tempestività dei pagamenti hanno evidenziato un progressivo miglioramento, quindi, una riduzione dei tempi medi di pagamento nel corso dell'anno 2019. Nel grafico seguente sono esposti i dati dell'indicatore di tempestività dei pagamenti con riferimento agli anni dal 2015 al 2019.



Dal grafico emerge come:

- la media della totalità delle Aziende dell'SSR è passato da un valore di giorni di ritardo pari a 55 gg nel 2015 a 9 gg nel 2019;

- la media delle ASP è passato da un valore pari a 45 gg nel 2015 a 11 gg nel 2019;
- la media delle Aziende Ospedaliere è passato da un valore pari a 54 gg nel 2015 ad un valore pari a 12 gg nel 2019.

3.21.2) Riduzione dei tempi di pagamento

Descrizione

Di seguito si riporta una sintesi del quadro di interventi che la Regione Siciliana ha già in parte implementato per l'ulteriore riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori da parte delle Aziende del SSR, con il conseguente miglioramento dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti.

- **Un piano di trasferimenti delle risorse di Fondo Sanitario tale da garantire agli Enti del S.S.R la tempestiva disponibilità di liquidità.** E' stato implementato un sistema trimestrale di monitoraggio, in base al quale si procede ad opportune rimodulazioni intra-sistema dei trasferimenti sulla base dei fabbisogni di liquidità. A tal riguardo, si rappresenta che già da due anni si provvede al trasferimento ordinario delle risorse finanziarie con regolarità, in linea con quanto previsto dal comma 7, dell'art.3 del D.L. n.35/2013. Tale fattore ha avuto influenze positive in termini di minore esposizione, da parte delle Aziende sanitarie, per anticipazioni di liquidità nei confronti degli Istituti Cassieri, che ha determinato conseguentemente, una consistente riduzione degli interessi passivi sostenuti dalle Aziende.
- **L'applicazione omogenea di procedure amministrativo-contabili di "buona gestione" del ciclo passivo a garanzia dell'esecuzione delle procedure di pagamento dei fornitori.** Tale misura è stata implementata nell'ambito dei "Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C.)" delle Aziende del S.S.R., con particolare riferimento all'Area Debiti e Costi. Le procedure consentono di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti sulle liquidazioni e sui pagamenti dei singoli fornitori. Tra i controlli previsti si evidenziano principalmente: (i) comparazione degli ordini di acquisto con le offerte precedentemente richieste ai fornitori, che dal 1° febbraio 2020 si interfacerà con la nuova piattaforma ministeriale Nodo Smistamento Ordini (NSO), come previsto dal D.M. 7 dicembre 2018; (ii) comparazione delle bolle di entrata con gli ordini di acquisto per quanto riguarda la natura e la quantità delle merci, (iii) termini e condizioni di consegna, (iv) controllo della sequenza numerica degli ordini, delle bolle di entrata e delle fatture, (v) comparazione della fattura con la determina di pagamento, ecc. La ricostruzione dell'iter procedurale consente dunque l'individuazione puntuale di fattori di rischio sia organizzativi sia gestionali anche in termini di ritardi nel pagamento dei singoli fornitori. Allo stesso tempo, l'adozione di una procedura "P.A.C. Compliant", con una chiara individuazione dei responsabili delle singole attività amministrative, contribuisce ad una maggiore efficacia del procedimento amministrativo afferente alla liquidazione ed al pagamento delle fatture.
Al fine di superare le principali criticità che impediscono di assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti dei fornitori, la Regione, nell'ambito delle periodiche verifiche PAC, avrà cura di verificare che nelle procedure aziendali siano per lo meno previsti: **l'immediata registrazione contabile delle fatture passive; la tempestiva, o comunque non superiore a 2 giorni lavorativi dall'arrivo dei beni o dall'erogazione periodica dei servizi, della certificazione da parte dei responsabili dei centri di spesa aziendali degli stessi con gli ordinativi di fornitura nonché la liquidazione ed il pagamento delle fatture entro 60 gg dal loro ricevimento.**
- **Verifiche e controlli supplementari** in occasione dell'analisi trimestrale dei dati economici delle Aziende del SSR (Modelli CE) e delle negoziazioni annuali delle risorse finanziarie, anche con

richieste di appositi dettagli extra-contabili in merito allo stato di pagamenti dei fornitori e dell'utilizzo della PCC. In particolare, si procede, di norma, con interventi su tre differenti livelli:

1. **Indicatore di tempestività dei pagamenti.** La Regione richiede a tutte le Aziende del SSR, per ciascun trimestre, una "scomposizione" dell'indicatore di tempestività dei pagamenti sulla base dell'anzianità dei relativi debiti commerciali. Si tratta di acquisire i valori dell'indicatore relativo al debito corrente (calcolato sulla base di debiti di formazione dell'ultimo anno) e dell'indicatore relativo al debito pregresso (calcolato sulla base dei debiti di formazione dell'anno x-1 ed ante). Tale intervento consente di monitorare i diversi andamenti e di diversificare gli interventi per "aggredire" con maggiore efficacia le criticità esistenti. Inoltre la Regione richiede alle Aziende il database utile al calcolo dell'indice, al fine di effettuare un'attività di controllo più approfondito avvalendosi del supporto per il calcolo dello stesso.
2. **Monitoraggio stock debito pregresso.** Monitoraggio dell'andamento dell'ammontare complessivo del debito commerciale avente formazione in anni precedenti a quello di riferimento e implementazione di azioni ad hoc (per esempio: tavoli tecnici con ciascuna Azienda per valutare lo stock di debito e definire azioni "personalizzate") finalizzate allo smaltimento progressivo dello stock al fine di limitare l'incidenza degli oneri derivanti dal ritardato pagamento (interessi di mora, oneri finanziari ecc.).
3. **Piattaforma certificazione crediti.** Interventi mirati per le Aziende che presentano maggiori criticità al fine di raggiungere percentuali prossime al 100% di movimentazione delle fatture.

- **Inserimento di obiettivi in tema di tempi di pagamento e alimentazione della PCC nei contratti di lavoro dei Direttori Generali**, al fine di responsabilizzarne l'operato in termini di effettiva applicazione di procedure aziendali e prassi gestionali per la liquidazione ed il pagamento tempestivo delle fatture.

A tale proposito, la Regione a seguito di quanto disposto al comma 865, dell'art.1 della L. n.145/2018 (legge di Bilancio dello Stato per l'anno 2019), ha provveduto ad integrare i contratti dei direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, secondo le condizioni previste dalla stessa norma, come da schema di contratto approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n.96 del 13.03.2019 (prot.LEA/48-A del 27.06.2019).

Risultati programmati

- ◆ **Entro il 30/09/2020** – Monitoraggio periodico dei fabbisogni di liquidità delle aziende sanitarie in relazione ai trasferimenti mensili disposti con apposito provvedimento assessoriale dalla Regione nel mese di gennaio di ogni anno, ai fini dell'eventuale rimodulazione delle rimesse mensili;
- ◆ **Entro il 30/10/2020** - Adozione da parte delle Aziende del SSR di tutte le procedure amministrativo contabili afferenti al ciclo passivo a garanzia della regolarità e tempestività dei pagamenti dei fornitori, in coerenza con quanto previsto dai PAC;

Indicatori di risultato

- ◆ **Entro il 31/12/2020** - % di movimentazione delle fatture in PCC pari o superiore al 90%.
- ◆ **Entro il 30/06/2021** - % di movimentazione delle fatture in PCC pari al 95%.
- ◆ **Entro il 31/12/2021** - smaltimento di almeno il 50% del debito commerciale di formazione 2020 ed antecedenti rispetto allo stock esistente al 31/12/2020, avendone accertato liquidità ed esigibilità.
- ◆ **Entro il 31/12/2021** - indicatore di tempestività dei pagamenti (di cui al DPCM del 22/09/2014) pari o inferiore a 0 (nessun giorno di ritardo medio ponderato).

3.16 SovraCup regionale e Portale di accesso ai servizi

Rif. Adempimenti LEA lett. AU “Sistema Cup”

Responsabile del procedimento attuativo

Area 2 D.P.S. - Controllo di gestione del S.S.R.

Analisi della situazione attuale

Tutte le Aziende del Sistema Sanitario della Regione Siciliana sono dotate di un sistema informatico per la gestione del servizio CUP; nello specifico la situazione nelle aree metropolitane della Regione risulta essere diversificata come di seguito rappresentato:

Area Metropolitana di Messina (popolazione di circa 600.000 residenti – dati ISTAT 2018):

ASP Messina

A.O. U. Policlinico Messina

A.O. Papardo

IRCCS Messina

Tutte le Aziende insistenti sul territorio messinese sono federate tra loro ed il sistema SovraCup Messina è operativo dal 2010.

Area Metropolitana di Catania (popolazione di circa 1.300.000 residenti – dati ISTAT 2018):

ASP Catania

A.O. U. Policlinico Catania

ARNAS Garibaldi Catania

AOE Cannizzaro Catania

Tutte le Aziende insistenti sul territorio catanese dovranno essere federate tra loro e gestite da un unico sistema informatico, acquisito a seguito di gara consorzile espletata dalla capofila ASP Catania.

Area Metropolitana di Palermo (popolazione di circa 1.400.000 residenti – dati ISTAT 2018):

ASP Palermo

A.O. U. Policlinico Palermo

ARNAS Civico Palermo

AOR Villa Sofia – Cervello Palermo

Tutte le Aziende insistenti sul territorio palermitano hanno sistemi CUP aziendali non interoperabili tra loro, la progettazione presentata, a valere sul fondo ministeriale per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (articolo 1, comma 510, legge 30 dicembre 2018, n. 145), prevede lo sviluppo di una piattaforma per la federazione dei sistemi ICT aziendali, in linea a quanto già fatto nell'area metropolitana di Messina ed in itinere in quella di Catania.

Descrizione

Al fine di migliorare il servizio di prenotazione/disdetta delle prestazioni ambulatoriali, la Regione ha da tempo avviato la realizzazione di un sistema Sovracup regionale “orchestratore”, in grado di interfacciarsi con i CUP esistenti (aziendali e/o provinciali), consentendo la condivisione in “circolarità” di alcune tipologie di prestazioni sanitarie (es. prime visite) e il coordinamento dell'offerta sanitaria regionale. Contestualmente, attraverso la realizzazione di una interfaccia applicativa di *front-end* del

sistema, gli attori del processo (cittadini, operatori CUP, MMG, PLS, farmacisti, medici specialisti/ospedalieri, ecc.) avranno accesso al suddetto sistema per la gestione della prestazione sanitaria nei suoi diversi aspetti: prenotazione, annullamento/spostamento, comunicazione con utente, pagamento, ecc.

Il “**SovraCUP regionale**” ha come obiettivo primario il miglioramento dell’accessibilità ai servizi di prenotazione delle prestazioni sanitarie e la riduzione dei tempi medi di attesa, anche in ottemperanza alle disposizioni in materia di erogazione dei **Livelli essenziali di Assistenza (LEA)** che prevedono garanzie nell’accessibilità alle prestazioni sanitarie.

Il perimetro dell’intervento copre quindi la gestione delle prenotazioni e l’accessibilità alle prestazioni sanitarie, ma a tendere - attraverso la crescente disponibilità di dati ed evidenze – il sistema SovraCUP potrà supportare progressivamente una migliore **governance** della politica sanitaria regionale in materia di Liste di Attesa e/o di programmazione dell’offerta di prestazioni specialistiche e diagnostiche.

Avvalendosi dei Contratti Quadro del “Sistema Pubblico di Connettività (SPC)”, l’**Autorità Regionale per l’Innovazione Tecnologica (ARIT)** con note prot. n. 5074 e 5075 del 03/11/2017 ha formulato i Piani dei Fabbisogni relativi alla realizzazione del “Portale di accesso ai servizi e SovraCUP”, cui il RTI ha dato seguito mediante l’articolazione di una proposta tecnico-operativa formalizzata nei **Progetti dei Fabbisogni** trasmessi alla Autorità Regionale tramite posta elettronica certificata in data 17/07/2019. Con successiva nota prot. n. 4844 del 19/07/2019, l’ARIT ha trasmesso i Progetti medesimi al Dipartimento per la Pianificazione Strategica dell’Assessorato regionale della Salute e a Sicilia Digitale.

Con Decreto Assessore della Salute D.A. n.447/2020 del 26/5/2020 al fine di mettere in relazione il “Portale di accesso ai servizi e SovraCUP”, già in fase di espletamento, e l’intervento “Attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell’erogazione delle prestazioni sanitarie mediante l’implementazione e l’ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate a sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture sanitarie”, è stato istituito, presso l’Assessorato Regionale della Salute, un Gruppo di Lavoro, composto da professionalità multidisciplinari dell’Assessorato Regionale della Salute e degli Enti Sanitari, con la finalità di promuovere le soluzioni tecniche/amministrative per il superamento delle criticità e per intraprendere le iniziative propositive necessarie per l’attuazione dei risultati prefissati, attraverso il coordinamento degli aspetti operativi e la diffusione di direttive univoche gli Enti del Sistema Sanitario Regionale.

Il sistema regionale che sovrintende la gestione del processo di erogazione delle prestazioni ambulatoriali si articola attraverso:

1. Standardizzazione dell’offerta pubblica
2. Definizione regole comuni
3. Centralizzazione Anagrafica
4. Condivisione dizionari

Indicatori di processo e cronoprogramma

Il risultato delle azioni poste in essere grazie al contributo del Fondo per l’implementazione e l’ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture sanitarie (articolo 1, comma 510, legge 30 dicembre 2018, n. 145) e la sinergia con gli obiettivi prefissati dal Sovracup regionale finanziato dal fondo FESR Sicilia, determineranno:

- ♦ **entro giugno 2021** la realizzazione di un modello di analisi deputato al monitoraggio dell’attività dei CUP secondo gli indicatori definiti nel Questionario LEA, con particolare riferimento alla valutazione del tasso di abbandono ed alla elaborazione di eventuali azioni correttive.
- ♦ **entro dicembre 2021** l’implementazione del suddetto modello nel sistema Sovracup regionale.

3.17 Ulteriori misure di contrasto all'emergenza epidemiologica a valere su risorse ex dl n. 34/2020 e dl n. 104/2020

Responsabile del procedimento attuativo

Area 2 DPS - Servizio 1 DPS – Servizio 8 DPS – Servizio 9 DPS – Servizio 8 DASOE

3.17.1) Misure volte a incrementare ed indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare ex art. 1, comma 4, del dl n. 34/2020

Al fine di garantire il potenziamento dell'assistenza domiciliare in favore dei soggetti contagiati da Covid 19, nonché delle persone fragili la cui condizione risulti aggravata dall'emergenza epidemiologica in corso, le risorse previste per le attività di cui all'art. 1, comma 4, del dl n. 34/2020, pari ad euro 8.285.524 annue, sono utilizzate per il potenziamento delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) delle Aziende Sanitarie provinciali.

Pertanto, per il potenziamento delle UVM sarà assunto a tempo indeterminato personale medico e personale sanitario del comparto, per un costo complessivo annuo non superiore alle risorse assegnate pari ad euro 8.285.524, il cui impatto economico per l'anno 2021 graverà al più per un solo semestre poiché le assunzioni non potranno avvenire prima dell'1 luglio 2021.

Inoltre, mediante utilizzo delle risorse assegnate e accantonate nell'anno 2020 e di quota parte delle risorse di competenza dell'anno 2021, pari a complessivi euro 12.499.059 sarà effettuato un ulteriore potenziamento dell'assistenza domiciliare, ed in particolare dei team multidisciplinari, mediante l'assunzione a tempo determinato di personale medico, infermieristico, nonché di figure professionali quali fisioterapisti ed OSS.

3.17.2) Incarichi di lavoro autonomo a professionisti del profilo assistente sociale, ex art. 1, comma 7, del dl n. 34/2020

Al fine di assicurare alle Unità Speciali di Continuità Assistenziali adeguato supporto per consentire una valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e sociosanitarie territoriali, le risorse previste per le attività di cui all'art. 1, comma 7, del dl n. 34/2020, pari ad euro 1.163.492 per l'anno 2020, sono utilizzate per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, in numero non superiore a un assistente sociale ogni due Unità per un monte ore settimanale massimo di 24 ore.

3.17.3) Assunzione di personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico per i trasferimenti secondari per pazienti COVID 19, ex art. 2, comma 5, del dl n. 34/2020

Con D.A. 614 del 2020, riguardante la riorganizzazione delle terapie intensive e sub intensive ai sensi dell'art.2 del D.L 19 maggio 2020 n.34, è stato approvato il piano dei costi degli interventi da realizzare ivi compreso quello relativo ai mezzi di soccorso per l'implementazione di n. 16 ambulanze.

Il medesimo articolo 2 del suddetto D.L. n. 34/2020 prevede al comma 5 lo stanziamento per la Regione Siciliana di euro 4.241.898 per l'assunzione di personale per l'operatività di tali mezzi di soccorso per i trasporti secondari. Il predetto finanziamento è stato reiterato per i successivi anni nella misura pari a euro 6.787.038 annui.

Poiché nell'anno 2020 le predette risorse sono state accantonate ed i costi relativi alle assunzioni di personale a tempo indeterminato per l'anno 2021 graveranno sulle risorse dello stesso anno al più 8 mesi (le assunzioni non potranno avvenire prima dell'1 maggio 2021), la quota residuale pari a complessivi euro 6.492.556, sarà utilizzata per un ulteriore potenziamento della rete dei trasporti secondari mediante assunzione a tempo determinato di operatori sanitari e tecnici.

3.17.4) Attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti per pazienti covid, ex art. 1, commi 2 e 3, del dl n. 34/2020

Al fine di garantire l'attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti per i pazienti in isolamento, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza degli stessi, le risorse previste per le attività di cui all'art. 1, comma 3, del dl n. 34/2020, pari ad euro 51.873.215 per l'anno 2020, sono utilizzate per la copertura dei seguenti costi:

- costi per contratti di locazione con strutture alberghiere, per un importo presuntivo non superiore ad euro 3.000.000;
- acquisto di servizi per assistenza domiciliare dei pazienti COVID, necessari per il monitoraggio e l'assistenza degli stessi, inclusi i servizi per l'assistenza domiciliare integrata del paziente COVID, per il trasporto di pazienti COVID dializzati o talassemici, per le attività di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali.

3.17.5) Personale infermieristico presso i Medici di Medicina Generale, ex art. 1, comma 9, del dl n. 34/2020

Al fine di potenziare l'attività di assistenza primaria svolta dai medici di medicina generale, garantendo il massimo livello di assistenza ai pazienti fragili, la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, le risorse per la retribuzione dell'indennità di personale infermieristico di cui all'art. 59, comma 1, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale del 23 marzo 2005 e successive modifiche ed integrazioni sono incrementate a favore dei MMG del Sistema Sanitario Regionale della somma di euro 816.000, pari alla percentuale della quota di accesso dell'incremento nazionale di euro 10.000.000 di cui art. 1, comma 9, del dl n. 34/2020.

3.17.6) Piano Operativo Regionale per il Recupero delle Liste di Attesa, ex art. 29, comma 9, del dl n. 104/2020

Con D.A. 1103/2020, modificato con D.A. n. 212 del 17 marzo 2021, è stato adottato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa della Regione Siciliana in attuazione dell'articolo 29, comma 9, del decreto legge n. 104 del 14 agosto 2020, convertito con legge n. 126 del 13 ottobre 2020.

Il suddetto decreto prevede che le aziende sanitarie provvedano a deliberare un proprio **Piano Operativo Aziendale** che contenga obbligatoriamente:

- la dimensione del fenomeno delle liste di attesa conseguente all'emergenza SARS-COV-2;
- la stima del numero di prestazioni per priorità clinica da recuperare nel periodo di riferimento ed entro i limiti di spesa previsti dall'art. 29 D.L. 104/2020;
- l'individuazione degli interventi del PRGLA 2019-2021 volti a rimodulare la domanda e/o offerta che l'azienda intende potenziare per recuperare le liste di attesa;
- il piano finanziario per la destinazione delle risorse ai sensi dell'art. 29 D.L. 104/2020; il cronoprogramma di attuazione degli interventi.

Alla conclusione del periodo di vigenza di quanto previsto dall'art. 29 D.L. 104/2020, inoltre, le aziende dovranno elaborare un report contenente le misure attuate, le risorse utilizzate e le prestazioni di ricovero o ambulatoriali recuperate per disciplina/branca.

Nell'anno 2021 è, pertanto, previsto l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 29 D.L. 104/2020 quale maggior ricorso alle prestazioni aggiuntive di personale dipendente medico ed infermieristico, pari a euro 37.858.564, per le finalità specifiche previste dalla normativa.

È, altresì, previsto il potenziamento del ricorso alla specialistica convenzionata interna per un importo massimo di euro 1.770.883, così come previsto nel piano.

3.17.7) Attivazione di centrali operative regionali, ex art. 1, comma 8, del dl n. 34/2020

Con DA 381 del 07/05/2020 in Regione Sicilia è avviato un progetto di telemedicina, coordinato dall'IRCCS Bonino Pulejo di Messina che prevede il monitoraggio dei pazienti in isolamento a domicilio o presso strutture dedicate (ad es. gli "Alberghi Covid"), attraverso *device* collegati ad una centrale operativa, con sede nell'IRCCS. In una prima fase il telemonitoraggio riguarderà i soggetti COVID positivi e i casi sospetti in isolamento domiciliare o presso strutture dedicate, nonché pazienti in strutture residenziali

Nello specifico, la centrale operativa è costituita da personale di area sanitaria che sono in grado di assolvere fino alla gestione di 20 telefonate simultaneamente.

I pazienti da sottoporre a monitoraggio sono così identificati:

- Pazienti COVID positivi posti in isolamento domiciliare, diagnosticati a domicilio dai Servizi di Epidemiologia e Profilassi o dimessi dalle Aree di emergenza perché paucisintomatici.
- Pazienti COVID positivi in isolamento presso strutture dedicate (alberghi COVID), dimessi dai Presidi Ospedalieri o trasferiti dal domicilio perché non idoneo per l'isolamento.
- Pazienti contatti stretti in isolamento o pazienti con sintomatologia sospetta ma non ancora in possesso del risultato del tampone.
- Pazienti residenti in strutture residenziali (prioritariamente in cui si sono verificati casi accertati di COVID).

A seguito di specifica disposizione assessoriale, resa con nota prot. n. 50758 del 25 novembre 2020 e reiterata con D.A. n. 373 del 30 aprile 2021, provvede all'attivazione della Centrale Operativa per la gestione dell'emergenza epidemiologica il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio Sanitario (CEFPAS).