

PIANO DELLA RETE TERRITORIALE DI ASSISTENZA

Regione Siciliana



Assessorato della Salute

Versione 1.0

14.12.2022





SOMMARIO

1. INTRODUZIONE.....	5
1.1 Premessa.....	5
1.2 Quadro normativo-regolamentare.....	5
1.2.1 Modelli per lo sviluppo dell’assistenza territoriale.....	5
1.2.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.....	7
1.2.3 Programma Operativo Consolidamento Sviluppo	8
1.3 Obiettivi del Piano territoriale.....	10
2. RETE TERRITORIALE DI ASSISTENZA.....	11
2.1 Determinanti della salute.....	11
2.1.1 Contesto sociodemografico ed epidemiologico	11
2.1.2 Strumenti di stratificazione dei bisogni di salute	17
2.2 Organizzazione attuale della rete	22
2.2.1 Distretto sanitario	22
2.2.2 Modelli organizzativi.....	24
2.2.3 Personale SSR.....	32
2.3 Piano per lo sviluppo della rete.....	35
2.3.1 Distretto sanitario	35
2.3.2 Modelli organizzativi.....	38
2.3.3 Personale SSR.....	40
3. STRUMENTI A SUPPORTO DELLA RETE.....	45
3.1 Piano strategico per la salute digitale	46
3.1.1 Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR).....	48
3.1.2 Cartella Clinica Elettronica	49
3.1.3 SovraCUP regionale	50
3.2 Digitalizzazione dei processi assistenziali.....	51
3.2.1 Telemedicina.....	52
3.2.2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	56
3.2.3 Nuovi flussi informativi nazionali	59
4. PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI	60
4.1 Cure Primarie.....	60
4.1.1 Case della comunità.....	60
4.1.2 Infermieri di famiglia	65
4.1.3 Continuità assistenziale	67
4.1.4 Consultori	69
4.1.5 Prevenzione e cura della salute.....	71
4.1.6 Salute mentale	76
4.2 Cure Intermedie.....	78



4.2.1 Ospedali di Comunità.....	78
4.2.2 Residenze Sanitarie Assistenziali.....	83
4.2.3 Assistenza Domiciliare.....	85
4.2.4 Cure palliative.....	87
4.3 Cure di Transizione.....	89
4.3.1 Centrale Operativa Territoriale.....	89
4.3.2 Centrale Operativa 116117.....	93
5. MODELLO DI GOVERNANCE.....	96
5.1 Livelli di programmazione delle attività.....	96
5.2 Meccanismi operativi di funzionamento.....	98
5.3 Procedure di monitoraggio e controllo.....	101
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	106
INDICE TABELLE.....	107
INDICE FIGURE.....	108



ALLEGATO TECNICO



TABELLA ACRONIMI

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ADI	Assistenza Domiciliare integrata
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA	Anagrafe Nazionale Assistiti
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ATS	Ambiti Territoriali Sociali
CdC	Casa della Comunità
CIA	Coefficiente di Intensità Assistenziale
CO 116117	Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato
COT	Centrale Operativa Territoriale
CF	Consultorio Familiare
CP	Cure palliative
DP	Dipartimento di Prevenzione
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri
EMUR	Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR	Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE	Fascicolo sanitario elettronico
GEA	Gornate effettive di assistenza
GDC	Giornate di cura
IFoC	Infermiere di Famiglia o Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli essenziali delle prestazioni sociali
MMG	Medico di Medicina Generale
NEA	Numero Europeo Armonizzato
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC	Ospedale di Comunità
PAI	Progetto di assistenza individuale integrata
PDTA	percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNC	Piano Nazionale Cronicità
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PUA	Punto Unico di Accesso
RLCP	Rete Locale di Cure Palliative
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni
SDGs	Obiettivi di sviluppo sostenibili
SDK	Software Developer Toolkit
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SIAD	Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SINP	Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro
SNPS	Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima
SPID	Sistema Pubblico di Identità Digitale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TERP	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
TNPEE	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
TS	sistema Tessera Sanitaria
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCCP	Unità Complessa di Cure Primarie
UCP	Unità di Cure Palliative
UCP	DOM Unità di Cure Palliative Domiciliari
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale



1 INTRODUZIONE

1.1 Premessa

Il presente documento di indirizzo recepisce in prima applicazione la **riforma dell'assistenza territoriale** nel Servizio Sanitario Nazionale e gli indirizzi nazionali in ambito PNRR, nell'ottica di riorganizzare e potenziare la rete di assistenza territoriale a livello regionale.

Il documento si inserisce nel quadro di azioni e indirizzi che la Regione Siciliana ha avviato per l'implementazione degli interventi previsti dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, dal DM 77/2022 per la riorganizzazione dei servizi territoriali e dal Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) per la riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale.

I contenuti del documento recepiscono ed interpretano quanto previsto dai documenti citati e si pongono in stretto raccordo con gli investimenti di cui al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto il 30/5/2022 dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR rispetto alla Missione 6 – Salute.

Il fine del presente documento è quello di orientare le scelte strategiche e operative di organizzazione dei servizi territoriali, da realizzarsi con la collaborazione delle aziende sanitarie del SSR, verso un'interpretazione organica delle indicazioni nazionali.

Il **PNRR** e il **DM 77/22** rappresentano l'occasione per riformulare l'attuale modello di assistenza territoriale con l'obiettivo di garantire in parallelo le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi valorizzando il patrimonio di esperienze già avviate in ambito SSR.

In linea con le tendenze nazionali, da tempo la Regione Siciliana ha inteso promuovere azioni di razionalizzazione della rete ospedaliera mediante **sviluppo della sanità territoriale** come principale **risposta ai bisogni dei cittadini**, promuovendo il ricorso ai servizi di assistenza primaria ed intermedia per snellire l'iter di presa in carico e indirizzamento degli utenti.

In questa logica, Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di **politica sanitaria** verso cui la Regione Siciliana intende indirizzarsi per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

Si ritiene, pertanto, di adottare un piano territoriale che preveda il **potenziamento e la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale** in una prospettiva di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali che sinergicamente garantiscano la risposta ai bisogni di salute e la presa in carico del paziente, con riferimento soprattutto alla persona affetta da malattie croniche.

1.2 Quadro normativo-regolamentare

1.2.1 Modelli per lo sviluppo dell'assistenza territoriale

Il **Decreto 23 maggio 2022, n. 77**, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", pubblicato in G.U.R.I. n.144 del 22.06.2022 in attuazione della "Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" prevista nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha individuato il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel



Servizio Sanitario Nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

L'attuazione di tale riforma intende *“perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario”*.

La riforma intende pertanto potenziare i servizi assistenziali territoriali esistenti e crearne di nuovi per assicurare la garanzia dei LEA, con l'obiettivo dichiarato - attraverso la **definizione di standard nazionali** - di ridurre le disuguaglianze e contestualmente costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. Il piano di riorganizzazione territoriale della Regione Siciliana deve, pertanto, essere definito in coerenza con questi standard.

L'attuale **quadro demografico ed epidemiologico** del nostro paese - e così della nostra Regione, come sopra evidenziato - in conseguenza di una popolazione proporzionalmente sempre più anziana, vede un continuo incremento della prevalenza delle patologie croniche, che devono essere gestite preferenzialmente in ambito territoriale, limitando al massimo le fasi di scompenso e con una forte responsabilizzazione del paziente stesso.

Va quindi realizzata in modo proattivo una reale presa in carico dei cittadini con una particolare attenzione alle strategie di prevenzione e di cura fin dalle prime fasce di età. Inoltre, in considerazione dell'importanza di garantire la salute dei cittadini intesa come uno stato di “benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia” (OMS), il DM77 pone molta attenzione agli aspetti sociali, sia in termine di fabbisogno che – conseguentemente - di offerta di servizi, nonché al rapporto salute-ambiente, attraverso l'adozione della strategia *“One Health”*.

Sebbene questi principi siano stati ampiamente enunciati già in passato e abbiano costituito le basi per la definizione di modelli di assistenza alle cronicità (Chronic Care Model, Piano Cronicità, PDTA nazionali e regionali per varie patologie, etc), l'elemento innovativo è rappresentato dalla fortissima responsabilizzazione di tutti i livelli politici e tecnici che il PNRR sta comportando per il raggiungimento di **target** ben definiti e vincolanti, e dall'assegnazione degli ingenti fondi assegnati - soprattutto per la realizzazione delle nuove strutture sul territorio - e dalle risorse messe in gioco dal governo nazionale per il personale necessario alla realizzazione di tali obiettivi, quali quelle definite nel Bilancio di previsione per il triennio 22-24 (L. 30 dicembre 2021, n.234).

Gli **elementi chiave del processo di riorganizzazione** che la Regione intende perseguire, come rappresentato nel DM77, sono:

- la creazione, grazie ai fondi del PNRR e del PNC, di specifici presidi quali le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT), per i quali sono stati definiti standard e requisiti strutturali e tecnologici che ne garantiranno l'uniforme efficienza sul territorio;
- l'istituzione di servizi innovativi quali le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC) e la Centrale Operativa 116117;
- il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata e di cure palliative;
- lo sviluppo e la diffusione della telemedicina e della informatizzazione dei servizi con un collegamento tra i diversi livelli assistenziali, per favorire la prossimità della cura e la realizzazione dei percorsi assistenziali.



Il DM 77/2022 rappresenta quindi una straordinaria opportunità per rivalorizzare le numerose esperienze già realizzate in Regione nell'ambito della gestione delle cronicità fin dalla Legge 5/2009 e dal DA 723/2010, incanalandole nei nuovi modelli assistenziali; fornisce parametri di riferimento per ridefinire l'offerta e ridisegnare i percorsi assistenziali sociosanitari dei cittadini in modo uniforme nei diversi contesti; costituisce infine un prezioso strumento per indirizzare le contrattazioni regionali con il personale coinvolto nella riorganizzazione dei servizi.

1.2.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, con una dotazione totale di 191,5 miliardi di euro da investire tra il 2022 e il 2026, destina ben 15,6 miliardi di euro (pari all'8,16% degli investimenti totali) alla **Missione Salute (M6)**, una missione che ha l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure, in linea con l'approccio «One-Health».

A questi fondi, si aggiungono ulteriori 2,4 miliardi di euro derivanti dal **Piano Nazionale Complementare (PNC)**, un apposito Fondo di Bilancio, istituito dal Governo tramite il DL 59 del 6 maggio 2021, destinato a finanziare specifiche azioni che integrano e completano il PNRR.

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, secondo una duplice articolazione:

- **Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale.** L'obiettivo della componente è di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- **Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.** Tale componente comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche a ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSR.

Nello specifico poi, entrambe le **componenti** contribuiscono alla creazione, implementazione e diffusione di nuovi modelli e tecnologie digitali per la salute, basati sul rafforzamento delle reti di cura territoriali come prima porta di accesso al Sistema Sanitario Nazionale, al fine di:

- accompagnare i pazienti fin dall'inizio del percorso di cura dall'individuazione delle persone da assistere alla gestione dei loro percorsi;
- favorire l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio. La telemedicina rappresenta, nello specifico, l'elemento tecnologico che abilita lo sforzo di integrazione tra luoghi di cura, il cui significato si estende alla casa come luogo di cura;
- integrare la rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.

Il modello di cura della Sanità che si intende realizzare mediante gli investimenti PNRR si basa inoltre sulla valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme, attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali: Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore.



Il Decreto 06 Agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, assegna alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l’attuazione degli interventi di cui risultano titolari; successivamente, con Decreto di Riparto 20 Gennaio 2022, il Ministero della Salute ha provveduto ad assegnare a ciascuna Regione, quale soggetto attuatore degli interventi, la quota di finanziamento per la realizzazione degli interventi della Missione Salute.

Sulla scorta delle indicazioni ivi contenute e delle risorse assegnate, la Regione Siciliana ha definito una programmazione degli interventi riportata nel **Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)**, comprendente, come allegato, il **Piano Operativo Regionale (POR)**, che esplicita il complesso di interventi che la Regione si impegna a realizzare, con particolare riferimento alle misure di seguito riportate.

ID	Riferimenti investimenti	Scadenza	
PNRR – Assistenza di prossimità e telemedicina			
M6C1	1.1	Case della comunità e presa in carico della persona	T1 2026
	1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina	-
	1.2.2	Centrali operative territoriali (COT)	T1 2024
	1.2.2.1	Di cui: COT	T1 2024
	1.2.2.2	Di cui: Interconnessione aziendale	T1 2024
	1.2.2.3	Di cui: Device	T1 2024
	1.3	Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia (Ospedali di Comunità)	T1 2026
PNRR – Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell’assistenza sanitaria			
M6C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	-
	1.1.1	Digitalizzazione DEA I e II	T3 2025
	1.1.3	Rafforzamento strutturale del SSN – progetti in essere	T2 2026
	1.1.2	Grandi Apparecchiature	T4 2024
	1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	T2 2026
	1.3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico	T2 2026
	1.3.2	Potenziamento modello predittivo	T1 2025
	2.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali	-
	2.2 (a)	Borse aggiuntive in formazione di medicina generale	T2 2024
	2.2 (b)	Corso di formazione in infezioni ospedaliere	T2 2026
Piano nazionale degli investimenti complementari (PNC)			
M6C2	2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	T2 2026

Tabella 1. Elenco misure di intervento PNRR Missione 6 “Salute”

Nello specifico, nell’ambito della Componente 1 oggetto del presente Piano, la Regione Siciliana, con la collaborazione delle aziende sanitarie quali “soggetti attuatori esterni” degli interventi, ha programmato un complesso di investimenti che prevede la realizzazione di specifiche strutture territoriali di prossimità: 156 Case della Comunità, 50 Centrali Operative Territoriali e 43 Ospedali di Comunità.

Tale programmazione, definita nel Piano Operativo Regionale, risulta attualmente in fase di rimodulazione limitatamente ad un set di interventi.

1.2.3 Programma Operativo Consolidamento Sviluppo

Nell’ambito delle azioni attuate per la prosecuzione del **Piano di rientro** (Piano di Contenimento e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009), secondo la facoltà prevista dall’articolo 15,



comma 20 del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012, la Regione Siciliana, già dal 2010, ha definito specifici **atti di programmazione** per la riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale.

Nel dettaglio, in applicazione degli obiettivi definiti nei cosiddetti **Programmi Operativi di Consolidamento e Sviluppo (POCS)**, la Regione Siciliana ha profuso notevole impegno 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 e dei successivi piani di riqualificazione 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.

Con riferimento all'ultimo POCS adottato dalla Regione (**POCS 2019-2021**), le attività di consolidamento e miglioramento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) hanno evidenziato un buon livello nell'erogazione dei servizi, con criticità ascrivibili limitatamente al settore della prevenzione (inadeguati livelli di adesione agli screening oncologici, bassa copertura vaccinale) e ad alcuni aspetti dell'assistenza territoriale e residenziale.

I Piani realizzati hanno da sempre dedicato all'**assistenza territoriale** particolare attenzione, prevedendo molteplici misure operative, tra cui quelle di seguito riportate:

- Implementazione dei percorsi assistenziali per pazienti affetti da patologie croniche;
- Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio;
- Realizzazione delle strutture residenziali per il trattamento di soggetti con problematiche psicopatologiche di cui al piano strategica salute mentale;
- Implementazione delle Cure palliative e Terapia del dolore e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).

Le azioni programmate, tuttavia, non hanno sempre avuto uno sviluppo omogeneo sull'intero territorio regionale, determinando in tal senso una frammentazione dell'offerta, che ha penalizzato la creazione di una rete integrata di servizi. Al fine di superare le criticità sopra citate e nell'ottica del consolidamento dei risultati fin qui raggiunti, la Regione ha intrapreso un percorso per la pianificazione di ulteriori interventi di sistema, che saranno esplicitati nel prossimo piano di riqualificazione (**POCS 2022-2024**), al fine di sviluppare ulteriori strategie che determinino le condizioni per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e dello stato di benessere.

Tra le azioni da intraprendere in ambito POCS 2022-2024, la Regione ha previsto anche l'adozione di un **Piano organico di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale**, che mettesse a sistema le positive esperienze già avviate (ambulatori di gestione integrata, apertura H24 di punti di assistenza per le piccole urgenze, etc.) e definisse prioritariamente le modalità di superamento delle inadempienze riscontrate in sede di verifica adempimenti LEA in materia di assistenza residenziale e rete di cure palliative.

Naturalmente, la definizione programmatica di tali azioni che verranno realizzate nel prossimo triennio è



stata effettuata e ha richiesto un continuo confronto tra gli **stakeholders**, affinché fosse garantita la coerenza tra quanto definito nel suddetto Piano di riqualificazione e quanto previsto nel presente documento in materia di riorganizzazione dei servizi territoriali, in ordine alle attività programmate e alle relative tempistiche di realizzazione.

1.3 Obiettivi del Piano territoriale

Sulla scorta di quanto descritto in premessa, il presente piano esplicita **azioni** e **obiettivi** connessi alla **riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nel territorio**, nell'ottica del rafforzamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, con una duplice finalità:

- fronteggiare i mutamenti di scenario che prevedono l'erogazione di nuovi setting assistenziali e la realizzazione di nuove strutture di assistenza territoriale mediante finanziamenti dedicati;
- recepire il nuovo quadro normativo e regolamentare che introduce specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'erogazione dei servizi nel territorio.

Il presente piano contiene le misure di riorganizzazione dell'attività territoriale da effettuare a cura dei Dipartimenti di Prevenzione e delle strutture dislocate nel territorio già esistenti e di nuova realizzazione, in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, nonché con le nuove figure professionali previste in ambito PNRR (infermieri di famiglia e unità di continuità assistenziali), indirizzate ad una piena attività di promozione della salute.

La collaborazione tra tutte le figure coinvolte nella rete, nell'applicazione dei modelli e delle azioni previste nel presente piano, può dare uno straordinario impulso a quella che viene definita "**medicina d'iniziativa**", ovvero un'assistenza proattiva all'individuo già dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute, fino alle fasi di condizioni morbose e croniche. La realizzazione delle attività sopra esposte verrà integrata e supportata dall'applicazione di **modelli di servizi digitalizzati**, utili per l'individuazione degli individui da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sfruttando strumenti di telemedicina per l'assistenza a domicilio.

Mediante i contenuti proposti nel presente piano per la riorganizzazione della rete territoriale si intende pertanto fornire:

- **una panoramica dell'attuale rete territoriale**, l'analisi del contesto sociodemografico ed epidemiologico della regione, dell'offerta sanitaria e delle specificità dei singoli territori per provincia;
- **un nuovo modello per l'erogazione dei servizi** in coerenza con il DM77 e alla luce dei servizi già attivi a livello regionale in tale ambito (RSA, salute mentale, etc.), con l'intento di garantire il rispetto dell'eterogeneità dei contesti territoriali e aziendali e, al contempo, unitarietà a livello SSR nel recepimento delle indicazioni normative;
- **un complesso di azioni per l'attuazione della rete** e relativo cronoprogramma per il raggiungimento degli standard, in coerenza con la programmazione definita nel Programma Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo;



- **le modalità di governo e monitoraggio** delle azioni di riorganizzazione, anche mediante l'individuazione di un **Figura 1. Contenuti proposti nel Piano** responsabile regionale del monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato e la definizione di specifici flussi di comunicazione con le aziende sanitarie presenti sul territorio.



2 RETE TERRITORIALE DI ASSISTENZA

2.1 Determinanti della salute

2.1.1 Contesto sociodemografico ed epidemiologico

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una **rappresentazione dei problemi di salute** della Regione Siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio ed è tratta, con alcuni aggiornamenti dal profilo di salute completo elaborato dal Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute ("Indagine sul profilo di salute e priorità sanitarie in Sicilia").

Il particolare **contesto oro-geografico** ha da sempre inciso sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari: la vastità del suo territorio, la presenza di arcipelaghi (Eolie, Egadi, Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria) comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

La popolazione regionale residente al 1 gennaio 2021 risulta di **4.840.876 unità**, di cui 2.353.823 uomini (48,6%) e 2.487.053 donne (51,4%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km², risulta essere la regione più vasta del Paese.

L'insediamento della popolazione è di tipo **accentrato** specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (**Palermo, Catania e Messina**) si concentra quasi un quarto dell'intera popolazione regionale (1.160.564 abitanti pari al 24% del totale).

La Regione è costituita da **nove province** che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) per un totale di **391 comuni**. La provincia più grande è Palermo che con 1.214.291 abitanti rappresenta un quarto della popolazione totale dell'isola.

Provincia	Numero comuni	Popolazione	Superficie in Km ^q	Densità abitanti per Km ^q
Agrigento	43	419.847	3.053	138
Caltanissetta	22	252.803	2.138	118
Catania	58	1.066.765	3.574	299
Enna	20	158.183	2.575	61
Messina	108	609.223	3.266	187
Palermo	82	1.214.291	5.009	242
Ragusa	12	314.950	1.624	194
Siracusa	21	386.451	2.124	182
Trapani	25	418.363	2.470	169
TOTALE	391	4.840.876	25.832	187

Tabella 2. Popolazione e suddivisione amministrativa su base dati Istat

La composizione per classi di età della popolazione siciliana racconta di una popolazione demograficamente matura, con una popolazione adulta che, nel corso degli ultimi anni, è andata aumentando in proporzione alle altre due fasce di riferimento (0-14 anni e 15-64 anni); si conferma,



pertanto, un graduale invecchiamento della popolazione. I principali indicatori demografici provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali per l'anno 2021, sono riportati nella tabella seguente.

Anno	% 0-14 anni	% 15-64 Anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
2004	16,6	65,9	17,5	51,7	26,8	104,8	39,6	10,3
2005	16,4	65,9	17,7	51,7	27,3	107,8	39,8	10,1
2006	16,2	65,8	18	51,9	27,5	111,1	40,1	10
2007	15,9	65,9	18,2	51,7	27,6	114	40,4	9,8
2008	15,7	66,1	18,2	51,3	27,6	116,6	40,6	9,9
2009	15,5	66,2	18,3	51	27,8	118,5	40,8	9,8
2010	15,3	66,3	18,4	50,9	28	120,2	41	9,5
2011	15,2	66,3	18,5	50,8	28,6	122,2	41,3	9,4
2012	14,9	66,2	18,9	51,1	29,3	127	41,7	9,3
2013	14,8	65,9	19,3	51,7	29,8	131	41,9	8,8
2014	14,6	65,8	19,6	52	30,3	134,2	42,1	8,8
2015	14,5	65,6	19,9	52,3	30,8	137,6	42,4	8,5
2016	14,3	65,5	20,2	52,6	30,8	141,3	42,6	8,2
2017	14,1	65,3	20,6	53	31,5	145,8	43	8,2
2018	14	65,2	20,8	53,4	32	149,3	43,2	8,1
2019	13,8	65	21,2	53,8	32,6	153,7	43,5	8,1
2020	13,6	64,8	21,6	54,4	33,4	159	44,4	7,9
2021	13,4	64,5	22,1	55	34,2	164,3	44,6	7,7

Tabella 3. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – andamento per anno

L'età media della popolazione della Sicilia nel 2021 è di 44,6 anni, gli individui con 65 anni e più rappresentano il 22,1% dell'intera popolazione regionale, i giovani con meno di 15 anni rappresentano il 13,4% e l'indice di vecchiaia è pari a 164,3 anziani per cento giovani. Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 64,5% della popolazione, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su 34,2 anziani (indice di dipendenza anziani), registrando un valore più basso in Sicilia rispetto al valore nazionale (36,8%). La tabella di seguito riportata evidenzia i medesimi indicatori, fornendo un dettaglio per singola provincia.

Provincia	% 0-14 anni	% 15-64 Anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
Agrigento	12,8	64,3	22,9	55,5	35,6	178,3	45,1	7,2
Caltanissetta	13,1	64,9	22	54,1	33,9	167,4	44,6	7,1
Catania	14,3	65,1	20,6	53,5	31,7	144,9	43,7	8,4
Enna	12,1	63,9	24	56,4	37,5	198,1	45,9	6,4
Messina	12,1	63,8	24,1	56,8	37,7	198,6	46,3	6,8
Palermo	14	64,4	21,6	55,3	33,5	153,5	44,2	8,2
Ragusa	14	65,3	20,7	53,1	31,7	148,2	43,8	8,2
Siracusa	13,2	64,6	22,2	54,7	34,4	169,2	44,9	7,5
Trapani	12,5	63,9	23,6	56,5	36,9	188,1	45,5	7,3

Tabella 4. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – vista per provincia

La popolazione della Sicilia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana. Tuttavia, la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della



fecondità anche nel Meridione stanno conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Area	% 0-14 anni	% 15-64 anni	% > 65 anni	Indice strutturale	Indice anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso natalità
Nord-ovest	12,7	63	24,3	58,7	38,5	191,1	46,4	6,6
Nord-est	12,8	63,3	23,9	58	37,7	186,1	46,3	6,8
Centro	12,5	63,4	24,1	57,8	38,1	193,4	46,6	6,4
Mezzogiorno	13	64,9	22,1	54,2	34,1	169,9	44,9	7,2
Italia	12,8	63,8	23,4	56,8	36,8	183,3	45,9	6,8

Tabella 5. Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – benchmark nazionale

Dal 2004 in Sicilia si registra un **tasso di natalità** in costante decremento. In particolare, nel 2021 il tasso di natalità si attesta a 7,7 per mille abitanti contro la media nazionale di 6,8 nati ogni mille abitanti.

Quanto agli **aspetti socio-economici** che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, l'emergenza sanitaria seguita alla pandemia ha avuto ripercussioni rilevanti sul mercato del lavoro, in particolare sulle componenti più vulnerabili (giovani, donne e stranieri) che già partivano da condizioni occupazionali più difficili.

Il **tasso di occupazione** della popolazione in età compresa tra 20 e 64 anni in media Italia è sceso al 62,6% (era 63,5% nel 2019). Nonostante il calo abbia riguardato maggiormente il Nord del Paese, più colpito nella prima ondata pandemica del 2020, lo svantaggio del Mezzogiorno rimane elevatissimo, con un tasso di occupazione del 48%, rispetto al 71,5% del Nord e al 67,4% del Centro.

In Sicilia alla fine del 2020 il **tasso di disoccupazione** è pari al 17,9%, quasi il doppio del valore di riferimento nazionale (9,2%). Si registra un divario ragguardevole tra uomini e donne: il tasso di disoccupazione femminile raggiunge il 20,5%:4,2 punti percentuali in più di quello maschile (16,3%). Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate.

Le figure successive riportano le **piramidi delle età** della popolazione residente in Sicilia rispettivamente per l'anno 2004 e per l'anno 2020.

Dall'esame delle piramidi dell'età è possibile evidenziare delle modifiche di carattere demografico avvenute nella nostra regione nel corso dell'ultimi decenni. Innanzitutto, si registra un evidente **calo demografico** determinato dalla riduzione del numero delle nascite e dal progressivo miglioramento dell'aspettativa di vita almeno fino al 2019.

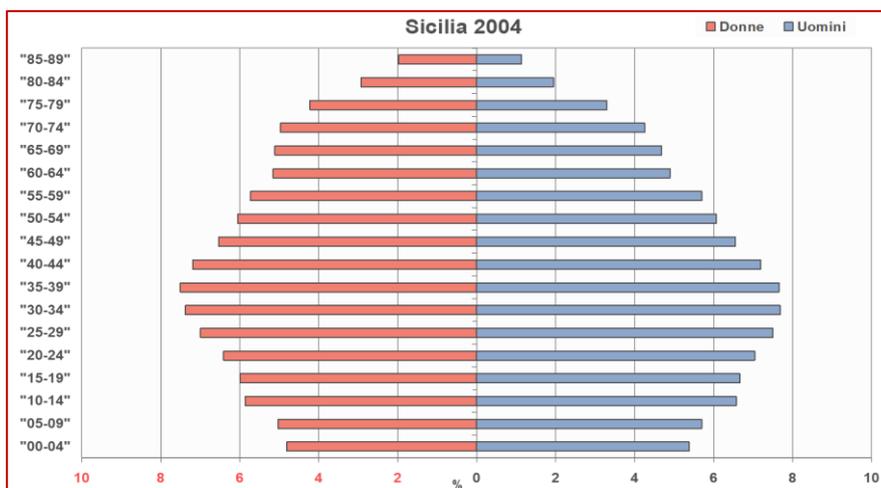


Figura 2. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia – anno 2004

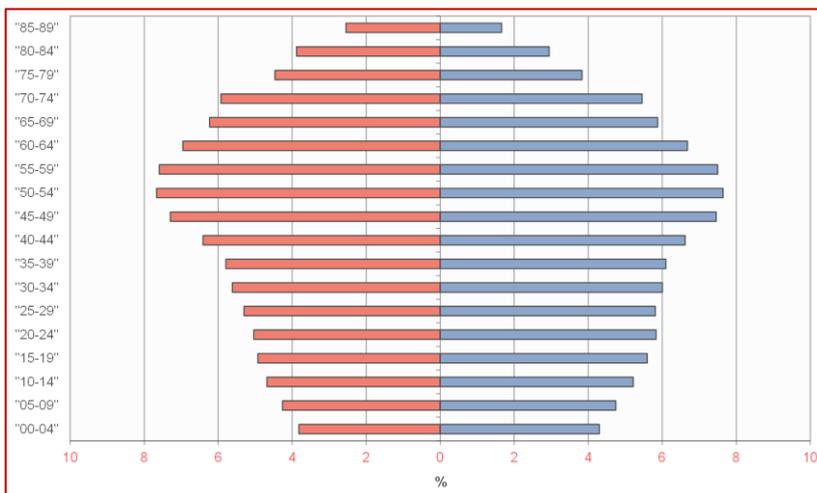


Figura 3. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia – anno 2020

Nel 2020, infatti, la diffusione della pandemia da Covid-19 e il forte aumento del rischio di mortalità che ne è derivato ha interrotto bruscamente la crescita della speranza di vita alla nascita che aveva caratterizzato il trend fino al 2019.

Per effetto del forte aumento del rischio di mortalità che ha dato luogo a 746 mila decessi (il 18% in più di quelli rilevati nel 2019), la sopravvivenza media nel corso del 2020 appare in decisa contrazione.

La **speranza di vita alla nascita**, senza distinzione di genere, scende a 82 anni, ben 1,2 anni sotto il livello del 2019. Gli uomini sono più penalizzati: la loro speranza di vita alla nascita scende a 79,7 anni, ossia 1,4 anni in meno dell'anno precedente, mentre per le donne si attesta a 84,4 anni, un anno di sopravvivenza in meno.

Soprattutto in alcune aree del paese particolarmente colpite dalla diffusione del virus, emerge una forte eterogeneità tra i diversi territori,

con uno svuotamento, in termini di anni vissuti, più marcato nelle regioni settentrionali (da 83,6 a 82,1 anni attesi), rispetto al Centro (da 83,6 a 83,1) e al Mezzogiorno (da 82,5 a 82,2).

In **Sicilia** l'aspettativa di vita alla nascita è pari a **79,2 anni** tra gli uomini e **di 83,6 anni** per le donne.

La struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità sta conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Le **migrazioni dall'estero** degli ultimi anni producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e degli adulti in età da lavoro.

Tuttavia, secondo le previsioni

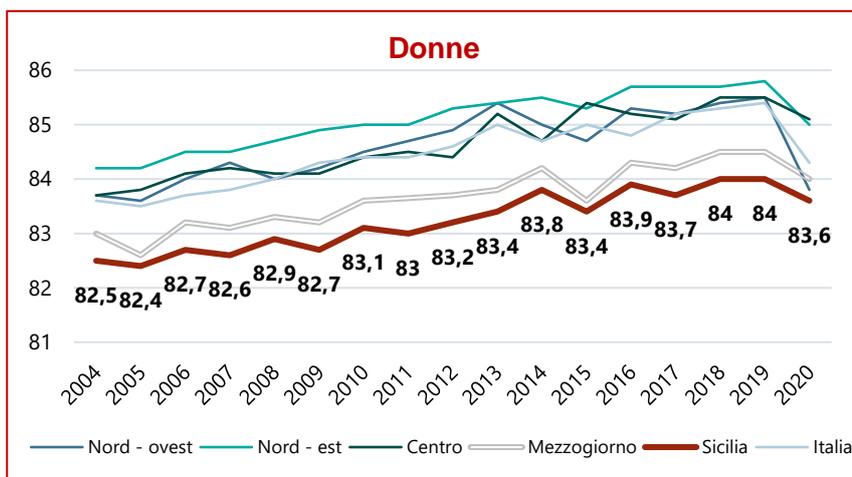


Figura 4. Andamento della speranza di vita 2004-2020 - Donne

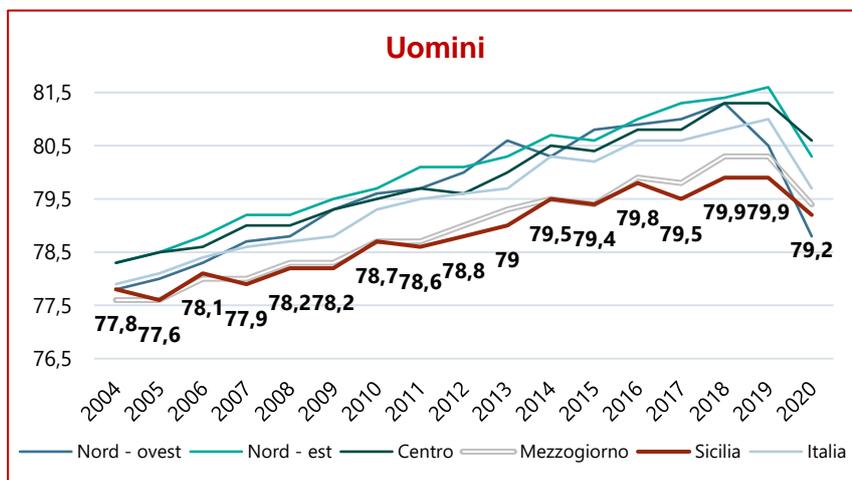


Figura 5. Andamento della speranza di vita 2004-2020 - Uomini



demografiche dell'ISTAT, è attesa una riduzione della quota di giovani a seguito dell'esaurimento dell'effetto riequilibrante dovuto all'immigrazione di giovani adulti e alla ripresa della natalità negli anni recenti.

Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà **sfide sempre più complesse** per il **sistema sociosanitario regionale**.

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti alla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2018, il **tasso standardizzato di mortalità** per tutte le cause in entrambi i sessi risulta **più elevato** rispetto al valore nazionale (uomini 107,7 vs 100,2 /10.000; donne 76,1 vs 69 /10.000).¹

Riguardo alle singole **cause**, valori superiori rispetto al contesto nazionale (evidenziati in grassetto) si riscontrano in entrambi i sessi per il tumore del **colon retto**, per il **diabete**, per le **malattie del sistema circolatorio** con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore. Per il solo genere maschile valori superiori si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio. Per il solo genere femminile, infine, si registrano valori superiori per i traumi e gli avvelenamenti.

In Sicilia la **mortalità per malattie circolatorie** risulta quindi più elevata che nel resto del paese. Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete e le malattie respiratorie (specie nel sesso maschile). Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio.

La **patologia tumorale**, pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese, si avvicina o talvolta si sovrappone ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella e il tumore del colon retto). Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio.

Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardio-vascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2018				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	31,1	32,6	18,4	19,3
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,3	1,8	0,7	0,9
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	3,8	3,5	2,3	2,0
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	7,6	7,7	2,1	2,6
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			3,2	3,2
Diabete mellito	5,1	3,3	4,0	2,4
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,7	4,3	3,1	3,5
Malattie del sistema circolatorio	37,7	32,0	29,8	24,2
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	10,1	7,4	9,1	6,5
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	12,4	11,9	6,1	5,8
Malattie dell'apparato respiratorio	10,3	9,1	4,8	4,9
Malattie dell'apparato digerente	3,5	3,7	2,5	2,5
Cause esterne dei traumi ed avvelenamenti	4,5	4,5	2,4	2,3
Tutte le cause	107,7	100,2	76,1	69,0

Figura 6. Stime preliminari della mortalità per causa 2018

¹ I dati di mortalità riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per la sola Sicilia per il periodo 2012-2020 e dalla base dati di mortalità Istat - HFA (ultimo aggiornamento:31 dicembre 2018) per i confronti Sicilia-Italia.



La distribuzione per numero assoluto delle **grandi categorie** secondo codifica ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le **malattie del sistema circolatorio**, che sostengono insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame.

La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (8,6%) e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,3%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

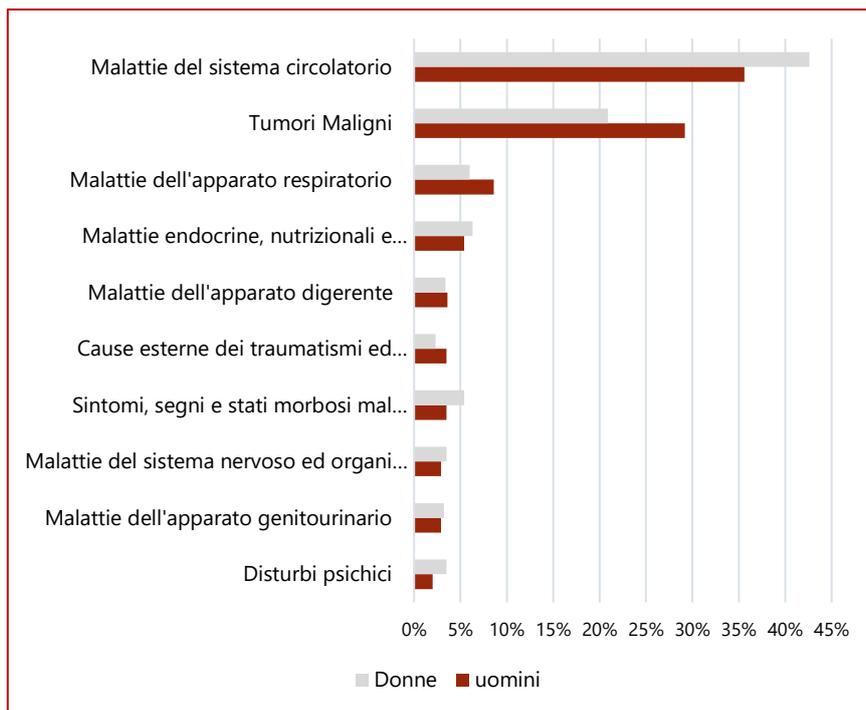


Figura 7. Macro-cause di mortalità distinte per sesso

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle **sottocategorie** in cui le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore.

Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete (5,6%) e il tumore della mammella (3,8%), mentre negli uomini ai tumori dell'apparato respiratorio (7,6%) si aggiungono il diabete (4,8%) e le malattie polmonari cronico ostruttive (4,1%).

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
1	Malattie ischemiche del cuore	2484	9,9	Disturbi circolatori dell'encefalo	3655	13,9
2	Disturbi circolatori dell'encefalo	2449	9,8	Malattie ischemiche del cuore	1973	7,5
3	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	1891	7,6	Diabete mellito	1472	5,6
4	Diabete mellito	1209	4,8	T. M. della mammella	991	3,8
5	Malattie polmonari croniche ostruttive	1038	4,1	T. M. del Colon Retto	747	2,8
6	T. M. del Colon Retto	882	3,5	Insufficienza renale cronica	615	2,3
7	T. M. della prostata	744	3,0	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	603	2,3
8	T. M. del fegato	572	2,3	Malattie polmonari croniche ostruttive	587	2,2
9	Insufficienza renale cronica	544	2,2	T. M. del pancreas	422	1,6
10	T. M. della vescica	464	1,9	Cadute ed altri infortuni	416	1,6
	Totale prime 10 cause	12277	49,0	Totale prime 10 cause	11481	43,7
	Tutte le cause	25046	100	Tutte le cause	26277	100

Figura 8. Mortalità per sottocategorie diagnostiche in Sicilia (prime 10 cause)

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo **spostamento dei cittadini per le cure sanitarie** sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale, così come riportato nei grafici successivi.

Tra gli uomini rilevante è la quota di **mobilità passiva** fuori dalla provincia di residenza, con valori

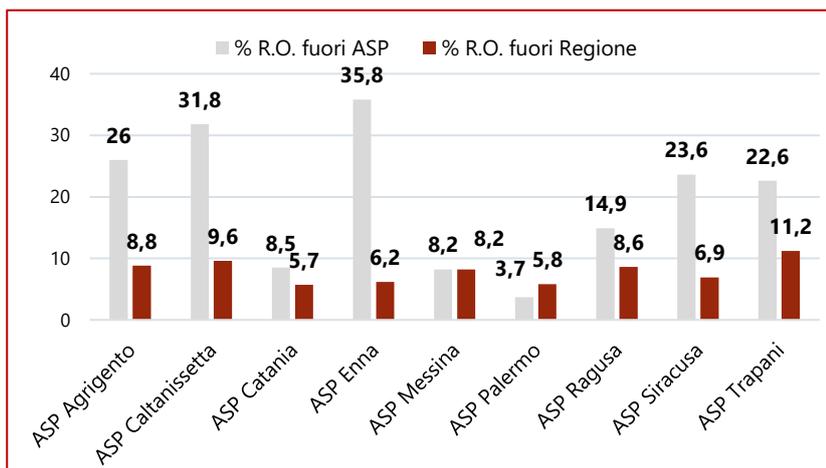


Figura 9. Mobilità infra ed extraregionale (2018-2020). Uomini

superiori alla media regionale (13,9%) osservati nelle province di **Enna** (35,8%) e di **Caltanissetta** (31,8%).

La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di **Trapani** (11,2%) e **Caltanissetta** (9,6%), valori al di sopra del riferimento regionale (7,3%).

Con riferimento alla **popolazione femminile**, rilevante è la quota di

mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza nelle province di **Enna** (32,7%) e di **Caltanissetta** (32,0%), valori superiori al riferimento regionale (12,6%).

La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di **Trapani** (9,2%), **Agrigento** (7,7%) e **Ragusa** (7,0%), valori al di sopra della media regionale (6,0%).

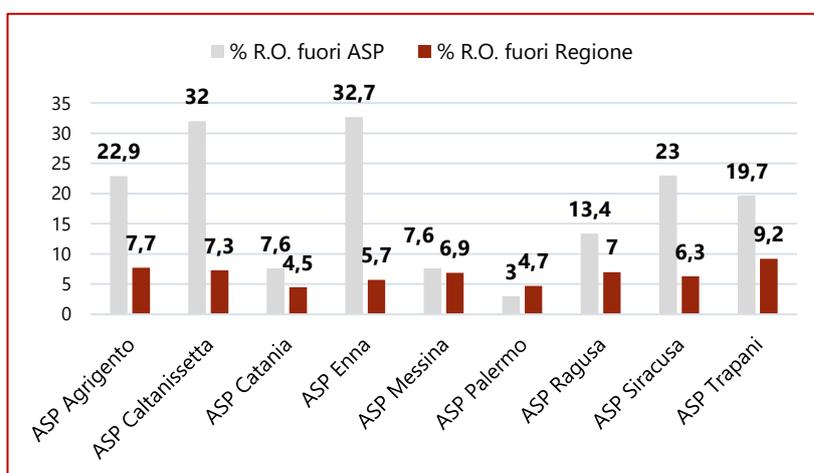


Figura 10. Mobilità infra ed extraregionale (2018-2020). Donne

2.1.2 Strumenti di stratificazione dei bisogni di salute

La possibilità di incrociare dati sanitari e sociali permette di sviluppare **modelli predittivi** che consentono la “stratificazione” della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Tale approccio viene definito **Medicina di Popolazione** ed ha l’obiettivo di garantire l’assistenza all’utenza di riferimento, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura, “stratificando” appunto tutti i cittadini secondo una scala che tiene conto non solo dei dati sanitari ma anche di quelli sociali, in cui al livello più basso c’è un’assenza di condizioni patologiche note ed una buona tenuta dei determinanti sociali e all’opposto vi sono gravi patologie e/o multimorbidità e determinanti sociali deficitari.

La Regione Sicilia, con la propria **Banca Dati Assistibili (BDA)** ha nel tempo sviluppato degli algoritmi di conoscenza del profilo epidemiologico della propria popolazione, “incrociando” dati derivati dai flussi informativi.

La BDA contiene informazioni sulla residenza e sulla posizione in ambito di assistenza sanitaria, derivate dalla Nuova Anagrafe Regionale (NAR), dall’anagrafe SOGEI (Anagrafe tributaria), e dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM), nonché informazioni relative alle prestazioni effettuate, derivate da diverse fonti informative (Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), flusso di prestazioni specialistiche e farmaceutiche, Day Service ecc.).



Il vantaggio di questo strumento consiste, tra l'altro, nella possibilità di **analizzare in modo integrato** diversi flussi informativi in modo da disporre di un quadro più completo dell'assistito, sia in termini di spesa per le diverse **prestazioni sanitarie**, che per quanto attiene all'analisi della prevalenza di **patologie**, derivate attraverso l'utilizzo integrato delle diverse fonti informative.

Un punto critico è costituito dalla necessità di ottenere dati squisitamente sociali per una corretta stratificazione dei pazienti e quindi dal rapporto tra le Aziende sanitarie provinciali e gli enti locali, ai fini di una programmazione regionale e aziendale per gli interventi socio-sanitari.

Il Progetto QSN 2007-2013 obiettivi di servizio "Servizi di cura per gli anziani" ha rafforzato la sinergia tra tutti gli attori coinvolti a livello regionale ai fini della realizzazione del Sistema informativo integrato dei servizi socio-sanitari attraverso l'implementazione e il rafforzamento delle attività del Punto Unico di Accesso (PUA). Relativamente alla presa in carico dei pazienti individuati come soggetti da inserire in gestione integrata secondo piani di cura condivisi, in Sicilia un approccio di "*managed care*" è stato portato avanti con l'istituzione dei **registri dei pazienti cronici**, alimentati dalle segnalazioni dei MMG (schede di "start up", che contenevano anche alcuni campi relativi ad aspetti sociali) e dalle schede di dimissione "facilitata" relative a pazienti con DM e SCC, trasmesse ai Distretti per un'attiva presa in carico; lo sportello dei pazienti cronici; gli ambulatori di gestione integrata MMG/specialisti. Tuttavia, la frequente mancanza di un valido supporto informatico che rendesse fluida l'integrazione tra professionisti e lo scambio di dati; la mancata realizzazione di una reale integrazione della specialistica ospedaliera con quella territoriale; la carenza o l'inefficace distribuzione di personale infermieristico, hanno limitato la completa realizzazione del disegno ben delineato nella normativa regionale.

Per realizzare la stratificazione dei pazienti in base a quanto previsto nel **DL 34/2020** e ripreso nel DM77/2022, si potrà aderire al sistema nazionale²: la stratificazione della popolazione sarà effettuata a livello centrale, giacché il **Ministero della Salute** raccoglie tutti i flussi informativi ed ha l'autorizzazione a trattare tali dati sensibili, superando così le difficoltà legate al rispetto della privacy imposte dall'autorità garante e permettendo di inserire tempestivamente i dati relativi alla mobilità passiva.

D'altra parte, gli algoritmi sviluppati nell'ambito del progetto BDA potranno essere utilizzati dalle aziende sanitarie, titolari del dato sanitario, per una **programmazione locale**, in collaborazione con i comuni per i dati relativi ai determinanti sociali. Questo è stato già sperimentato nell'Azienda provinciale di Palermo

² Il **Ministero della salute**, nell'ambito dei compiti di cui all'articolo 47-ter del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e, in particolare, delle funzioni relative a indirizzi generali e di coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie, nonché di programmazione tecnico sanitaria di rilievo nazionale e indirizzo, coordinamento, monitoraggio dell'attività tecnico sanitaria regionale, **può trattare**, ai sensi dell'articolo 2-sexies, comma 2, lettera v), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, **dati personali, anche relativi alla salute degli assistiti**, raccolti nei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, nonché dati reddituali riferiti all'interessato e al suo nucleo familiare per lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione, secondo le modalità di cui al decreto del Ministro della salute 7 dicembre 2016, n. 262.

Con decreto del Ministro della salute, avente natura regolamentare, da adottarsi previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, **sono individuati i dati personali**, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all'articolo 9 del Regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati.



per i pazienti con scompenso cardiaco.

La stratificazione permetterà una prima selezione dei pazienti. E' evidente che la presa in carico della popolazione non potrà avvenire se non per *step* successivi, identificando inizialmente **categorie prioritarie di soggetti** (ad esempio pazienti con complessità clinica rilevante o con fattori di rischio elevati pur in assenza di patologia conclamata, per i quali un intervento precoce permette di ridurre la possibilità di comparsa di malattia) e poi estendendo la presa in carico alle altre categorie.

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

Figura 11. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Schematicamente il **processo** per la stratificazione della popolazione e la risposta ai bisogni di salute si può descrivere come di seguito:

- stratificazione della popolazione;
- comunicazione e aggiornamento degli elenchi ai MMG/PLS;
- chiamata attiva dei soggetti appartenenti alle categorie prioritarie;
- presa in carico da parte del distretto e stadiazione – per soggetti con patologia - da parte degli specialisti;
- elaborazione del Progetto di Salute, meglio specificato di seguito;
- monitoraggio e follow up attivo gestito dal case manager.

Elemento chiave del percorso è la definizione del **Progetto di Salute (PdS)**, “evoluzione” del Piano di cura previsto nel Piano della Cronicità, che già nella denominazione riflette un approccio olistico alla



salute dei cittadini, effettuata sulla valutazione del livello del bisogno socio-assistenziale individuato dal processo di stratificazione e quindi affinato utilizzando informazioni più dettagliate sulla condizione clinica (*staging*) e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali in coerenza con Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) specifici per patologia o – laddove elaborati - per multimorbidità.

Il Progetto di Salute è composto da vari elementi relativi a controlli clinici, terapie, monitoraggi, accessi a servizi e piano di autocura. È indispensabile che tali Piani siano gestiti in modo “**digitalizzato**” da parte di tutti gli attori coinvolti (sanitari, caregiver e pazienti stessi), ciascuno per la propria parte, con la supervisione del *case manager*, individuato in linea generale nell’Infermiere di famiglia e comunità.

Uno degli aspetti più critici nella **gestione delle cronicità** è la necessità di garantire che gli interventi programmati - e definiti nel Progetto di salute - vengano poi effettivamente realizzati, per consentire un buon controllo dei fattori di rischio, un rallentamento nella progressione della patologia e la riduzione delle complicanze e delle ospedalizzazioni. Per ridurre il fenomeno della “perdita” del paziente è necessario quindi un **approccio proattivo**, realizzato attraverso frequenti contatti, il monitoraggio da remoto, gli alert in caso di scostamento da quanto programmato, una costante opera di empowerment del soggetto e del caregiver, un efficace e attento controllo degli indicatori relativi alle attività effettuate da tutti gli attori del sistema. In linea con la necessità di rimodulare l’offerta al bisogno di salute evidenziato dalla stratificazione della popolazione, la Regione Siciliana ha già sperimentato, nel corso degli ultimi anni, un modello per l’adeguamento dell’offerta di **specialistica ambulatoriale** mediante stima del fabbisogno di prestazioni specialistiche.

Tale valutazione è alquanto complessa: il limite maggiore per una programmazione è la mancanza di standard di riferimento a livello nazionale sui volumi attesi e su appropriati livelli di utilizzo per tutte le branche specialistiche e tutte le prestazioni. Un altro limite è rappresentato dalla difficoltà, allo stato attuale, di quantificare l’*out of pocket*, cioè quella quota di bisogno di prestazioni soddisfatto dal privato non contrattualizzato con il SSR, che non è monitorabile da flussi standardizzati: questo, specificamente per alcune branche (quali ad esempio l’odontoiatria o l’oculistica, in specie per le prestazioni di chirurgia) rappresenta un elemento quantitativamente rilevante. Ulteriore elemento è la difficoltà nel garantire la massima appropriatezza delle prescrizioni e la più corretta attribuzione delle classi di priorità, parzialmente ridotta dalla presenza di percorsi assistenziali regionali condivisi (Diabete, BPCO, etc) e da meccanismi di controllo introdotti negli anni (verifica dell’appropriatezza delle prestazioni radiologiche da parte dello specialista o sistema dei RAO- Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica).

Come già sopra riportato, non da ultimo va considerato il vincolo definito dell’art. 15, comma 4, del decreto-legge n. 95/2012, convertito con modifiche con legge n. 135/2012³, relativo al meccanismo di attribuzione del budget per le prestazioni di specialistica da privato, che ha condizionato negli ultimi anni la composizione dell’offerta nel territorio regionale.

3 «A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell’esercizio 2012, ai sensi dell’art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell’importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l’anno 2011, dello 0,5 per cento per l’anno 2012, dell’1 per cento per l’anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall’anno 2014»



La conseguenza di questa complessità e la carenza di regole omogenee di **programmazione**, hanno fatto sì che in ogni contesto provinciale, nel tempo e sulla base della *vision* aziendale, si siano consolidati quadri di offerta differenziati sia in termini assoluti di prestazioni, sia in termini di differenziazione dell'offerta tra pubblico e privato, *setting* territoriale e ospedaliero, aree urbane e periferiche.

È quindi necessario un approfondimento *per ciascuna branca* che tenga conto di un ampio numero di fattori, al fine di pervenire alla definizione di strategie che, pur senza stravolgere l'attuale quadro di offerta, permettano di rispondere in modo più equo ed appropriato alle necessità dei cittadini.

Il modello sopra citato per la stima del fabbisogno di prestazioni, già applicato sperimentalmente in Sicilia per alcune **branche** (odontoiatria, oculistica, fisiochinesiterapia), si basa sull'analisi congiunta di una molteplicità di fattori. In prima istanza, è effettuata un'analisi dei **dati storici** relativi all'attività specialistica ambulatoriale (pubblica e convenzionata esterna) riferiti ad un arco temporale almeno triennale. L'esame dei **flussi informativi regionali** consente la definizione di alcuni indicatori rappresentativi dell'offerta sanitaria esistente (es. distribuzione offerta tra province, tempi di attesa, mobilità intra-regionale) che vanno messi in relazione con specifiche **variabili demografiche** e con alcuni **fattori epidemiologici** propri di ciascuna branca (es. patologie croniche).

La sintesi delle diverse dimensioni di analisi abilita la predisposizione di scenari alternativi secondo assunzioni metodologiche diverse per l'individuazione prospettica del fabbisogno di specialistica ambulatoriale per singola branca specialistica e/o leva strategica di intervento regionale. Sono altresì considerate le disposizioni normative e regolamentari di settore (es. LEA) e alcune esperienze regionali in materia (es. Veneto, Abruzzo, Lombardia).

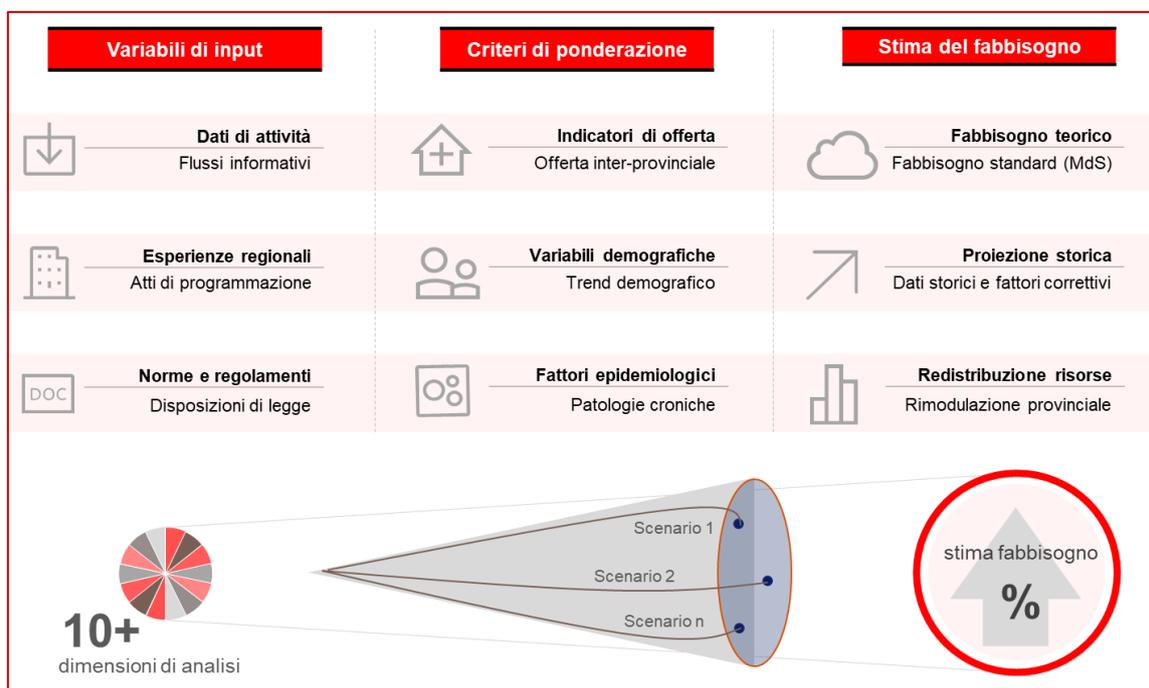


Figura 12. Modello per la stima del fabbisogno di prestazioni

La stima del fabbisogno – come già sottolineato – è condizione essenziale per una **riprogrammazione dell'offerta** e, per quel che concerne il privato accreditato e contrattualizzato, per una **rimodulazione del budget** tra le branche e tra le province, fermo restando il vincolo del tetto di risorse da assegnare complessivamente alle prestazioni da privato determinate dalla L.95/2012.

Per molti anni l'attribuzione del budget è stata calcolata sul criterio della "storicità", assegnando cioè alle



Aziende sanitarie provinciali l'aggregato dell'anno precedente, che veniva poi utilizzato per la contrattualizzazione delle strutture, cui veniva sostanzialmente assegnato il medesimo budget dell'anno precedente e questo in modo relativamente indipendente dai fabbisogni e anche dai consumi.

Recenti determinazioni della giustizia amministrativa, in particolare la sentenza del T.A.R. Sicilia n. 2967 del 22 dicembre 2020, emessa in accoglimento del ricorso promosso dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato “[...] *il parametro del costo storico deve essere dismesso in sede programmatoria, in favore di altri criteri, necessariamente articolati e molteplici, che consentano di tenere conto della quantità e qualità delle prestazioni offerte nonché delle dotazioni, materiali ed organizzative, delle strutture sanitarie, con particolare riferimento alla tutela della posizione degli operatori nuovi entranti, nonché al soddisfacimento dei nuovi bisogni di cura [...]*”, hanno di fatto indirizzato la Regione a modificare radicalmente la modalità di attribuzione del budget alle strutture private accreditate e contrattualizzate.

Così, a partire dalla determinazione degli **aggregati di spesa del 2022 e 2023** (D.A. 366/2022 e successivi) si sono introdotti nuovi criteri legati fondamentalmente alla **stima del fabbisogno** attraverso l'analisi dei consumi da privato per singolo distretto, nonché ad altri elementi legati alla dotazione tecnologica o di personale delle strutture eroganti le prestazioni.

2.2 Organizzazione attuale della rete

2.2.1 Distretto sanitario

Il Distretto è un'**articolazione organizzativo-funzionale** dell'Azienda sanitaria territoriale (in Sicilia denominata Azienda Sanitaria Provinciale - ASP). Come previsto dalla normativa nazionale vigente (Decreto legislativo 229/1999 a modifica del 502/1992), l'articolazione in distretti delle Aziende Sanitarie territoriali è disciplinata da legge regionale, garantendo una **popolazione minima** di almeno sessantamila abitanti salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

In **Sicilia**, per ragioni principalmente legate agli aspetti oro-geografici, vi è un gran numero di **Distretti sanitari** con meno di 60.000 abitanti, e meno di un quarto dei distretti ha più di 100.000 abitanti indicati nel DM 77, con alcune inevitabili ripercussioni sull'efficienza del sistema. Nello specifico:

- n. **12** su 55 distretti (22%) hanno più di 100.000 abitanti (previsti dal DM 77/22);
- n. **31** su 55 distretti (56%) hanno più di 60.000 abitanti (previsti dal D. Lgs. 229/99).

Nella tabella di seguito viene fornito un dettaglio dei distretti e della popolazione residente al 2021.

PROVINCIA	DISTRETTO	POPOLAZIONE
Agrigento	Agrigento	141.117
	Bivona	16.699
	Canicatti	80.375
	Casteltermini	21.468
	Licata	57.047
	Ribera	30.945
	Sciacca	69.481
Caltanissetta	Caltanissetta	88.749
	Gela	113.720
	Mussomeli	20.056
	San Cataldo	33.406



PROVINCIA	DISTRETTO	POPOLAZIONE
Catania	Acireale	135.826
	Adrano	64.516
	Bronte	36.449
	Caltagirone	77.011
	Catania	357.779
	Giarre	83.905
	Gravina di Catania	182.170
	Palagonia	57.375
	Paternò	77.603
Enna	Agira	35.468
	Enna	52.275
	Nicosia	31.057
	Piazza Armerina	44.252
Messina	Barcellona P.G.	68.091
	Lipari	15.020
	Messina	266.320
	Milazzo	73.186
	Mistretta	15.676
	Patti	45.569
	Sant'Agata Di Militello	71.294
	Taormina	55.840
Palermo	Bagheria	96.924
	Carini	85.414
	Cefalù	44.180
	Corleone	23.820
	Lercara Friddi	27.696
	Misilmeri	54.922
	Palermo	739.608
	Partinico	72.072
	Petralia Sottana	24.396
	Termini Imerese	60.312
	Ragusa	Modica
Ragusa		95.882
Vittoria		103.931
Siracusa	Augusta	48.010
	Lentini	51.394
	Noto	100.674
	Siracusa	189.266
Trapani	Alcamo	66.118
	Castelvetrano	60.040
	Marsala	88.785
	Mazara del Vallo	66.350
	Pantelleria	7.496
	Trapani	132.467
TOTALE		4.875.290

Tabella 6. Elenco dei distretti sanitari della Regione e popolazione residente



La Legge regionale 5/2009 (art. 12, c. 3) ha previsto che il distretto “*deve coincidere con l’ambito territoriale dell’intero comune o di quelli di più comuni con divieto di frammentazione territoriale. Nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina sono istituiti uno o più distretti sanitari, fatte salve eventuali difformi previsioni da definirsi in sede di Piano sanitario regionale*”. Tuttavia, nelle aree metropolitane, in coerenza con il Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 “Linee guida per l’attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana” è stato mantenuto un **unico distretto socio-sanitario** “per semplificare i processi di coordinamento e integrazione” ma sono stati istituiti più **Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)** per garantire la sufficiente, flessibile ed efficiente organizzazione dei servizi.

Nella sua attuale concezione, ciascun distretto della Regione ha un ruolo strategico di **gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari**, nonché centro di riferimento per l’accesso ai servizi erogati sul territorio. Il distretto è dunque, l’articolazione territoriale dell’Azienda Sanitaria Provinciale e rappresenta un vero riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi, avendo il fondamentale ruolo di facilitatore dell’**integrazione sanitaria e socio-sanitaria** e di coordinatore dei servizi, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Il Distretto, con risorse specificamente attribuite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, ha funzioni di:

- committenza, intesa come responsabilità di governare la domanda mediante un’attenta programmazione;
- erogazione diretta o indiretta di servizi sanitari e sociosanitari, mediante valutazione dei servizi da erogare in base ai bisogni di salute;
- monitoraggio dei servizi a garanzia della qualità degli stessi.

Il distretto non è quindi solo il luogo di produzione di servizi, ma anche luogo di **supporto alla programmazione aziendale**, che avviene sulla base dell’analisi dei bisogni della popolazione e delle risorse disponibili.



Figura 13. Ruolo del distretto sanitario

Il **quadro epidemiologico emergente**, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative, impone una **rimodulazione della rete dei servizi territoriali** attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria, attuando logiche di intervento preventive, precoci e di presa in carico globale dell’assistito. L’emergenza epidemiologica da Covid-19 ha confermato e reso più evidenti le criticità strutturali del Sistema sanitario e per evitare che la situazione si aggravi alla luce dell’accresciuta domanda di cure, si deve far fronte attraverso il potenziamento delle strutture e dei servizi territoriali.

2.2.2 Modelli organizzativi

La **rete di assistenza sanitaria** della Regione Siciliana vede sul territorio la presenza di 9 aziende sanitarie provinciali e 9 aziende ospedaliere, con riferimento alle quali si propone una vista di sintesi delle strutture ospedaliere e ambulatoriali territoriali eroganti prestazioni nel territorio regionale, oltre che degli



erogatori privati che erogano prestazioni ambulatoriali in regime di convenzione con il SSN⁴.

Provincia	Distretti sanitari	STRUTTURE			
		Presidi Ospedalieri	Ambulatori territoriali	Aziende Ospedaliere	Privati convenzionati
Agrigento	7	4	14	-	188
Caltanissetta	4	6	9	-	44
Catania	9	7	14	3	188
Enna	4	4	14	-	27
Messina	8	7	11	3	135
Palermo	11	7	33	3	296
Ragusa	3	5	13	-	35
Siracusa	4	7	11	-	102
Trapani	5	7	11	-	95
TOTALE	55	54	119	9	1.110

Tabella 7. Quadro di sintesi strutture di erogazione

Per dare una visione del quadro generale della rete di offerta erogata alle strutture pubbliche e private afferenti al SSN si presenta a seguire una interpretazione grafica della distribuzione, per provincia e distretto sanitario, delle strutture presenti nel territorio della regione Sicilia.

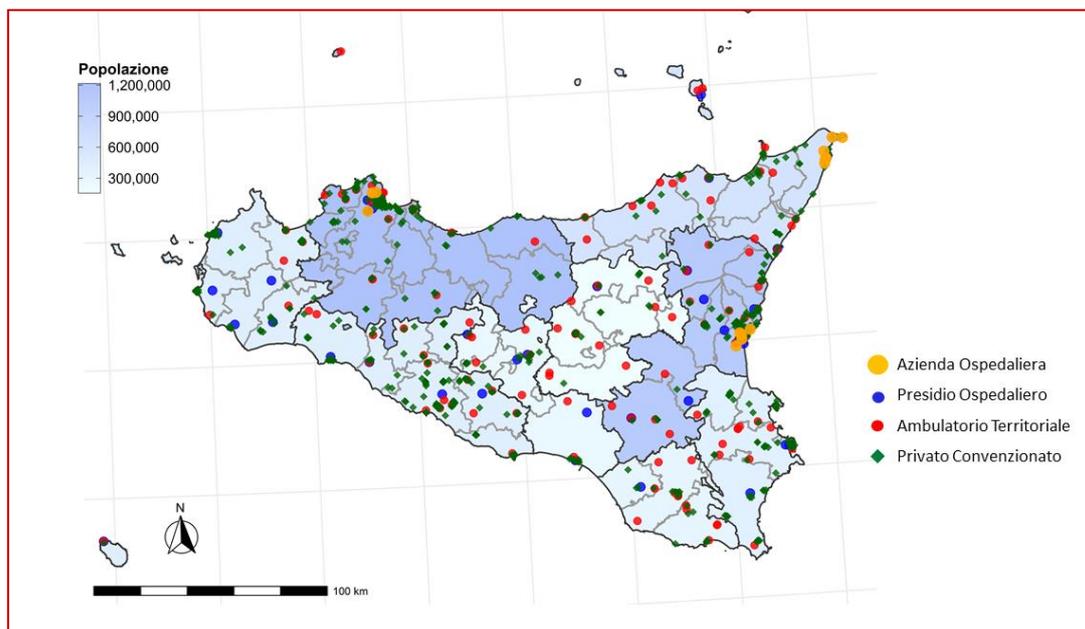


Figura 14. Distribuzione territoriale delle strutture di erogazione

L'analisi del ventaglio di offerta e di consumo tra le diverse branche specialistiche mostra notevoli disomogeneità sul territorio con conseguenti difficoltà nella definizione di uno standard di fabbisogno

⁴ Fonte: Modello di rilevazione statistica NSIS STS.11 alla data del 31 dicembre 2020.



unico e trasversale per le diverse branche. La disomogeneità dell'offerta è frutto di una incompleta analisi del fabbisogno ed impone una rimodulazione della programmazione. Per quel che riguarda le strutture private e contrattualizzate, ha pesato anche il tetto invalicabile imposto dalla normativa per l'acquisto di prestazioni da privato.

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 **Presidi 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/protette).

Con D.A. 23 febbraio 2015 è stato approvato un documento di indirizzo per la attivazione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** e delle **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, previste dal 13 settembre 2012, n. 158 (cd. Decreto Balduzzi), convertito in L.8 novembre 2012, n. 189.

Ciononostante, il percorso di realizzazione delle AFT e delle UCCP in Regione, al di là di atti formali, è ancora in fase iniziale, sebbene siano state 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 e distretto).

Il maggiore ostacolo è consistito quasi uniformemente nella difficoltà di coinvolgere i **Medici di assistenza primaria**, anche per la mancata definizione, fino al maggio del 2022, dei nuovi accordi collettivi nazionali per la Medicina Generale, che avrebbero dovuto meglio ridefinire il nuovo ruolo (e rinegoziarne la parte economica) di tali professionisti all'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 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.

Molti dei principali servizi previsti nelle nuove strutture territoriali introdotte dal DM 77/22 (es. Case della Comunità) risultano già attivati nei PTA istituiti in Regione in ottemperanza della Legge 5/2009 e del DA 723/2010: i Punti unici di accesso (PUA), gli ambulatori infermieristici, i servizi di specialistica ambulatoriale, i punti prelievo ed in particolare gli innovativi – per il 2010 - "Punti di Primo Intervento" (PPI)5 - ove operano Medici di continuità assistenziale e che garantiscono un servizio medico H12 diurno in integrazione con i servizi di Continuità assistenziale per le piccole e medie urgenze, per non affollare le aree di emergenza - costituiscono gli "elementi standard" imprescindibili dei PTA. Come si dirà più



avanti degli speciali PPI⁶ sono stati attivati in funzione di “Ambulatori per Codici Bianchi (ACB) a supporto delle aree di emergenza dei principali presidi ospedalieri della Regione.

Di seguito si propone una rappresentazione tabellare e grafica dei **PTA attivati in Sicilia**.

Azienda	N. PTA	Comune	Azienda	N. PTA	Comune
ASP Agrigento	8	Agrigento	ASP Messina	6	Lipari
		Favara			Messina
		Bivona			Milazzo
		Canicattì			Barcellona Pozzo di Gotto
		Casteltermeni			Mistretta
		Palma di Montechiaro			Sant'Agata di Militello
		Ribera			Petralia Sottana
		Sciacca			Palazzo Adriano
ASP Caltanissetta	6	Caltanissetta	ASP Palermo	7	Corleone
		Gela			Palermo Albanese
		Mazzarino			Palermo Biondo
		Niscemi			Palermo Centro
		Mussomeli			Palermo Guadagna
		San Cataldo			Comiso
ASP Catania	9	Adrano	ASP Ragusa	3	Ragusa
		Vizzini			Scicli
		Acireale			Noto
		Bronte	ASP Siracusa	6	Pachino
		Catania S. Giorgio			Augusta
		Catania Fleming			Siracusa
		Giarre			Palazzolo Acreide
		Paternò			Lentini
		Gravina di Catania			Trapani
ASP Enna	4	Enna	ASP Trapani	4	Pantelleria
		Leonforte			Salemi
		Nicosia			Alcamo
		Piazza Armerina			
TOTALE				53	

Tabella 8. Rete dei PTA attivati in Sicilia

⁶ La definizione di “Punti di primo intervento” per questi presidi di continuità assistenziale diurna (con medici di continuità assistenziale), adottata dalla Regione, può generare una certa confusione a livello nazionale dove la stessa denominazione è stata adottata per i presidi della rete di emergenza che in Sicilia prendono il nome di Presidi Territoriali di Emergenza (PTE) (con Medici di emergenza sanitaria territoriale) per la stabilizzazione e il trasporto dei pazienti critici.

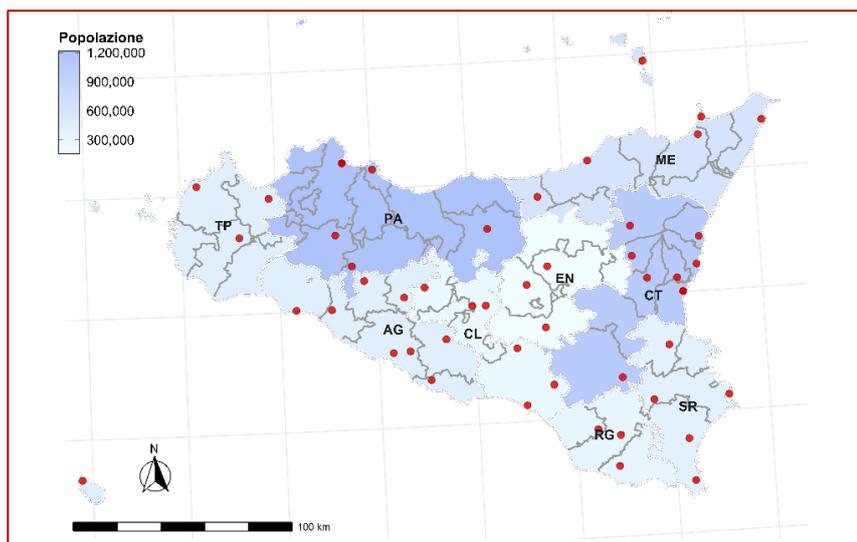


Figura 15. Distribuzione territoriale dei PTA attivati in Sicilia

Anche se le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) non si sono attivate in Regione e i MMG o i PLS hanno mantenuto fino ad ora una propria notevole autonomia all'interno dei servizi distrettuali, un'integrazione tra MMG e Specialisti all'interno del Distretto è rappresentata dagli **Ambulatori di Gestione Integrata (AGI)**, previsti negli accordi integrativi di medicina generale 2010 e di specialistica ambulatoriale del 2012, ove i Medici di assistenza primaria e gli specialisti cooperano su soggetti con patologie "target" (diabete e scompenso cardiaco) e che hanno dimostrato un notevole valore sia per una riqualificazione della gestione di tali patologie da parte dei Medici di assistenza primaria, sia per un approccio meno settoriale del Medico specialista a pazienti complessi.

Infine, si rappresenta che in Sicilia risultano attivi complessivamente oltre 400 presidi **continuità assistenziale (CA)** e **Guardia medica turistica**. La rete di presidi di CA è stata a lungo oggetto di provvedimenti di riorganizzazione, difatti il Piano di rientro sottoscritto in data 31 luglio 2007 dai Ministri dell'economia e della salute e dal Presidente della Regione siciliana, nella parte riguardante la razionalizzazione ed ottimizzazione del servizio di continuità assistenziale - obiettivo operativo B.4.4 - ha previsto, in una prima fase, la chiusura di n. 43 presidi su tutto il territorio regionale.

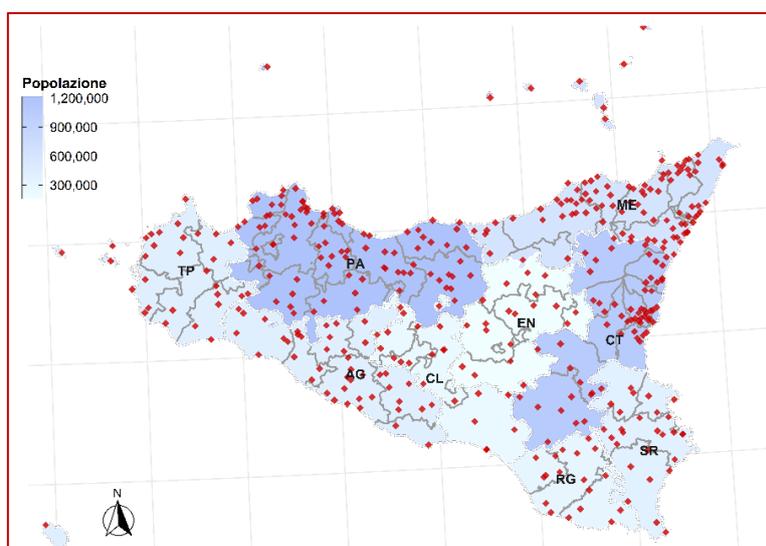


Figura 16. Rappresentazione territoriale della Continuità assistenziale in Sicilia



Come detto sopra, in Regione l'**assistenza sanitaria specialistica territoriale** (cioè a pazienti non ricoverati) è erogata dalle Aziende sanitarie pubbliche (nove Aziende Sanitarie provinciali, tre Aziende Ospedaliere, due ARNAS, tre Policlinici), IRCCS, Ospedali classificati, Fondazioni, nonché dalle oltre 1.000 strutture private, di ricovero e territoriali.

Nel **2019** (anno di riferimento in quanto precedente alla pandemia), l'assistenza specialistica ambulatoriale - a livello regionale ma con differenze evidenti tra le diverse province - è stata erogata per poco più del 40% dalle **strutture pubbliche** (flusso "C") e per poco meno del 60% dal **privato accreditato e contrattualizzato** con le Aziende Sanitarie provinciali (flusso "M").

Struttura di erogazione	Flusso C	Flusso M	TOTALE
San Raffaele	5.969.675	-	5.969.675
Buccheri La Ferla	6.966.461	-	6.966.461
ASP Agrigento	13.793.571	46.047.881	59.841.452
ASP Caltanissetta	17.093.905	13.080.862	30.174.767
ASP Catania	26.685.184	102.183.642	128.868.826
ASP Enna	9.319.191	7.903.003	17.249.194
ASP Messina	28.848.142	50.217.045	79.065.187
ASP Palermo	15.255.799	145.328.251	160.584.050
ASP Ragusa	15.541.203	20.561.634	36.102.837
ASP Siracusa	21.142.403	36.738.139	57.880.542
ASP Trapani	23.516.195	42.545.889	66.062.084
Azienda Ospedaliera Cannizzaro	17.448.400	-	17.448.400
A.R.N.A.S. Garibaldi	19.836.481	-	19.836.481
AOUP di Catania	18.092.169	-	18.092.169
Azienda Ospedaliera Papardo	10.352.008	-	10.352.008
AOUP di Messina	16.086.311	-	16.086.311
Azienda Ospedaliera Villa Sofia-Cervello	22.780.694	-	22.780.694
A.R.N.A.S. Civico	16.829.169	-	16.829.169
AOUP di Palermo	13.226.063	-	13.226.063
ISMETT	3.587.906	-	3.587.906
Centro Neurolesi	4.364.056	-	4.364.056
IOR Rizzoli	158.900	-	158.900
TOTALE	326.893.885	464.633.347	791.527.232

Tabella 9. Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate - anno 2019

Al di là del valore assoluto delle prestazioni erogate e della relativa valorizzazione economica, l'analisi dei dati dell'anno 2019, evidenzia che il **consumo pro capite** nelle diverse province è assai disomogeneo, così come la composizione pubblico-privato dell'offerta.

Azienda di residenza	Flusso M (€)	Flusso C (€)	Flusso C + M (€)	% privato
ASP Agrigento	116,09	46,47	162,57	71,41%
ASP Caltanissetta	68,00	82,08	150,08	45,31%
ASP Catania	98,46	80,52	178,97	55,01%
ASP Enna	56,87	78,88	135,75	41,89%
ASP Messina	86,10	100,70	186,80	46,09%
ASP Palermo	122,91	67,75	190,65	64,47%



Azienda di residenza	Flusso M (€)	Flusso C (€)	Flusso C + M (€)	% privato
ASP Ragusa	70,60	64,07	134,67	52,42%
ASP Siracusa	106,18	70,08	176,26	60,24%
ASP Trapani	100,61	64,44	165,05	60,96%
TOTALE	101,80	74,87	176,67	57,62%

Tabella 10. Consumo pro capite di specialistica ambulatoriale - anno 2019

Relativamente alle **branche specialistiche**, l'impegno maggiore in termini economici è rappresentato dalla nefrologia e dialisi, dalla medicina di laboratorio e dalla diagnostica per immagini. La voce "altro" si riferisce per la quasi totalità dei casi alle prestazioni eseguite nelle aree di emergenza delle strutture pubbliche.

Branca	Flusso C	Flusso M	TOTALE
01-Anestesia	1.594.717	-	1.594.717
02-Cardiologia	14.288.533	23.085.867	37.374.400
03-Chirurgia generale	2.703.588	74.039	2.777.627
04-Chirurgia plastica	494.319	34.996	529.315
05-Chirurgia vascolare-Angiolare	4.708.679	89.500	4.798.179
06-Dermosifilopatia	2.605.434	1.752.712	4.358.146
07-Medicina nucleare	18.224.370	17.202.909	35.427.279
08-Radiologia diagnostica	51.957.840	64.425.269	116.383.109
09-Endocrinologia	2.812.908	380.739	3.193.647
10-Gastroenterologia	7.209.637	703.949	7.913.586
11-Laboratorio analisti chimico cliniche	46.029.291	104.365.127	150.394.418
12-Medicina fisica e riabilitazione	8.915.099	68.811.976	77.727.075
13-Nefrologia	36.038.059	121.010.737	157.048.796
14-Neurochirurgia	499.486	-	499.486
15-Neurologia	5.119.947	2.608.973	7.728.920
16-Oculistica	7.154.210	6.617.548	13.771.758
17-Odontostomatologia	1.787.798	22.699.901	24.487.699
18-Oncologia	4.348.454	93.160	4.441.614
19-Ortopedia e traumatologia	5.095.063	1.517.937	6.613.000
20-Ostetricia e ginecologia	5.951.579	870.694	6.822.273
21-Otorinolaringoiatra	4.481.085	1.377.864	5.858.949
22-Pneumologia	4.080.535	180.900	4.261.435
23-Psichiatria	483.371	10.403	493.774
24-Radioterapia	23.309.473	255.341.05	48.843.578
25-Urologia	2.972.089	48.481	3.020.570
26-Altro	58.030.714	831.888	58.862.602
27-Allergologia	387.452	21.448	408.900
28-Diabetologia	3.820.422	77.223	3.897.645
29-Medicina dello sport	729.859	-	729.859
30-Reumatologia	1.059.871	205.002	1.264.873
TOTALE	326.893.885	464.633.347	791.527.232

Tabella 11. Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per branca - anno 2019



I dati mostrano che il ruolo della **specialistica ambulatoriale** nel complesso ambito della medicina territoriale è di cruciale rilevanza per la Regione Siciliana. Oltre a costituire routinariamente un riferimento per la medicina generale nella individuazione di diagnosi e terapie per specifici casi, gli obiettivi prioritari per la specialistica, ben delineati dall'ACN, sono costituiti:

- dalla realizzazione di quanto previsto nel Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.), attraverso l'attiva partecipazione degli specialisti ambulatoriali e psicologi alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche;
- dalla partecipazione al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) 2017-2019 con l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni;
- dalla riduzione all'accesso improprio al pronto soccorso, attraverso l'integrazione nelle reti territoriali dei medici specialisti ambulatoriali interni, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità;
- da un miglior governo delle liste d'attesa e dell'appropriatezza, con la partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni;
- dalla partecipazione alla Prevenzione e Controllo della Resistenza Antimicrobica (PNCAR), attraverso il miglioramento e rafforzamento del sistema di sorveglianza, di trasmissione dei dati tra i sistemi informativi coinvolti, di incremento dell'efficacia dei controlli in termini di farmacovigilanza nonché per l'attuazione delle azioni previste nel PNCAR ed il conseguimento dei risultati attesi.

Allo stesso tempo, il ruolo della specialistica erogata da **strutture private accreditate** deve essere potenziato. Nella Regione Siciliana, come si evince dai dati sopra riportati, le prestazioni da privato sono quantitativamente superiori a quelle erogate dal pubblico ma la funzione di committenza da parte del sistema pubblico su questa rilevante risorsa è stata modesta.

Pertanto, è necessario coinvolgere maggiormente la **specialistica ambulatoriale esterna** (privata accreditata e contrattualizzata) nella realizzazione degli obiettivi di salute territoriale. Un commitment del privato delle Aziende non può realizzarsi se non attraverso la condivisione di obiettivi e percorsi, che prevedono tra l'altro:

- la stima del fabbisogno di prestazioni specialistiche erogate da strutture pubbliche e private
- l'inserimento a CUP di tutte le agende e la definizione, nei contratti con essi siglati, delle prestazioni che per tipologia e per tempi di attesa necessitano alle Aziende per i propri assistiti;
- realizzazione degli Accordi integrativi regionali di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale interna coerenti con gli obiettivi del PNRR e il DM 77;
- la revisione dei criteri per l'assegnazione del budget alle strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche;
- l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico da parte di tutte le strutture eroganti prestazioni sanitarie.



2.2.3 Personale SSR

Si rappresenta di seguito una vista di sintesi del personale della Regione Siciliana che opera nei distretti sanitari. In atto i **Medici di Medicina Generale (MMG)** in Sicilia sono circa 4.200 e comportano una spesa complessiva annua di circa 365 milioni di euro. L'adesione agli istituti qualificanti quali associazionismo, collaboratore di studio o infermiere risente del tetto previsto nel precedente ACN, innalzato in sede di contrattazione negli AIR, ma non concesso a tutti i MMG. Appena l'1,2% dei medici accede al contributo per l'infermiere.

Si riporta nella tabella a seguire la distribuzione dei **MMG per provincia** e la correlazione con gli **assistiti** serviti nel territorio.

ASP	N. MMG	N. Assistiti	Media assistiti	% Ass. di gruppo	% Ass. in rete	% Ass. Semplice	% Coll. Studio
ASP Agrigento	362	359.710	994	7,46%	34,81%	8,29%	31,77%
ASP Caltanissetta	217	219.540	1.012	24,88%	39,17%	6,45%	40,09%
ASP Catania	908	942.542	1.038	10,24%	28,41%	7,27%	26,32%
ASP Enna	140	138.474	989	5,71%	34,29%	4,29%	35,71%
ASP Messina	576	514.196	893	14,06%	35,59%	1,04%	30,56%
ASP Palermo	1.029	1.080.018	1.050	6,03%	30,22%	2,62%	26,43%
ASP Ragusa	262	263.484	1.006	3,44%	17,56%	11,45%	25,95%
ASP Siracusa	328	340.182	1.037	12,50%	35,37%	4,88%	32,32%
ASP Trapani	374	364.961	976	12,83%	30,75%	3,74%	39,04%
TOTALE	4.196	4.223.107	1.006	10%	31,22%	4,98%	30,00%

Tabella 12. Distribuzione dei Medici di Medicina Generale per provincia

I MMG hanno partecipato, a seguito della sottoscrizione dell'AIR del 2010 ed in coerenza con il Piano sanitario regionale, alla gestione del **paziente cronico**, attraverso la trasmissione al Distretto dei dati relativi a soggetti con Diabete Mellito e con scompenso cardiaco, per l'alimentazione del registro distrettuale dei pazienti cronici e la loro presa in carico. Inoltre, la sperimentazione degli ambulatori di gestione integrata per questi due target di pazienti, come sopra già riportato, ha costituito una esperienza affatto peculiare di integrazione MMG-specialista, sebbene di limitata portata.

Le criticità maggiori sono state di fatto rappresentate dalla mancanza di reti informativo-informatica aziendali a fronte di un tasso di informatizzazione dell'assistenza primaria pari quasi al 100%, nonché ad una mancata integrazione tra i sistemi del territorio e degli ospedali. Inoltre, l'organizzazione per case management pur delineata non si è sviluppata per la mancanza di figure professionali nel territorio, ben individuate dal DL 34/2020 e dal DM 77/2022 negli infermieri di famiglia e di comunità (IFC).

Per quanto riguarda i **Pediatri di Libera Scelta (PLS)**, risultano attivi in Sicilia circa **650 PLS** per una spesa complessiva annua di circa 90 milioni di euro.

Il grado di associazionismo di gruppo è modestissimo (1,5%), così come la percentuale dei pediatri con collaboratore infermieristico (0,5%). Anche i Pediatri di libera scelta (PLS), ai sensi dell'ACN del 2022, devono partecipare alle AFT e UCCP quale condizione necessaria per l'accesso e il mantenimento della convenzione, svolgendo la propria attività in coerenza con la programmazione regionale e aziendale, sia nei propri studi che nelle Case della Comunità del territorio, favorendo la condivisione, tra i pediatri, dei percorsi assistenziali per la gestione delle patologie acute e croniche.

Si riporta nella tabella a seguire la distribuzione dei **PLS per provincia** e la correlazione con gli **assistiti** serviti nel territorio.



ASP	N. PLS	N. assistiti	Media assistiti per PLS	Associazionismo semplice	Collaboratore di studio
ASP Agrigento	47	37.898	806	59,57%	39,06%
ASP Caltanissetta	29	23.608	814	72,41%	31,91%
ASP Catania	144	114.098	792	61,81%	62,07%
ASP Enna	22	13.948	634	36,36%	36,81%
ASP Messina	93	56.718	610	56,99%	36,36%
ASP Palermo	168	135.258	805	67,26%	30,11%
ASP Ragusa	34	31.907	938	64,71%	41,67%
ASP Siracusa	52	38.691	744	80,77%	44,12%
ASP Trapani	51	39.180	768	80,39%	38,46%
TOTALE	640	491.306	768	65,16%	45,10%

Tabella 13. Distribuzione dei Pediatri di Libera Scelta per provincia

Infine, si riporta di seguito un quadro di sintesi relativo ad altro **personale convenzionato del SSR**, categoria tra cui rientrano le seguenti tipologie di personale: medico della continuità assistenziale, medico dell'emergenza sanitaria territoriale, medico della medicina dei servizi territoriali, medico specialista ambulatoriale interno, medico veterinario e altre professionalità sanitarie ambulatoriali.

I **Medici di Continuità Assistenziale (MCA)** garantiscono il servizio di Continuità Assistenziale, ovvero l'assistenza medica di base gratuita a tutte le persone, anche in età pediatrica, residenti nella regione, per condizioni di salute che rivestono carattere di non differibilità. I MCA sono, pertanto, responsabili di una copertura assistenziale nell'ambito del sistema dell'emergenza-urgenza e quindi strettamente legati ad un concetto assistenziale di guardia medica.

A livello territoriale si registra un elevato grado di copertura, sia per quanto riguarda la densità dei punti di continuità assistenziale mostrati precedentemente, sia per quanto concerne il numero dei medici attivi al 31 dicembre 2021, riportati nella tabella di seguito.

Azienda	Titolari tempo indeterminato	Titolari tempo determinato	Sostituti	Totale
ASP Agrigento	110	226	30	366
ASP Caltanissetta	70	1	127	198
ASP Catania	236	-	749	985
ASP Enna	16	1	130	147
ASP Messina	395	-	659	1.054
ASP Palermo	353	-	1.071	1.424
ASP Ragusa	74	96	11	181
ASP Siracusa	85	-	224	309
ASP Trapani	128	7	344	479
TOTALE	1.467	331	3.345	5.143

Tabella 14. MCA attivi in Sicilia – anno 2021

I **Medici di Emergenza Territoriale (MET)**, invece, garantiscono interventi di assistenza e di soccorso avanzato, attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, trasferimenti di assistiti a bordo e attività nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza.

In Sicilia risultano attivi 584 MET alla data del 31 dicembre 2021, distribuiti nelle nove province della Regione secondo la tabella di seguito.



Azienda	Titolari tempo indeterminato	Titolari tempo determinato	Sostituti	Totale
ASP Agrigento	16	13	-	29
ASP Caltanissetta	19	1	9	29
ASP Catania	116	-	27	143
ASP Enna	3	-	-	3
ASP Messina	132	-	12	144
ASP Palermo	110	-	39	149
ASP Ragusa	22	5	-	27
ASP Siracusa	31	-	-	31
ASP Trapani	24	-	5	29
TOTALE	473	19	92	584

Tabella 15. MET attivi in Sicilia – anno 2021

I medici **Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)** garantiscono la cura delle patologie di interesse specialistico, operando in sede ambulatoriale presso gli ambulatori, i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, in assistenza nelle residenze protette, in assistenza domiciliare integrata e negli ambulatori dei MMG e PLS. I SAI attivi in Sicilia risultano pari a 1.220, con una distribuzione diversificata tra le nove province, come mostrato nella tabella di seguito.

Azienda	Titolari tempo indeterminato	Titolari tempo determinato	Sostituti	Totale
ASP Agrigento	85	13	2	100
ASP Caltanissetta	76	2	15	93
ASP Catania	185	2	70	257
ASP Enna	20	-	13	33
ASP Messina	103	1	84	188
ASP Palermo	208	7	56	271
ASP Ragusa	43	1	13	57
ASP Siracusa	77	-	29	106
ASP Trapani	97	6	12	115
TOTALE	894	32	294	1.220

Tabella 16. SAI attivi in Sicilia – anno 2021

Infine, si fornisce un quadro di sintesi delle altre categorie di personale convenzionato che operano nel territorio: i medici della Medicina dei Servizi, i Veterinari e altre professionalità ambulatoriali (Chimici, Biologi, Psicologi), che risultano in numero più esiguo rispetto alle figure precedentemente rappresentate.

Azienda	Medici dei Servizi	Veterinari	Chimici	Biologi	Psicologi
ASP Agrigento	8	43	-	-	1
ASP Caltanissetta	5	16	2	3	11
ASP Catania	16	49	4	4	9
ASP Enna	-	-	1	5	1
ASP Messina	15	54	-	-	1
ASP Palermo	13	52	3	16	15
ASP Ragusa	2	26	-	-	1
ASP Siracusa	2	30	-	-	-
ASP Trapani	6	23	1	1	13
TOTALE	67	293	11	29	52

Tabella 17. Altro personale convenzionato attivo in Sicilia – anno 2021



2.3 Piano per lo sviluppo della rete

2.3.1 Distretto sanitario

Il **Decreto 23 maggio 2022, n. 77**, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” definisce il nuovo **Distretto sociosanitario** come *“il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell’offerta”*.

Nella sua nuova concezione, il Distretto garantisce una **risposta assistenziale integrata** sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Al Distretto, pertanto, come già sopra rappresentato, possono essere ricondotte le seguenti **funzioni**:

- **committenza**, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell’utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale dell’Azienda, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all’utenza;
- **produzione**, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all’articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- **garanzia**, ossia il compito di assicurare l’accesso ai servizi, l’equità all’utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l’utenza finale.

In particolare, l’organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa, deve garantire:

- **l’assistenza primaria**, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l’approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- **il coordinamento** dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- **l’erogazione delle prestazioni sanitarie** a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell’ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all’interno del bilancio della ASL.

Il **Direttore del Distretto** garantisce l’attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse,



degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la **valutazione dei bisogni di salute della popolazione**, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

In coerenza in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, la Regione Siciliana ha la possibilità di rimodulare i distretti ad oggi esistenti, al fine di assicurare, mediante specifici atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo del Distretto e adeguamento agli **standard del DM77** in termini di numero di abitanti serviti, personale e attività, come di seguito riportato.

STANDARD PREVISTI DAL DM 77	
Popolazione	Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio
Casa della Comunità	1 struttura hub ogni 40.000-50.000 abitanti + strutture spoke Ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente
Infermiere di Famiglia o Comunità	1 infermiere ogni 3.000 abitanti (numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola)
Unità di Continuità Assistenziale	1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti
Centrale Operativa Territoriale	1 struttura ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore
Ospedale di Comunità	1 struttura dotata di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

Tabella 18. Standard del distretto sociosanitario da DM77/2022

Per l'attivazione delle nuove strutture di assistenza previste dal DM77 (es. Case della Comunità e Ospedali di Comunità) di tali strutture, è previsto l'inserimento di nuove figure professionali (es. Infermieri di Famiglia) che opereranno nei locali e negli spazi sanitari di nuova realizzazione.

All'interno del distretto è prevista anche la presenza dei **Consultori** familiari e delle attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

Infine, l'**informatizzazione** dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata. Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale e organizzativo della rete del SSN.

Si fornisce di seguito una rappresentazione, resa disponibile da Agenas, che chiarisce le strutture e le interrelazioni nel nuovo distretto sociosanitario.

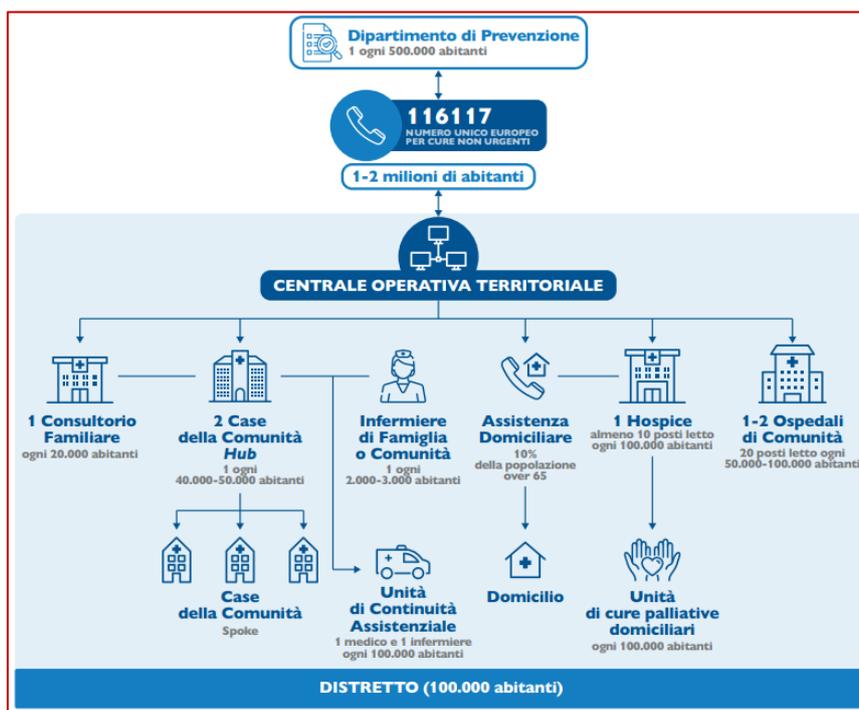


Figura 17. Schema di sintesi dell'organizzazione del distretto e delle relazioni tra strutture

Naturalmente, la configurazione attuale della Regione Siciliana non risponde pienamente ai requisiti introdotti dal DM 77, nonostante esistano già dei setting assistenziali da sviluppare per la piena aderenza alla nuova configurazione del distretto, tra cui i già citati PTA.

In tal senso, il **complesso di investimenti** definito dalla Regione Siciliana nell'ambito della **Missione 6** PNRR abilita l'adeguamento dell'assistenza territoriale, mediante l'attuazione di un set di interventi a valere sulla due **componenti**. Nello specifico, la programmazione per la Regione Siciliana definita con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) prevede:

- la realizzazione di **156 Case della comunità**, **50 Centrali Operative Territoriali** e **43 Ospedali della Comunità** nell'ambito della **Componente 1**, al fine di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali;
- la realizzazione di misure volte al rinnovamento e all'**ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali**, che rappresentano un elemento abilitante alla comunicazione tra le diverse strutture prevista dalla rete territoriale ed ospedaliera (es. Telemedicina, FSE, flussi informativi).

Si fornisce di seguito una rappresentazione di sintesi dei suddetti interventi previsti dal CIS della Regione Siciliana per le due componenti della Missione "Salute".

Per il dettaglio delle singole strutture di assistenza previste dal CIS da realizzare entro il 2026 e della relativa allocazione nel territorio regionale si rimanda all'**Allegato tecnico**. Si segnala che gli interventi riportati potranno subire variazioni, in quanto il CIS sottoscritto in data 30 maggio 2022 è oggi in corso di rimodulazione.

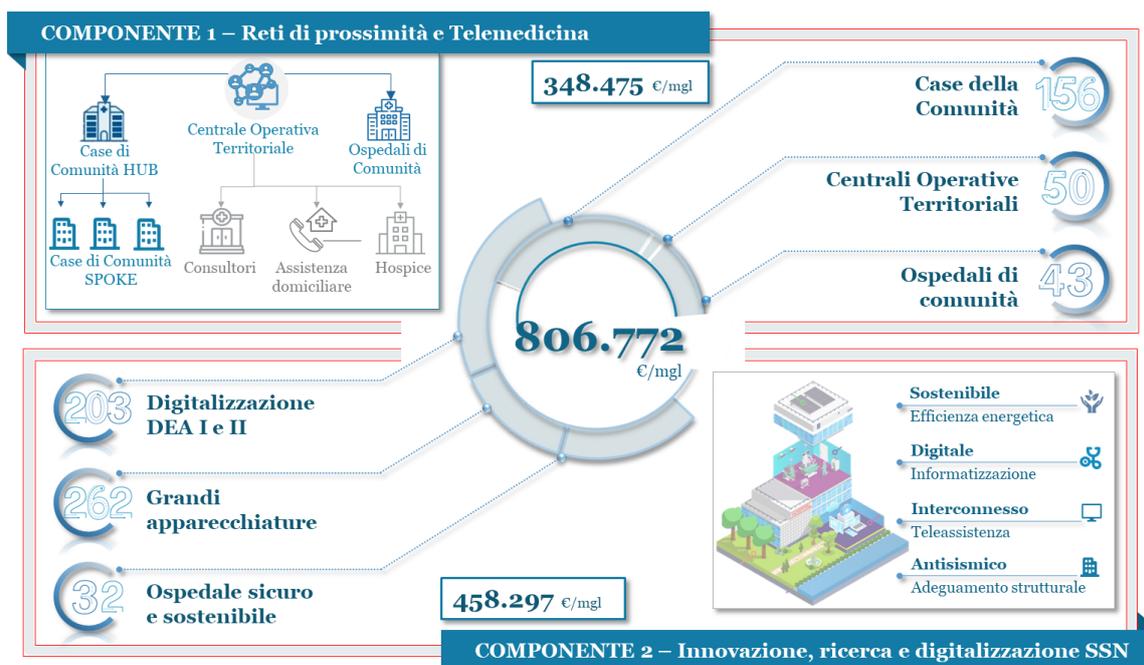


Figura 18. Complesso di investimenti della Regione Siciliana a valere sulla Missione 6 PNRR

La programmazione di attività sanitarie e sociosanitarie, condivisa con gli enti locali e con le altre Aziende sanitarie insistenti nel territorio, è inserita nel “Programma delle attività territoriali” di cui all’art.3 l.c. del D.Lgs 502/99. Così il Piano di Zona, previsto dalla legge 328/2000, per il governo delle politiche sociali del territorio, che pianifica, con il metodo della partecipazione attiva degli attori sociali locali, gli interventi sociali e socioassistenziali sulla base dei bisogni rilevati e delle priorità identificate, è in coerenza con l’approccio “olistico” alla salute che permea il DM 77.

È pertanto necessario realizzare una **programmazione congiunta tra servizi sanitari**, che fanno capo all’Assessorato della Salute e **servizi squisitamente sociali**, che in Sicilia fanno capo all’Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, integrando gli interventi previsti dalla Missione 5 e dalla Missione 6 del PNRR per un’efficiente gestione delle risorse e per il raggiungimento degli obiettivi previsti

2.3.2 Modelli organizzativi

Con il PNRR e il DM 77/2022, la macro-articolazione del Distretto Sanitario viene popolata da nuovi **servizi** e **soluzioni operative** oltre che essere interessata dal rafforzamento di servizi già esistenti, a cui viene richiesto di rispondere a una domanda di tutela della salute territorialmente definita.

L’esperienza pandemica ha messo in luce sia la debolezza dei Servizi Sanitari Regionali nell’ambito dell’assistenza territoriale che la rilevanza delle interdipendenze tra quest’ultima e quella ospedaliera e i servizi sociosanitari. In tal senso, molti degli interventi proposti dal PNRR e dal DM 77/2022 ampliano il **portafoglio dei servizi territoriali** (per tipologia o numerosità) e sostengono la gestione della relazione tra i nodi della rete dei servizi: in questa direzione possono essere inquadrati gli sforzi di porzionare le unità di offerta per volumi di popolazione anche attraverso gli **Ospedali di Comunità** (OdC) o le **Case della Comunità** (CdC) oltre a quelli di rafforzare la connessione tra servizi come previsto per le **Centrali Operative Territoriali** (COT).

Da qui la necessità di interventi non solo di cura della malattia ma anche di tutela della salute a valere



sui singoli e più in generale sulla comunità. Proporre **modelli unitari** in termini di equità, efficacia ed efficienza risulta ancora più complesso in questo scenario in cui per micro aree territoriali i fabbisogni di tutela della salute sono differenziati per condizioni sociali, economiche, demografiche e ambientali.

Un ulteriore elemento che connota il nuovo contesto di riferimento, oltre alle indicazioni più formali e alle esperienze che sono state sviluppate, ha a che fare con i sistemi di misurazione centrali, come il **Nuovo**

Sistema di Garanzia (NSG) che oltre a misurare la capacità delle regioni di erogare dei livelli minimi di assistenza,

	IFeC	CdC	116117	OdC	COT	ADI	UCA
Popolazione sana	Sanità di iniziativa	Sanità di iniziativa, erogazione di specialistica ambulatoriale, prevenzione, promozione della salute, iniziative di community building e di produzione	Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete				
Paziente cronico stabile	Sanità di iniziativa, formazione all'autocura, domicilio, prevenzione secondaria	Sanità di iniziativa, gestione del PAI, erogazione specialistica ambulatoriale, prevenzione secondaria, iniziative community building e corpoduzione	Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete				
Comicità ad alta complessità		Integrazione di interventi sanitari, socio sanitari e sociali, gestione del PAI, erogazione di prestazioni specialistiche (terapeutiche e di follow up)	Filtro e orientamento tramite informazioni al paziente e rimando alla filiera della rete	Recupero funzionale	Transitorio tra setting sia nel flusso step down che step up	Intervento programmato clinico assistenziale	Intervento estemporaneo clinico assistenziale in coordinamento con la continuità assistenziale
Paziente dimissione da setting per acuto				Recupero funzionale	Transitorio tra setting sia nel flusso step down che step up	Intervento programmato clinico assistenziale	Intervento estemporaneo clinico assistenziale in coordinamento con la continuità assistenziale

Figura 19. Quadro di riferimento della popolazione target

i cosiddetti LEA, è stato

arricchito, in una fase pilota e sperimentale, di una serie di indicatori di processo, come quelli sviluppati per i PDTA, che necessitano di raccogliere informazioni sull’offerta erogata per determinati target di popolazione distinti per condizione di salute. Per fare questa operazione è necessario identificare la **popolazione target** e poi capire se il sistema ha erogato secondo condizioni di appropriatezza.

I processi di delocalizzazione e periferizzazione dell’offerta promossi dal PNRR e dal DM 77/2022 spingono verso una lettura integrata dei processi erogativi e della potenzialità “produttiva” delle diverse unità di offerta all’interno del Distretto Sanitario. Si tratta di formulare modelli di gestione operativa diretti all’offerta ambulatoriale e alla gestione delle liste di attesa secondo modelli integrati rispetto ai bisogni dell’utenza. Come suggerito in letteratura, la **gestione operativa del Distretto Sanitario** trova esplicitazione nelle seguenti fasi:

- analisi dei setting produttivi per delocalizzare l’offerta al fine di garantire la continuità della presa in carico, l’aderenza ai percorsi e l’uso appropriato dell’ospedale;
- governo dei setting produttivi, dal momento che è necessario passare dal modello tradizionale domanda-risposta ad un’attività di programmazione operativa della capacity anche attraverso un aggiornamento in tempo reale dei posti letto disponibili;
- conoscenza della domanda per programmare e gestire gli asset ambulatoriali.

La Regione Siciliana ha attivato, nel corso degli ultimi anni, diversi **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali** (PDTA) con lo scopo di uniformare l’approccio clinico a determinate categorie di pazienti. Per l’applicazione di alcuni di questi, sono già stati individuati centri per l’assistenza delle patologie nelle diverse fasi e costruite dei sistemi a rete con la distinzione della complessità assistenziale. Alcuni ambiti clinici afferenti ai PDTA regionali possono realmente avere un giovamento in seguito al potenziamento delle strutture territoriali, prevedendo collegamenti tra i diversi momenti e i diversi livelli di assistenza e cura sulla base della **complessità**.

Appare dunque di fondamentale importanza inserire gli ambulatori specialistici all’interno delle reti cliniche dotando le strutture del territorio, quali CdC e OdC, della presenza delle figure specialistiche ambulatoriali per la presa in carico del paziente con sintomi e con sospetto clinico, sia per le prime visite che per il successivo collegamento con i centri specialistici di livello di complessità superiore, sia per i



controlli successivi, dopo l'inquadramento diagnostico.

Pertanto, il collegamento tra i diversi livelli di complessità deve necessariamente essere previsto nelle reti di patologia, già a partire dalla definizione dei PDTA, introducendo tutte le fasi dell'assistenza anche al di fuori dei presidi della **rete ospedaliera**. Ciò può essere certamente applicato a branche specialistiche quali l'urologia, la gastroenterologia e la dermatologia. Anche le malattie di fegato o le emorragie digestive di lieve entità a regime possono essere intercettate nei centri del territorio ed essere successivamente destinate alle cure più specifiche e di complessità maggiore. Allo stesso modo le malattie croniche possono beneficiare della presenza di specialisti ambulatoriali per l'esecuzione di esami di controllo, come indagini radiodiagnostiche, mantenendo costante il collegamento con il centro di cura. Per le Malattie Rare, infine, è possibile prevedere la presa in carico a partire dalle strutture territoriali, dopo la diagnosi eseguita nel centro di riferimento, seguendo un piano di sorveglianza non solo per la singola patologia ma coerentemente alle diversità del singolo paziente, costruito sulla persona anche con riguardo agli aspetti socio assistenziali.

Occorre combinare passato e futuro, considerando le specificità delle diverse configurazioni istituzionali e dei diversi modelli erogativi che nei contesti aziendali hanno già dimostrato risultati e rappresentano un riferimento per l'utenza target. In questa prospettiva, vi è la necessità di un soggetto che costantemente promuova questa operazione e che permetta la **reinterpretazione dei processi esistenti** alla luce delle progettualità legate al PNRR e al DM 77/2022. Si tratta di un nuovo ruolo che adesso chiama in causa la struttura organizzativa spesso più prossima agli operatori della filiera territoriale che è il Distretto Sanitario.

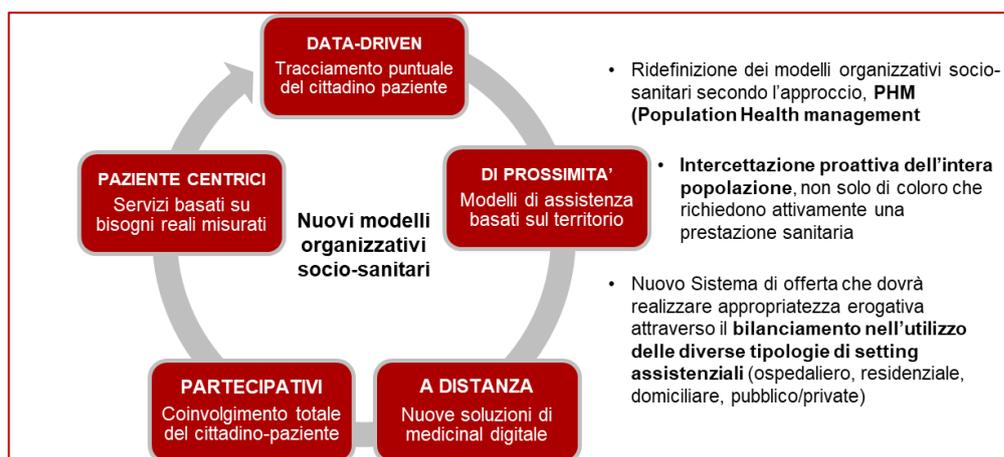


Figura 20. Riorganizzazione dei servizi sanitari in ambito PNRR

Il fabbisogno che emerge dal ridisegno generale della rete territoriale è legato inoltre alla **rete delle relazioni istituzionali**. Esse rappresentano un grande tensore di raccordo con le attese dalle comunità locali rappresentate in forme eterogenee: dal rapporto con gli enti locali fino ai portatori di interessi specifici quali le associazioni pazienti o il contesto produttivo del territorio. La narrazione sul cambiamento in corso è fondamentale per la costruzione di un sistema nuovo o rinnovato di **collaborazione tra soggetti** che concorrono alla tutela della salute di popolazioni territorialmente definite: dialogare con gli operatori, con i pazienti e con tutti i vari soggetti che sono nel territorio è fondamentale per la tenuta e la rappresentazione esterna di questo lungo processo che traguarderà i suoi risultati nel 2026. Il dialogo con i medici di medicina generale, soprattutto se organizzati in modelli associativi o nelle Case della Comunità, così come quello con gli enti locali rappresenta una fonte importante di rilevazione delle attese e bisogni specifici.

2.3.3 Personale SSR

Il funzionamento del nuovo distretto sociosanitario, come previsto dal DM77, non può prescindere dalla dotazione di una pianta organica adeguata di **professionisti sufficiente a rispondere in modo efficace**



e appropriato ai bisogni dei cittadini.

Ad oggi, si evidenzia la carenza di personale per il funzionamento della macchina territoriale, pertanto risulta necessario procedere ad un'attenta **valutazione del fabbisogno di personale**, al fine di attivare campagne di assunzione e formazione atte a garantire l'attivazione delle strutture entro il 2026.

A differenza del personale ospedaliero, non esiste a livello nazionale una metodologia certa per il calcolo del fabbisogno di personale per garantire le prestazioni, attività e servizi territoriali.

In Italia, in attuazione di diverse normative emanate in materia (D. Lgs. 66/2003, Direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, Legge di Stabilità per l'anno 2016, DM 70/2015), il Ministero della Salute ha istituito un **gruppo di lavoro tecnico**, unitamente alla Conferenza Stato-Regioni ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, per l'elaborazione di una metodologia di valutazione dei piani di fabbisogno del personale, applicabile a tutte le Regioni. La stessa è stata approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017 e il fabbisogno di personale è stato stimato sulla base di tre **fattori**:

- organizzazione della rete di offerta;
- produzione;
- tempo lavoro.

Sulla base delle evidenze emerse, il DM 77 introduce degli **standard di personale** atti a garantire l'attuazione dei servizi sanitari e amministrativi nelle nuove strutture di assistenza territoriale. Sulla base delle linee di indirizzo fornite, la Regione ha proceduto ad effettuare una **programmazione** di massima in relazione al personale da allocare in ciascuna struttura.

Nello specifico, il DM 77 prevede che l'erogazione dei servizi delle **Case della Comunità hub** sia garantita da: 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità, 1 assistente sociale e 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo). Ad oggi, invece, non risultano definiti standard per le Case della Comunità spoke, pertanto il personale associato a tali strutture sarà oggetto di successiva programmazione. Si riporta di seguito la stima del personale da impiegare nelle Case della Comunità hub, che tuttavia risulta da integrare con le professionalità di tipo medico (MMG), secondo standard non ancora definiti a livello centrale.

Azienda sanitaria	Infermiere	Assistente Sociale	Personale di supporto
ASP Agrigento	da 56 a 88	8	da 40 a 64
ASP Caltanissetta	da 42 a 66	6	da 30 a 48
ASP Catania	da 70 a 110	10	da 50 a 80
ASP Enna	da 7 a 11	1	da 5 a 8
ASP Messina	da 63 a 99	9	da 45 a 72
ASP Palermo	da 70 a 110	10	da 50 a 80
ASP Ragusa	da 28 a 44	4	da 20 a 32
ASP Siracusa	da 28 a 44	4	da 20 a 32
ASP Trapani	da 42 a 66	6	da 30 a 48
TOTALE	da 406 a 638	58	da 290 a 464

Tabella 19. Fabbisogno teorico di personale da allocare nelle Case della Comunità hub

Il funzionamento delle **Centrali Operative Territoriali** è garantito, invece, da: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di supporto. Alla luce della programmazione regionale che prevede la realizzazione di 50 Centrali, di seguito è riportato il dettaglio delle professionalità da impiegare in tali strutture.



Azienda sanitaria	Coordinatore infermiere	Infermiere	Personale di supporto
ASP Agrigento	4	da 12 a 20	da 4 a 8
ASP Caltanissetta	4	da 12 a 20	da 4 a 8
ASP Catania	10	da 30 a 50	da 10 a 20
ASP Enna	2	da 6 a 10	da 2 a 4
ASP Messina	7	da 21 a 35	da 7 a 14
ASP Palermo	12	da 36 a 60	da 12 a 24
ASP Ragusa	3	da 9 a 15	da 3 a 6
ASP Siracusa	4	da 12 a 20	da 4 a 8
ASP Trapani	4	da 12 a 20	da 4 a 8
TOTALE	50	da 150 a 250	da 50 a 100

Tabella 20. Fabbisogno teorico di personale da allocare nelle Centrali Operative Territoriali

Infine, gli standard definiti dal DM 77 per il funzionamento degli **Ospedali di Comunità** prevedono: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. Di seguito il dettaglio delle professionalità da allocare nelle 43 strutture previste dal CIS.

Azienda sanitaria	Coordinatore infermiere	Medico	Infermiere	Operatore sociosanitario	Altro personale sanitario
ASP Agrigento	3	3	da 18 a 24	da 12 a 18	da 3 a 6
ASP Caltanissetta	2	2	da 12 a 16	da 8 a 12	da 2 a 4
ASP Catania	10	10	da 60 a 80	da 50 a 60	da 10 a 20
ASP Enna	2	2	da 12 a 16	da 8 a 12	da 2 a 4
ASP Messina	6	6	da 36 a 48	da 24 a 36	da 6 a 12
ASP Palermo	10	10	da 60 a 80	da 40 a 60	da 10 a 20
ASP Ragusa	3	3	da 18 a 24	da 12 a 18	da 3 a 6
ASP Siracusa	4	4	da 24 a 32	da 16 a 24	da 4 a 8
ASP Trapani	3	3	da 18 a 24	da 12 a 18	da 3 a 6
TOTALE	43	43	da 258 a 344	da 172 a 258	da 43 a 86

Tabella 21. Fabbisogno teorico di personale da allocare negli Ospedali di Comunità

Inoltre, il DM 77 prevede l'attivazione delle seguenti figure professionali:

- **1 Infermiere di Famiglia o Comunità** ogni 3.000 abitanti (circa **1.625** infermieri per la Regione Siciliana). Tale valore è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola (es. Case della Comunità);
- **1 Unità di Continuità Assistenziale**, costituita da 1 Medico e 1 Infermiere, ogni 100.000 abitanti (circa **49 medici e 49 infermieri** per la Regione Siciliana).

Gli elementi più innovativi indicati nel DM 77 e da realizzare di fatto ex novo nonostante la ricca normativa nazionale e regionale sono costituiti dalle attività dei **MMG** e **PLS** all'interno delle Case della Comunità (previsti fin dalla L189/2012 come UCCP e ribadite nel recente ACN 2022) e la partecipazione della **comunità**, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato, nonché l'integrazione con i servizi sociali.

Relativamente alla partecipazione dei MMG/PLS all'attività delle Case della Comunità, il DM 77 fa riferimento a quanto previsto fin dalla Legge 189/2012, stabilendo come tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle suddette strutture, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Come detto precedentemente, in Sicilia tali forme organizzative non risultano di fatto realizzate, se non



in forma limitata. Lo sviluppo delle **AFT** e **UCCP**, previste dalla L 189/2012, deve avvenire in coerenza con l'applicazione dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 28 aprile 2022 (pubblicati in GU Serie Generale n. 114 del 17/05/2022 - Suppl. Ordinario n. 19). Tali AA.CC.NN. – pur non facendo riferimento al DM 77 o al PNRR, rilanciano la necessità di definire gli atti di programmazione volti a istituire **forme organizzative monoprofessionali** (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle **forme organizzative multiprofessionali** (UCCP) realizzando un collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.

Nello specifico, le **AFT** sono intese come forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione e con i compiti di:

- assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

Invece, le **UCCP** rappresentano forme organizzative multiprofessionali che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Nello specifico le UCCP:

- perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione;
- operano in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi;
- garantiscono il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Relativamente alla partecipazione a AFT e UCCP, ai sensi dell'ACN, gli specialisti ambulatoriali e i professionisti operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

All'interno delle UCCP, in particolare, si realizza la piena integrazione con gli altri professionisti nei team multidisciplinari previsti anche nel DM 77 per la presa in carico degli utenti/pazienti, con obiettivi coerenti con quelli distrettuali e aziendali e con quelli assegnati a MMG e PLS.

Alla luce delle indicazioni del DM 77 e del nuovo ACN, l'**integrazione dei Medici di Medicina Generale** con le articolazioni distrettuali costituite dalle CdC, sia pure con modalità operative ancora in via di definizione anche attraverso il necessario confronto con le OO.SS. di categoria, è essenziale anche per lo svolgimento dei compiti definiti dal Distretto, che saranno di valenza più ampia, a favore della comunità.

Anche in collaborazione con gli altri professionisti (Infermieri di Famiglia o Comunità, Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici del Dipartimento di Prevenzione), nell'ottica di un lavoro organizzato per



team multiprofessionali, i MMG potranno tra l'altro realizzare, come **medici di assistenza primaria** “ad attività oraria”:

- attività di continuità assistenziale diurna in integrazione con le attività dei presidi di continuità assistenziale, presenti nelle CdC;
- attività legate alla medicina di iniziativa (es. prevenzione in gruppi di pazienti selezionati in base a fascia di età, fattori di rischio o patologie; attività legate a campagne vaccinali per patologie stagionali o in relazione ad eventi epidemici; attività di educazione ed empowerment dei pazienti cronici).

È importante sottolineare come gli obiettivi identificati dalla Regione o dalle Aziende, da assegnare ai MMG o ai PLS, singolarmente e/o come AFT, devono essere **obiettivi di salute** coerenti con gli obiettivi di salute che l'Azienda/Distretto identifica come prioritari per la popolazione o per classi prioritarie di popolazione, condivisi con tutti gli attori coinvolti sia convenzionati che dipendenti: le singole azioni devono convergere per il raggiungimento dei risultati. L'AFT si organizzerà al proprio interno nel rispetto delle specifiche dei singoli componenti: ciò permetterà anche di conseguire un miglior governo del sistema in questa delicata fase di passaggio dall'attività “usuale” a quella prevista dal nuovo ruolo unico a ciclo di scelta e ad attività oraria.

La nuova organizzazione prevista dal DM 77 e dall'ACN 2022, che prevedono l'attività oraria dei Medici di medicina generale all'interno delle Case di Comunità, è perfettamente in linea con quanto già sperimentato con i **PPI**, la cui funzione sarà pertanto “riassorbita” nelle nuove strutture, ad eccezione dei PPI attivati in funzione di Ambulatori di Codici Bianchi (ACB) a supporto delle aree di emergenza che manterranno la loro ubicazione e funzione.



3. STRUMENTI A SUPPORTO DELLA RETE

Nello sviluppo dell'assistenza territoriale il **digitale** gioca un ruolo strategico. Tra gli obiettivi dichiarati che il SSN persegue si trova infatti i *“modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale”*.

La spinta innovativa della Regione Siciliana nel disegno dei nuovi modelli di assistenza territoriale guarda pertanto anche alle potenzialità dei sistemi digitali, quale **fattore abilitante** della presa in carico integrata e personalizzata del paziente lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali e l'integrazione dei servizi ospedalieri con quelli territoriali.

La Regione Siciliana ha avviato la progettazione e progressiva implementazione di un nuovo modello di **“sanità digitale”** per supportare l'erogazione dei servizi sanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per supportare il funzionamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e per favorire l'assistenza domiciliare, anche grazie alla ampia diffusione di servizi di telemedicina.

Considerata la complessità delle reti assistenziali sul territorio, si evidenzia la rilevanza d'impiego dei *“sistemi informativi esperti”* in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale attraverso una attività di audit integrato basata su indicatori di processo ed esito. Certamente la realizzazione di questi obiettivi passa per il compimento e la diffusione del **Fascicolo Sanitario Elettronico**, che al momento sta ancora muovendo i primi passi.

La Regione Siciliana intende riprogettare le interdipendenze verticali e orizzontali all'interno dei nuovi modelli di assistenza territoriale anche attraverso il ridisegno e la valorizzazione dei **flussi informativi**, già esistenti e di nuova istituzione, come perno su cui costruire i processi integrati di presa in carico dei pazienti lungo il continuum ospedale-territorio.

Alla luce di ciò, naturalmente ogni Distretto dovrà essere dotato di infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale **nazionali** (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.), **regionali** (FSE, SovraCUP, etc.) e **aziendali** (sistemi amministrativo contabili e sanitari), nonché con le soluzioni di telemedicina.

I primi interventi per la realizzazione dell'ecosistema digitale della Regione sono stati definiti già nell'**Agenda Digitale Sicilia** (D.A. n. 18/2018), che ha approvato il disegno per la realizzazione di una **piattaforma di interoperabilità** in grado di abilitare una condivisione ampia fra le strutture sanitarie delle informazioni relative agli assistiti ed ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali attraverso i quali sono fornite le risposte ai loro problemi di salute.

Naturalmente, le soluzioni pensate nel Piano di Agenda digitale andranno integrate con quanto verrà realizzato nei prossimi anni in ambito **PNRR**, tra cui la piattaforma regionale di Telemedicina che metterà a disposizione le tecnologie e architetture informatiche necessarie a sviluppare e sostenere i servizi minimi di televisita, teleassistenza, teleconsulto e i verticali di telemonitoraggio.

Tali soluzioni possono rispondere alle principali sfide che i nuovi modelli di assistenza territoriale si trovano ad affrontare all'interno della filiera socio-sanitaria e della continuità ospedale-territorio, tra cui la necessità di stratificare la domanda e di individuare le sotto-popolazioni target, come movimento fondante della presa in carico personalizzata. Qui la Regione intende muoversi anzitutto attraverso la valorizzazione dei database amministrativi propri e delle aziende sanitarie, da cui estrarre le informazioni utili per la programmazione sanitaria, la progettazione dei PDTA e il monitoraggio delle prestazioni.



Pertanto, l'ecosistema digitale della Regione, quale infrastruttura tecnologica attraverso la quale si intende supportare la concreta applicazione della riforma dell'assistenza territoriale in piena coerenza con gli standard e gli indirizzi definiti dalla riforma PNRR e dalle indicazioni tecniche ed architetture nazionali/regionali, si può rappresentare quale sistema costituito dall'integrazione dei seguenti elementi:

- **strumenti definiti nell'ambito del Piano strategico Agenda Digitale Sicilia**, quali la piattaforma di interoperabilità (Sistema Informativo Sanitario Regionale SISR), la piattaforma di Cartella Clinica Elettronica, il CUP regionale per la prenotazione unificata di prestazioni sanitarie, etc;
- **strumenti di nuova implementazione nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, quali la piattaforma regionale di telemedicina, il Fascicolo Sanitario Elettronico, i nuovi flussi informativi per l'assistenza territoriale, etc.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, tutti i **sistemi informativi del Distretto** meglio approfonditi nel prosieguo del documento devono essere in grado di:

- produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, oltre che con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
- produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.);
- interoperare con il repository centrale del FSE, una volta realizzato, al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto.

Una prospettiva di questo tipo, che può essere conseguita soltanto attraverso un coinvolgimento di tutte le componenti del sistema a livello normativo, organizzativo e professionale, è funzionale allo sviluppo di una cultura della **misurazione dei risultati**. All'interno delle diverse esperienze sul territorio è stata finora parziale la capacità su larga scala di misurare non solo i singoli processi, ma anche di valutare l'impatto dei nuovi servizi in termini di esiti sanitari e di qualità dell'assistenza attraverso metodologie e indicatori adeguati. Si tratta di un passaggio fondamentale per introdurre **processi di governance** all'interno dei nuovi modelli integrati di presa in carico del paziente, con l'obiettivo di assimilare processi di miglioramento continuo della programmazione sociosanitaria.

3.1 Piano strategico per la salute digitale

Il percorso di *digital transformation* è stato perseguito in Regione Siciliana con la predisposizione del **Piano Strategico Agenda Digitale Sicilia**, documento programmatico che ha inteso superare la tradizionale "logica a silos", valorizzando il concetto di ecosistema, in linea anche con quanto previsto dal **Piano Triennale per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione**.

Obiettivo principale del Piano è stato quello di fornire all'intero SSR un disegno strategico per la



realizzazione degli investimenti a supporto del governo del sistema sanitario nel quale, attraverso un **approccio sistemico** definito dal livello “centrale”, si inseriscono iniziative progettuali coerenti in un quadro di innovazione digitale più ampio. In questa direzione, la strategia di fondo del Piano prevede il pieno **coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi** che compongono il SSR, fornendo una programmazione che ne definisca il perimetro di riferimento, gli atti di indirizzo e coordini gli interventi operativi secondo una visione condivisa dello sviluppo della sanità digitale in Regione.

La trasformazione digitale e la valorizzazione dei Big Data sono due obiettivi irrinunciabili della sanità moderna e devono trovare adeguata implementazione in fase attuativa con investimenti in tecnologie e strumenti di *change management*, che interpretino la trasformazione digitale non come una “semplice” informatizzazione dei processi, ma un reale ripensamento di come i servizi sanitari vengano fruiti da cittadini e pazienti ed erogati dai professionisti sanitari. Si tratta quindi di partire dai bisogni degli utenti, investire tempo e competenze nella riprogettazione dei modelli erogativi e promuovere una maggior diffusione delle competenze digitali tra gli operatori del SSR.

In tal senso, il piano degli interventi di **sanità digitale** della Regione Siciliana è stato concepito per far fronte a tali esigenze, definendo una strategia che si fonda su:

- un nuovo, più efficiente ed efficace sistema informativo della sanità regionale centrato su una piattaforma di interoperabilità che costituisca un layer regionale, in grado di raccordare tutti i soggetti e i moduli sia assistenziali, sia propriamente di “governo”;
- un’azione tesa all’empowerment dei cittadini attraverso servizi e punti di contatto semplici, veloci e vicini quali il SovraCUP regionale, che si integri con tutte le infrastrutture immateriali del Piano triennale (SPID, PagoPA, ANA, ecc.);
- un’integrazione congiunta tra i sistemi di produzione, tra cui la Cartella Clinica Elettronica e i sistemi LIS, RIS, PACS, ecc.

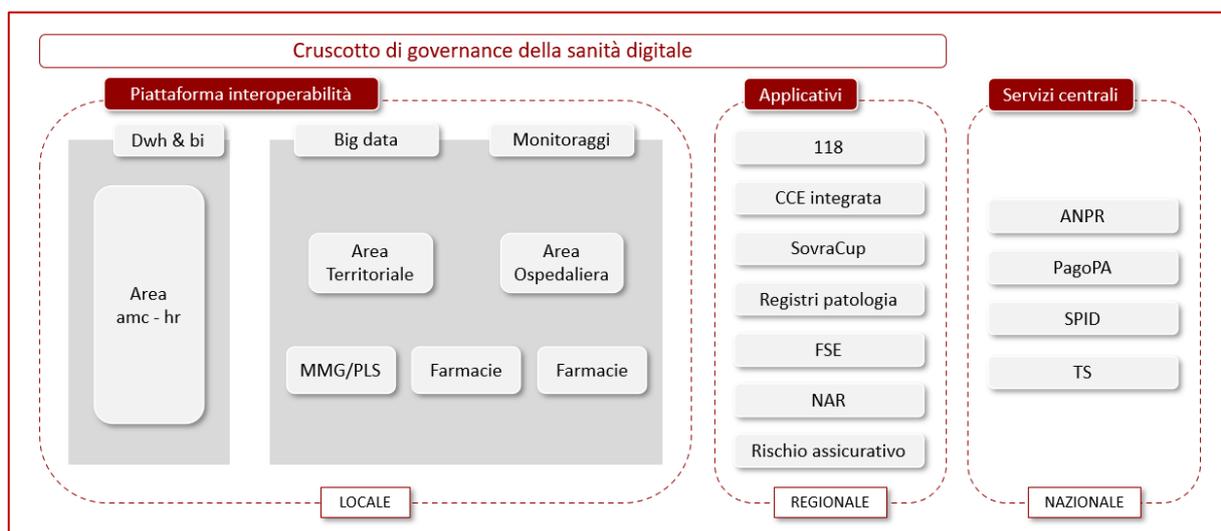


Figura 21. Piano di interventi dell’Agenda digitale Sicilia

L’ecosistema digitale regionale definito dall’Agenda digitale, pertanto, prevede la realizzazione di un’infrastruttura tecnologica attraverso la quale si intende supportare la concreta applicazione della riforma dell’assistenza territoriale regionale, in piena coerenza con gli indirizzi definiti dal PNRR e in totale sinergia con gli elementi tecnici e architettonici realizzati mediante i fondi PNRR.



3.1.1 Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR)

La disponibilità di un **Sistema Informativo Sanitario a livello regionale (SISR)** è una necessità ormai ineludibile, un sistema informativo unificato consente, infatti, un miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria in generale attraverso:

- un rapido accesso ai dati sanitari;
- un monitoraggio in tempo reale della situazione sanitaria regionale;
- un'attività di valutazione di processo e di esito in termini di appropriatezza, qualità ed equità dell'assistenza;
- un'attività di ricerca statistica, epidemiologica e clinica.

In tale ottica, il processo di riforma del **SISR**, avviato dalla Regione Siciliana con il Piano Strategico Agenda Digitale Sicilia, ha individuato quale elemento fondante la realizzazione di una **Piattaforma di interoperabilità** a livello regionale che, attraverso la definizione di **protocolli di cooperazione applicativa** tra i diversi sistemi informativi alimentanti, consente al livello di governance regionale di consolidare un set di dati e di informazioni trasversali per un governo consapevole del SSR.

La scelta effettuata deriva dalla necessità di **integrazione** tra i sistemi informativi delle 18 aziende del SSR, tenendo conto della frammentazione degli interventi fino ad ora realizzati in ambito aziendale, preservando comunque i processi e tecnologie che ciascuna azienda ha adottato in modo non organico, ma in piena autonomia.

Gli **obiettivi** del progetto risultano prioritariamente:

- massimizzare l'efficacia delle azioni e delle iniziative avviate con il Piano di Agenda Digitale, attraverso il coordinamento di tutti gli interventi di trasformazione digitale e la centralizzazione della programmazione della spesa pubblica in materia;
- evitare duplicazioni di spesa a carico delle finanze regionali e/o la ripetizione di interventi a livello locale in ambiti nei quali sono stati attivati e/o individuati progetti di valenza regionale;
- acquisire una piattaforma regionale compliant agli standard e alle iniziative di interoperabilità e cooperazione promosse nel settore della sanità a livello internazionale: IHE per l'interoperabilità delle soluzioni IT in sanità, HL7 per lo scambio di dati tra sistemi sanitari, DICOM per la creazione, trasferimento, elaborazione e archiviazione di immagini, filmati e/dati strutturati digitali gestiti da sistemi di imaging clinici.

L'attuazione del progetto prevede il coordinamento di molteplici azioni tra i due livelli di governance del SSR, quello centrale (Assessorato) e territoriale (Aziende del SSR), il cui fine ultimo è la realizzazione di un **Hub informativo**, all'interno del quale, in qualità di layer unico che definisce i protocolli di comunicazione tra i diversi moduli periferici, far confluire le informazioni generate dalle innumerevoli e molteplici componenti dell'ecosistema sanitario.

Operativamente, l'obiettivo è la realizzazione di un Hub informativo il cui funzionamento si sostanzia nell'interoperabilità di moduli che governano a livello periferico:



Figura 22. Architettura SISR



- ambiti clinico-assistenziali come il CUP, il Fascicolo Sanitario e la Cartella Clinica;
- ambiti di governance a supporto delle differenti attività istituzionali dell'Assessorato Salute, in risposta agli obiettivi di governo e monitoraggio del SSR (ad esempio Monitoraggio della Rete Ospedaliera, Monitoraggio investimenti, Monitoraggio Screening e Vaccinazioni, etc.);
- altri "ecosistemi" differenti come, ad esempio, quello socio-sanitario e welfare.

La piattaforma rispecchia i requisiti del modello di interoperabilità previsto dal **Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione** come asse portante necessario al funzionamento dell'intero sistema informativo, unitamente ad una gestione centralizzata dei dati e un livello di sicurezza e protezione in linea con quanto previsto nel GDPR (in vigore dal 25/05/2018).

3.1.2 Cartella Clinica Elettronica

Nell'ottica di un'evoluzione in chiave digital del SSR e nella configurazione di un ecosistema digitale che sovrintenda le prestazioni clinico-assistenziali erogate dal sistema regionale, anche la **Cartella Clinica Elettronica** (CCE) gioca un ruolo decisivo, sebbene allo stato attuale il grado di implementazione non sia ancora diffuso in modo uniforme sul territorio regionale.

La Regione Siciliana, nell'ottica di realizzare la piattaforma di interoperabilità sopra citata, ha definito nel **Piano Strategico Agenda Digitale Sicilia** specifici obiettivi per il rinnovamento del parco tecnologico e delle infrastrutture, tra cui la CCE.

Lo sviluppo omogeneo della Cartella nel territorio regionale è di fondamentale importanza per sviluppare il **collegamento in rete** tra i team multiprofessionali, le strutture territoriali ed ospedaliere, mettendo a disposizione dei professionisti informazioni costantemente aggiornate, utili e necessarie all'assunzione di decisioni clinico-assistenziali. La cartella clinica abilita, in tal senso, l'integrazione tra i diversi nodi della rete, compresi quelli ospedalieri, consentendo unitarietà nel processo di fruizione da parte del paziente al fine di offrire un servizio con un numero minimo di passaggi, di spostamenti e di operatori coinvolti.

In tale ottica, le principali finalità dell'Agenda digitale Sicilia risultano pertanto le seguenti:

- **il potenziamento dei sistemi informativi**, garantendone la massima interoperabilità al fine di migliorare i livelli di aggregazione e di fruibilità dei dati sanitari e socio-sanitari, costituendo così una crescente mole di informazioni trasparenti "certificate" e facilmente disponibili;
- **il governo in tempo reale** delle informazioni attraverso la crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e la progressiva dematerializzazione dei documenti, al fine di ottimizzare i processi e aumentare il tempo di assistenza dedicato al paziente;
- **l'adozione di nuovi strumenti** per l'analisi avanzata dei dati (advanced analytics) per analizzare e descrivere i fenomeni sanitari e sociali esistenti (analisi descrittiva), oltre che per sviluppare strategie di presa in carico (medicina di iniziativa, Case Mix, Health Population Management, Data mining).

La necessità di tali interventi di potenziamento tecnologico ha trovato conferma anche nel progetto di rinnovamento infrastrutturale previsto dalla Componente 2 Missione 6 PNRR. Le aziende sanitarie, infatti, hanno definito un piano dei fabbisogni per il rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali che mira principalmente al potenziamento dei sistemi esistenti di cartella clinica elettronica. In particolare, gli ambiti di intervento previsti presso le aziende del SSR includono:



- il coordinamento degli interventi di **cartella clinica elettronica integrata** che, in qualità di strumento per la raccolta e l'utilizzo dei dati dell'assistito, rispondono, da un lato, all'esigenza di integrazione con il FSE e, dall'altro, all'alimentazione della piattaforma di interoperabilità regionale (SISR);
- la revisione dei **layout digitali di reparto** in termini di infrastruttura di connettività e device al fine di supportare l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali e amministrativi e garantire una maggiore fruibilità di dati e documenti in mobilità;
- interventi di **upgrade tecnologico delle postazioni di lavoro** orientate alla loro virtualizzazione e alla trasformazione delle attrezzature di lavoro in una logica di mobilità, flessibilità di utilizzo, costante connessione e agilità organizzativa.

3.1.3 SovraCUP regionale

Nell'ottica di semplificazione del rapporto dei cittadini con la Sanità regionale e di potenziamento dei servizi di e-health, l'Amministrazione ha individuato, quale azione prioritaria nel Piano Strategico per la Salute Digitale, lo sviluppo di **un sistema centralizzato per le prenotazioni di prestazioni sanitarie**.

La realizzazione del sistema unificato a livello regionale, quale componente dell'ecosistema digitale del SSR, ha l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi di prenotazione delle prestazioni sanitarie e ridurre i tempi medi di attesa, in linea con le disposizioni in materia di erogazione dei **Livelli essenziali di Assistenza (LEA)** che prevedono garanzie nell'accessibilità alle prestazioni sanitarie, rappresentando in ottica prospettica, elemento di convergenza anche per ulteriori prestazioni erogate in altri setting assistenziali.

L'Amministrazione, pertanto, ha inteso realizzare una piattaforma a servizio del cittadino che può in tal modo disporre della visibilità dell'intera offerta sanitaria del SSR, definendo tre percorsi complementari:

- il mantenimento dell'autonomia di ciascuna azienda sanitaria in termini di applicativi utilizzati, modelli organizzativi e gestione delle prenotazioni, anche al fine di preservare gli investimenti già fatti in termini di sistemi CUP aziendali e di creazione dell'ecosistema applicativo aziendale;
- la creazione di una rete di interoperabilità tra le aziende sanitarie della regione mediante un orchestratore di servizi adoperato per lo scambio di informazioni con i CUP aziendali e la condivisione di regole e linguaggi comuni per il corretto funzionamento dei servizi regionali.
- l'esposizione ai cittadini di un portale di accesso ai servizi sanitari digitali del SSR, ossia un punto di riferimento in cui i cittadini troveranno le informazioni necessarie per accedere ai diversi servizi che il SSR man mano metterà loro a disposizione.

Da un punto di vista funzionale, il sistema informativo del SovraCUP si articola dunque su due livelli (**regionale e locale**) secondo ruoli e responsabilità, flussi di attività e meccanismi di coordinamento organizzativo e tecnico definiti a livello di politica sanitaria regionale. In estrema sintesi:

- **SovraCUP regionale:** funzionalità di interesse regionale che originano dalla disponibilità aziendale di prestazioni e che trovano applicazione lato front-end (es. identificazione assistito e processo di prenotazione) e lato gestione offerta sanitaria (es. articolazione offerta regionale e liste di attesa);



- CUP locali:** specifiche di gestione organizzativa dell'offerta sanitaria definite a livello aziendale che si fondano sulla titolarità delle basi dati e degli archivi anagrafici di base (es. agende, prestazioni strutture) e sull'accessibilità agli archivi storici quale conseguenza dall'autonomia organizzativa.

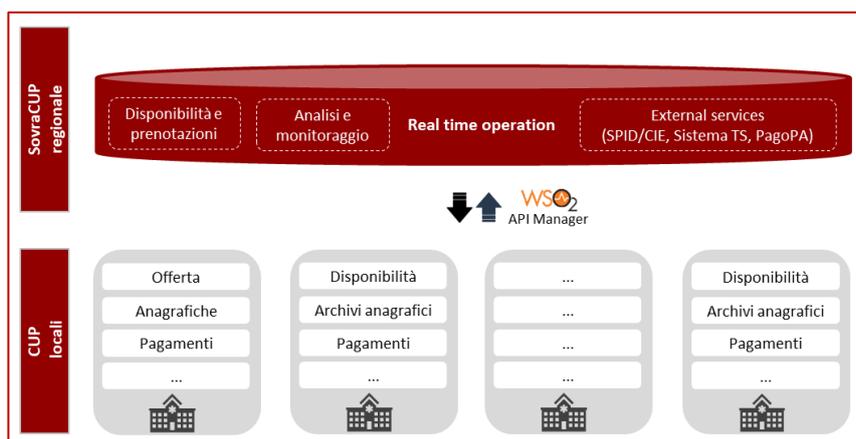


Figura 23. Livelli organizzativi SovraCUP regionale

Tale separazione di funzioni risulta fluida nella misura in cui il modello SovraCUP regionale prevede in via sistematica e continua **meccanismi di interconnessione causale** tra i due livelli organizzativi, contribuendo entrambi, a vario titolo e in via unitaria, alla proposizione dell'offerta regionale agli assistiti.

Il funzionamento del SovraCUP è reso in tal senso possibile da un **complesso di attività** legate perlopiù alla programmazione e gestione degli accessi mediante **servizi di back-office** (di competenza prevalente dei CUP locali) e **servizi di front-office** (gestiti perlopiù dal SovraCUP regionale), come di seguito illustrato:

- Servizi di back-office:** programmazione e manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione che le aziende sanitarie SSR sono tenute a porre in essere mediante i CUP locali al fine di garantire l'applicazione sistematica di regole, metodologie e linguaggi comuni;
- Servizi di front-office:** funzionalità previste dalla soluzione SovraCUP regionale per la gestione della relazione con l'utente, i canali di accesso a disposizione e le operazioni che è possibile attuare mediante il sistema per la prenotazione delle prestazioni sanitarie e la gestione dell'assistenza.

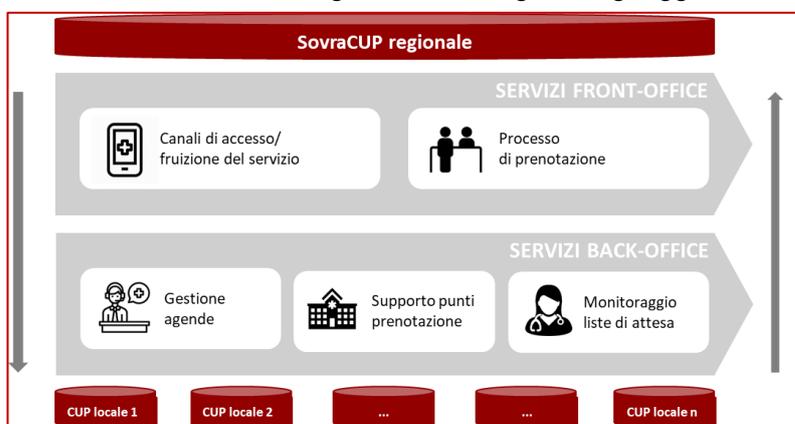


Figura 24. Funzioni dei servizi di front-office e back-office

Alla luce della nuova configurazione della rete di assistenza territoriale, in coerenza con i requisiti e gli standard definiti nel DM 77/2022, il sistema di prenotazione regionale SovraCUP, concepito secondo **un'ottica multicanale**, fornisce la possibilità di intervento attivo sull'intero processo di erogazione della prestazione ambulatoriale ai diversi attori della rete territoriale che a vario titolo agiscono sul processo clinico – assistenziale e amministrativo.

3.2 Digitalizzazione dei processi assistenziali

Come già detto, il PNRR sottolinea l'importanza della transizione digitale come uno dei tre assi strategici per la ripresa del Paese a cui contribuiranno a vario titolo tutte le missioni, inclusa la Missione 6 dedicata alla salute. Con il PNRR, l'adozione di soluzioni digitali in medicina e nell'organizzazione dei servizi



sanitari è stata fortemente incoraggiata e supportata da un'allocazione di 3,49 miliardi di euro per il periodo 2021-2026 a livello nazionale, a valere sulla **Componente 2 - Missione 6 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN"**, oltre che a beneficiare indirettamente di alcuni obiettivi inclusi nella Componente 1 nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali.

Le misure incluse nell'ambito del PNRR in ambito digitale intendono rendere le strutture italiane più moderne, digitali e inclusive, favorendo equità di accesso ai migliori servizi sanitari del nostro Paese per tutti i cittadini. In questo piano, la trasformazione digitale si pone come un tassello fondamentale per uniformare opportunità e standard su tutto il territorio nazionale e fonda la sua strategia su tre pilastri architettonici e di processo per la **digitalizzazione dei processi assistenziali** nel territorio:

- **sviluppo dei servizi regionali di telemedicina**, in coerenza con le linee di indirizzo nazionali, per assicurare alle persone residenti in aree remote dell'Isola l'accesso ai servizi sanitari e un'assistenza sanitaria qualificata;
- **adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte della Regione**, quale infrastruttura tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano;
- **adozione di nuovi flussi informativi in ambito territoriale**, a supporto della riabilitazione territoriale, i consultori familiari, gli ospedali di comunità e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, anche mediante integrazione con i flussi informativi ad oggi esistenti.

Tali elementi risultano mutuamente connessi e concorrono, con un peso differente delle componenti organizzativa, clinica e tecnologica, alla riorganizzazione delle modalità attuali di erogazione dei servizi territoriali, introducendo conseguenti cambiamenti nei processi organizzativi e nelle procedure operative dei vari professionisti.

Pertanto, questa Amministrazione ritiene indispensabile stabilire regole omogenee e standard di servizio per l'adeguamento dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, i flussi informativi, gli elenchi delle codifiche (es. Catalogo regionale delle prestazioni), schemi delle informative secondo la normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. Tali attività saranno sviluppate per il tramite di appositi atti successivi al presente Piano.

3.2.1 Telemedicina

Uno dei pilastri fondamentali della Missione Salute è il **potenziamento** e l'adeguamento dei **percorsi di telemedicina** per facilitare la presa in carico, acuta e cronica, da parte delle cure territoriali, favorire la deospedalizzazione e potenziare e migliorare la qualità delle cure di prossimità.

L'investimento in telemedicina in ambito PNRR rappresenta un mezzo per:

- contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali;
- garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti;
- migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.
- abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitari per gli assistiti.

Nello specifico, nell'ambito della Componente 1 della Missione, è previsto l'intervento 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» e il relativo **sub-investimento 1.2.3 «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici»**, a cui risulta destinato 1 miliardo di euro a livello nazionale per il



finanziamento di progetti che consentano interazioni medico-paziente a distanza.

L'intervento in oggetto prevede che ciascuna Regione progetti dei servizi di telemedicina specifici per il proprio ambito territoriale, nell'ottica di orientare i processi di change management verso soluzioni di scala regionale e non più rare e specifiche esperienze di telemedicina a livello aziendale, attraverso la progettazione di una soluzione modulare che possa adattarsi al proprio contesto organizzativo e tecnologico in continuità con l'ecosistema regionale.

La disponibilità di una piattaforma informatica a supporto della medicina territoriale costituisce, pertanto, una base infrastrutturale su cui impiantare il modello e gli obiettivi del presente Piano regionale di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, mediante erogazione dei servizi riportati di seguito.

Servizio	Descrizione
Televisita	Servizio di assistenza sanitaria, effettuato tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare, trattare e fissare il successivo controllo.
Teleconsulto	Visita per condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del/dei trattamento/i; è eseguibile anche in situazioni di urgenza o emergenza.
Teleassistenza	Attività rivolta a tutte le persone assistite e loro famiglie/caregiver, in condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acuzie. Il servizio può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti in diversi livelli assistenziali, e in particolare in quello delle cure domiciliari e delle situazioni ad esso assimilabili, ad esempio case-famiglia, comunità residenziali, dormitori, centri diurni.
Telemonitoraggio	Monitoraggio a distanza di parametri, attraverso l'utilizzo di appositi dispositivi medici che, a seconda delle loro caratteristiche, sono in grado di rilevare determinate informazioni. Lo scopo è il controllo dei parametri, rilevati in un arco temporale, al fine di determinare una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

Tabella 22. Servizi da erogare in Telemedicina

Nell'ottica di definire un **percorso per la presa in carico del paziente** e per la successiva erogazione dei servizi, in relazione al bisogno di cura del singolo, la piattaforma regionale di Telemedicina può fornire un reale contributo al sistema sanitario nelle seguenti fasi:

- **gestione di emergenze e urgenze:** in questo contesto la telemedicina interviene nella interconnessione tra unità operative per la gestione delle attività di urgenza sanitaria, sfruttando l'immediatezza della trasmissione telematica per scambiare informazioni cliniche all'interno della rete sanitaria agevolando la gestione di pazienti critici o non raggiungibili;
- **presa in carico nel lungo periodo di pazienti cronici e fragili:** la telemedicina offre un'assistenza specialistica sanitaria a distanza in molti ambiti – dalle patologie cardiovascolari alle malattie respiratorie, dal diabete alla patologia psichiatrica, perfino in pediatria – sostenendo la riabilitazione dei pazienti, programmando con le strutture di riferimento l'iter medico necessario per gestire la malattia;
- **diagnosi e cura:** i servizi di telemedicina aiutano a muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente. Offrono la possibilità di effettuare visite ed esami diagnostici refertati dallo specialista; inoltre garantiscono la continuità delle cure a distanza valutando di volta in volta le scelte terapeutiche, l'andamento patologico e, se necessario, la presa in carico delle cronicità;
- **episodi di follow-up e monitoraggio remoto:** grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali, la telemedicina permette di tenere sotto controllo l'andamento di alcuni parametri vitali del paziente



classificato a rischio o già affetto da patologie, anche a seguito di un evento acuto, allo scopo di ridurre l'insorgenza di possibili complicazioni.

L'erogazione di tali percorsi di telemedicina risulta tuttavia strettamente connessa con il modello di erogazione dei servizi di telemedicina concepito a livello nazionale, oltre alle organizzazioni delle singole aziende sanitarie. Pertanto, la Regione intende implementare meccanismi di governo e monitoraggio a livello regionale in modo da garantire l'applicazione uniforme dei workflow clinici e delle "best practice" fornite a livello nazionale per specifici asset assistenziali, la gestione di codifiche e dizionari terminologici, la valutazione degli outcomes clinici e di processo per la verifica dell'efficacia della presa in carico mediante percorsi di telemedicina.

Dal punto di vista architetturale tali obiettivi si raggiungono mediante la connessione tra:

- **la piattaforma abilitante nazionale** (Piattaforma Nazionale di Telemedicina - PNT) che ha la funzione di governo e validazione delle soluzioni, di verifica e applicazione e manutenzione delle regole comuni in ambito sanitario, organizzativo e di rendicontazione;
- **il verticale di telemedicina regionale**, interoperabile con i sistemi delle altre regioni grazie all'integrazione con la piattaforma nazionale di telemedicina, che ha la funzione di realizzare i servizi minimi (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza) della piattaforma nazionale;
- **i sistemi e i processi in ambito aziendale e MMG/PLS**, quali la Cartella Clinica, il CUP, i sistemi territoriali di assistenza integrativa e protesica, che hanno la funzione di applicare workflow efficaci per l'erogazione dei servizi nel contesto specifico di applicazione aziendale.

Inoltre, la piattaforma regionale di telemedicina si integra con i **servizi centrali** di autenticazione, prenotazione e pagamento delle prestazioni (SPID/CIE, ANA, PagoPA, ecc.), oltre che con i **servizi regionali** per la prenotazione delle prestazioni (SovraCUP).

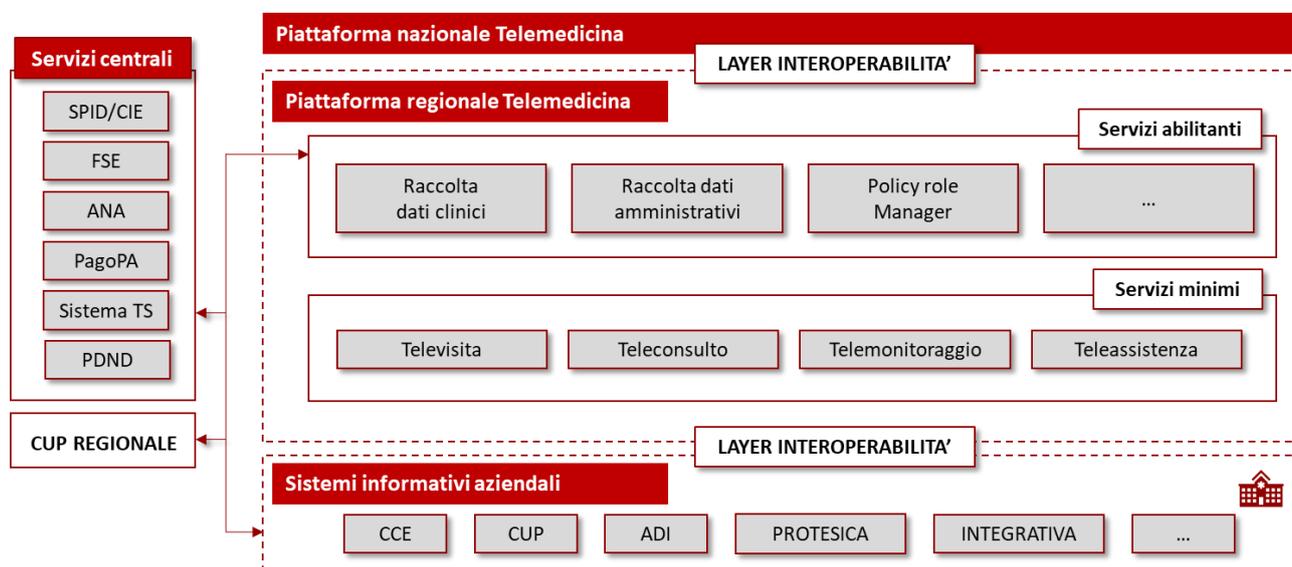


Figura 25. Architettura piattaforma regionale telemedicina

L'Infrastruttura Regionale alimenta la piattaforma nazionale e il FSE applicando **standard** per la produzione dei dati e documenti legati ad uno specifico asset assistenziale, quale ad esempio l'inizio e la fine di un percorso di cura che si protrae nel tempo ma anche un evento puntuale, come una visita o la segnalazione di un valore anomalo. Tali dati risultano utili: 1) per il professionista medico per poter realizzare servizi di accesso al dato più efficaci, in particolar modo per assistiti complessi o comunque



con comorbidità, 2) per l'assistito consentendo l'organizzazione dei dati e documenti sul proprio FSE in modo più adatto alle esigenze specifiche.

Il sistema **FSE** raccoglie dati ed eventi prodotti dai soggetti erogatori. Le piattaforme regionali di telemedicina alimentano l'FSE e ne utilizzano i servizi di consultazione che il FSE mette a disposizione da parte di cittadini e di professionisti sanitari. Sono messi a disposizione del FSE anche servizi a supporto della prevenzione individuale e dei processi di **Value Based Healthcare**. Lo specialista che prende in carico un assistito nell'ambito della telemedicina ha necessità di consultare la documentazione clinica del paziente: i sistemi di telemedicina, analogamente agli applicativi utilizzati dai professionisti sanitari, potranno integrarsi con i servizi di consultazione dei dati messi a disposizione del FSE, evitando la duplicazione dei dati e le richieste di caricamento della documentazione da parte del paziente.

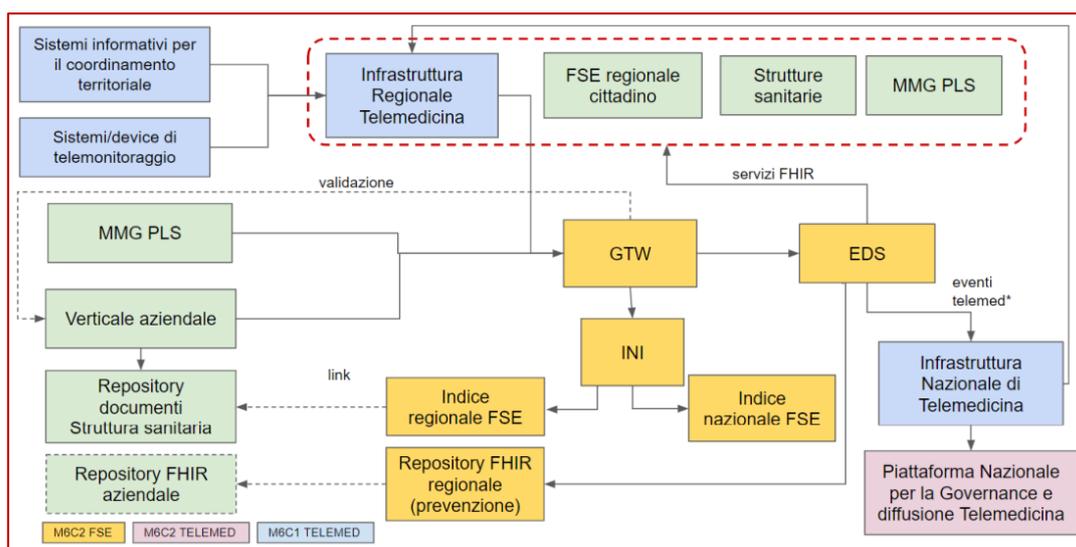


Figura 26. Relazione logica tra piattaforma di Telemedicina e FSE

Per la piena operatività di una **piattaforma regionale di Telemedicina** a supporto dei servizi erogati nel territorio, la Regione Siciliana ha definito un piano di azioni, da realizzare anche mediante la realizzazione di successivi atti di programmazione:

- definizione dell'infrastruttura regionale, dei servizi da implementare, dei requisiti di ordine tecnico, logistico, organizzativo e informativo in aderenza alle Linee di Indirizzo per i Servizi di Telemedicina emanate dal Ministero della Salute e dal Ministero per l'innovazione tecnologica;
- definizione di regole e modalità omogenee per la erogazione di prestazioni in telemedicina;
- adeguamento dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, dei flussi informativi, degli elenchi delle codifiche (es. Catalogo regionale delle prestazioni) e degli schemi delle informative secondo la normativa vigente in materia di privacy e sicurezza;
- sperimentazione del monitoraggio dei pazienti al domicilio anche mediante l'avvio di alcune iniziative sperimentali;
- promozione di attività formative e di iniziative di comunicazione legate ai progetti di Telemedicina, indirizzate sia al personale operante nel sistema sanitario regionale che al cittadino destinatario dei servizi.



3.2.2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico** (FSE) è una piattaforma che eroga servizi verso il cittadino ed i professionisti sanitari, gestisce dati e documenti prodotti da soggetti erogatori pubblici e privati e il consenso informato nel rispetto delle norme GDPR, perseguendo i seguenti obiettivi:

- agevolare l'assistenza del paziente;
- offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali;
- fornire una base informativa consistente.

Nella riorganizzazione della sanità del territorio, con un modello basato sul distretto e centrato sulla presa in carico, il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta una **base informativa affidabile** e fondamentale per garantire l'assistenza sanitaria efficace, efficiente e anche più economica.

Il FSE diventa lo strumento attraverso il quale il cittadino può **tracciare** e **consultare** tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente. L'importanza del FSE per la presa in carico del paziente consente al cittadino di essere sempre più coinvolto nel suo processo diagnostico e terapeutico. Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE sono resi **interoperabili** per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito.

Questo permette all'utente una maggiore libertà nella scelta della condivisione delle informazioni che sono tutte disponibili tramite l'accesso al Fascicolo dai professionisti sanitari. Inoltre, l'accesso al FSE da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazioni di emergenza, consente di conoscere tutto ciò che è necessario per intervenire con prontezza e garanzia del risultato. L'assistito è al centro del sistema con la sua storia sanitaria ed ogni azione medica che lo riguarda viene tracciata e codificata, evitando anche la ripetizione di indagini cliniche non necessarie.

Il FSE è istituito dalle Regioni nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ed afferisce ad un ampio spettro di attività relative all'erogazione di servizi sanitari, dalla prevenzione alla verifica della qualità delle cure. Nello specifico, l'**investimento 1.3.1 della Missione 6 Componente 2 PNRR** stanZIA 1,38 miliardi di euro per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico al fine di garantirne la **diffusione**, l'**omogeneità** e l'**accessibilità** su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari.

Per l'erogazione dei fondi associati a tale investimento, risultano definiti due macro-obiettivi:

- l'85% dei medici di base alimenta il FSE entro il T4 2025;
- tutte le Regioni hanno adottato e utilizzato il FSE entro il T2 2026.

Tale misura di investimento mira a far diventare il FSE il **punto unico ed esclusivo di accesso** per i cittadini ad un ecosistema di servizi del SSN basati sui dati per la diagnosi e cura degli assistiti, anche al fine di realizzare un'assistenza sempre più personalizzata sul paziente.

Il PNRR definisce **quattro direttrici di azione** per potenziare il FSE:

- garantire servizi essenziali per un'offerta di prestazioni di sanità digitale omogenea e uniforme su tutto il territorio nazionale;
- uniformare i contenuti in termini di dati e codifiche adottate, per assicurare la coerenza semantica nel produrre le informazioni che alimentano il FSE, la possibilità di impiego delle stesse nei processi di prevenzione e cura e l'interoperabilità tra organizzazioni e sistemi sanitari;
- rafforzare l'architettura per realizzare una infrastruttura di FSE composita di dati e documenti clinici,



capace di interoperare con i sistemi informativi in uso presso le diverse strutture sanitarie del territorio;

- potenziare la governance per garantire la definizione e la gestione delle regole di attuazione delle tre dimensioni (servizi, contenuti, architettura) a livello nazionale, attraverso la standardizzazione delle specifiche di implementazione, la validazione delle soluzioni software interoperabili con il FSE, il controllo e il monitoraggio dell'alimentazione del FSE ad ogni livello del SSN.

La realizzazione di tali interventi risulta fondamentale alla luce dell'attuale contesto nazionale, che vede una **alimentazione del fascicolo non uniforme**, oltre alla mancata interoperabilità tra i fascicoli regionali. Laddove alimentato, il fascicolo risulta prevalentemente orientato ai documenti, in termini di servizi, contenuti e architettura. Tali documenti risultano talvolta prodotti in forma non strutturata e omogenea sul territorio, anche per via di sistemi di codifica inesistenti o parziali per la valorizzazione delle informazioni cliniche.

Le disposizioni della normativa vigente prevedono che l'architettura di ogni FSE regionale sia composta dai seguenti **elementi infrastrutturali**:

- il **repository** delle aziende sanitarie, che consente la memorizzazione e l'accesso a documenti prodotti dagli organismi sanitari. Tale elemento può essere realizzato a livello locale o in via coordinata sul territorio regionale;
- il **registry**, che permette l'indicizzazione dei documenti prodotti dagli organismi sanitari e memorizzati nel repository.

L'integrazione tra i vari FSE regionali è garantita dall'**Infrastruttura Nazionale di Interoperabilità (INI)**, che utilizza l'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) per identificare univocamente i cittadini sul territorio nazionale.

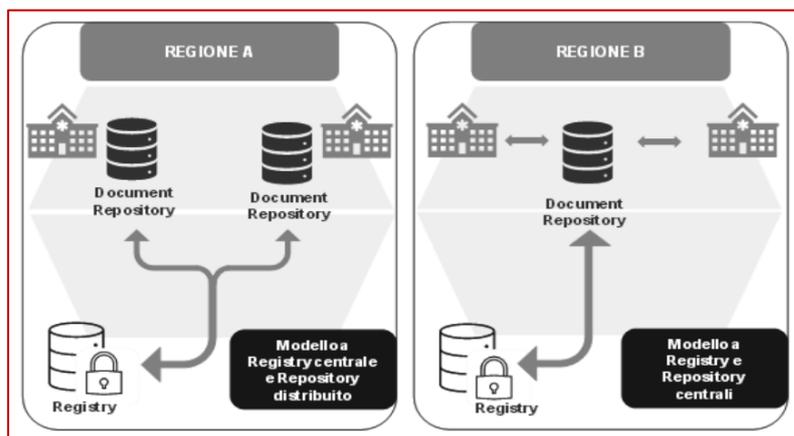


Figura 27. Integrazione tra FSE regionali

Nell'ottica di realizzare una piattaforma interoperabile sul territorio nazionale, l'architettura è stata concepita affinché tutti i componenti siano capaci di acquisire dati e documenti dai **sistemi aziendali** che alimentano il FSE e verificare che siano conformi agli standard nazionali. Inoltre, un'**interfaccia unica nazionale** consente l'interoperabilità con le piattaforme preposte all'uso secondario dei dati del FSE (es. NSIS per le finalità di programmazione).

La gestione documentale è realizzata a **livello regionale** attraverso i Registry regionali che indicizzano i documenti memorizzati presso i sistemi informativi delle strutture sanitarie; l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità e il Registry nazionale, invece, consentono l'accesso ai documenti da una Regione diversa da quella di produzione del dato e abilitano le funzioni di trasferimento degli indici dei documenti che costituiscono il fascicolo. La gestione dei dati e l'erogazione dei servizi viene invece realizzata dall'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) che contiene dati atomici anche personali secondo standard internazionale HL7-FHIR e realizza servizi secondo processi di erogazione regolati sempre dallo standard HL7-FHIR. Il Ministero della salute è titolare del trattamento dei dati raccolti e generati dall'EDS, la cui gestione operativa è affidata all'AGENAS. Tramite l'EDS è possibile realizzare interoperabilità di processi, anche transfrontalieri, basati su standard sia a livello di dato che di processo.

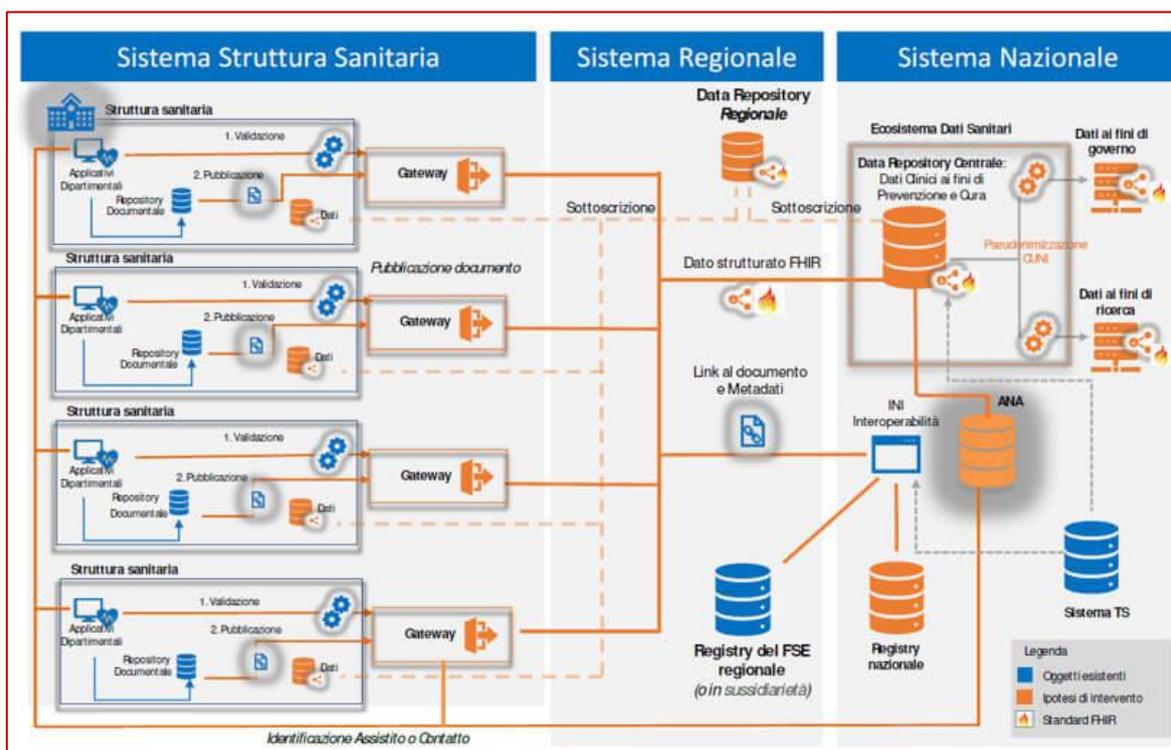


Figura 28. Architettura FSE

La **Regione Siciliana** nel dicembre 2017 ha dato avvio al progetto **FSE-INI** avvalendosi dei servizi in sussidiarietà resi disponibili dal Sistema TS e definiti nel decreto attuativo della Ragioneria Generale dello Stato del 4/8/2017. Il progetto ha avuto come obiettivo l'alimentazione del Fascicolo Sanitario con i documenti sanitari digitali e gli eventi relativi alla vita del paziente previo consenso espresso dallo stesso alla sua costituzione. Tuttavia, dal monitoraggio dell'utilizzo del fascicolo⁷ risulta ancora basso il numero dei cittadini che hanno attivato l'FSE.

Pertanto, sfruttando anche le iniziative sopra descritte in ambito **PNRR**, la Regione ha avviato le necessarie azioni sulle strutture e gli operatori del servizio sanitario regionale, finalizzato a:

- sviluppare il fascicolo elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione degli stessi;
- integrare gli erogatori privati nell'alimentazione del FSE;
- strutturare un piano di gestione, evoluzione e monitoraggio del FSE, in coerenza con le direttive nazionali;
- strutturare un'adeguata campagna di comunicazione rivolta ai cittadini.

⁷ <https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bc>



3.2.3 Nuovi flussi informativi nazionali

La Componente 2 PNRR comprende, tra l'altro, misure volte ad una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso percorso strategico e integrato per il rafforzamento di tutto il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), destinato a tutti gli enti centrali, regionali e locali.

Tale percorso è incentrato principalmente sulla reingegnerizzazione e la standardizzazione dei processi regionali e locali di produzione di dati, al fine di ottimizzare lo strumento del NSIS per la misurazione della qualità, dell'efficienza e dell'adeguatezza del SSN.

L'istituzione di nuovi flussi NSIS è stata prevista fin dal **Patto per la Salute 2014-2016**, che ha disposto l'incremento del patrimonio informativo attraverso l'istituzione di quattro nuovi sistemi informativi, relativi alle cure primarie (articolo 5, comma 11), agli ospedali di comunità (articolo 5, comma 18), alla riabilitazione territoriale (articolo 5, comma 22), nonché alla rete nazionale per la dispositivo-vigilanza (articolo 24). Da ultimo, il **Patto per la Salute 2019-2021** ha ribadito la necessità di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

Recependo tali disposizioni normative, l'**investimento 1.3.2** della **Componente 2** PNRR stanziava 30,3 milioni di euro per l'adozione da parte delle Regioni di **4 nuovi flussi informativi nazionali**.

Questo investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. L'obiettivo primario è il **rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica** e degli **strumenti di analisi** del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

Per l'erogazione dei fondi associati a tale investimento, risultano definiti due macro-obiettivi, da raggiungere anche mediante la reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale:

- adozione di n. 2 nuovi flussi informativi nazionali in ambito **riabilitazione territoriale e consultori familiari**, entro il T1 2023;
- adozione di n. 2 nuovi flussi informativi nazionali in ambito **ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria**, entro il T1 2025.

Naturalmente, tali flussi rappresentano per la Regione uno strumento per rafforzare la **governance** del SSR attraverso la raccolta, elaborazione, validazione e analisi dei dati, anche al fine di rendere trasparente a tutti i livelli del sistema e ai cittadini le capacità di risposta dei servizi territoriali, anche di nuova attivazione, in termini di efficienza, efficacia, tempestività e qualità delle cure.



4. PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

4.1 Cure Primarie

4.1.1 Case della comunità

La **Casa della Comunità** (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'**assistenza di prossimità** per la popolazione di riferimento. Tale struttura costituisce inoltre la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di **interventi sanitari** e di **integrazione sociale**: è infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza.

La CdC promuove un modello di **intervento integrato e multidisciplinare**, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari: l'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento. L'**attività amministrativa** è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche del servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

La missione di questa struttura sanitaria, pertanto, è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'**accesso**, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. Inoltre, l'adozione di un modello basato sull'**integrazione funzionale** tra i diversi erogatori di servizi sanitari consente un utilizzo delle risorse umane e professionali più positivo per il successo della struttura stessa. Come definisce il DM 77 l'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di **garantire in modo coordinato**:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso l'assistenza al pubblico e il supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolti dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata, la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali.

Come anticipato, la CdC rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un **approccio intrasettoriale** dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati



sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce pertanto un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo **destinataria di servizi** ma è **parte attiva** nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

Sulla base dei **profili di utenza** e delle **attività** che vengono erogate, la complessità della struttura varia in funzione del numero e del tipo di servizi forniti. Nello specifico, si individuano due livelli di complessità (Hub e Spoke) così suddivisi:

- la **CdC Hub** oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base. Pertanto, si caratterizza dalla presenza di equipe multiprofessionali con assistenza medica h24 - 7 giorni su 7. Dispone di un Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale, di un Punto prelievi ed eroga servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.), servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.), Inoltre sono previsti interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni;
- la **CdC Spoke** è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria. Garantisce la presenza di equipe multiprofessionali h12 - 6 giorni su 7 da lunedì a sabato. Dispone di un Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale, di alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.) e servizi infermieristici per la prevenzione collettiva, la promozione della salute pubblica, la continuità di assistenza sanitaria, la gestione integrata delle patologie croniche.

Tra CdC Hub e Spoke le differenze non sono soltanto legate alla obbligatorietà o meno della presenza di alcune funzioni o servizi (ad esempio servizi diagnostici o assistenza medica H24 garantita dalla continuità assistenziale), ma anche – nell'ambito della **gestione delle patologie croniche** – ad una differenza di livello assistenziale da assicurare, nelle CdC Hub, a favore dei pazienti più complessi, e nelle case di comunità Spoke a quelli meno complessi, sulla base della

stratificazione e stadiazione prima descritta e secondo piani di cura (o Progetti di Salute) concordati tra MMG e specialisti e coordinati dall'infermiere di famiglia e di comunità.

Servizi	CdC HUB	CdC SPOKE
Servizi di cure primarie attraverso èquipe multiprofessionali	Obbligatorio	
Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare	Obbligatorio	
Specialistica ambulatoriale per patologie ad elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi infermieristici	Obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
Integrazione con i Servizi Sociali	Obbligatorio	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	Obbligatorio	
Collegamento con la Casa della Comunità HUB di riferimento	-	Obbligatorio
Presenza medica	H24, 7/7 gg	H24, 6/7 gg
Presenza infermieristica	H12, 7/7 gg	H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Attività consultoriali e attività rivolta ai minori	Facoltativo	Facoltativo
Interventi di salute pubblica	Facoltativo	Facoltativo
Programmi di screening	Facoltativo	Facoltativo
Servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche	Raccomandato	
Medicina dello sport	Raccomandato	

Tabella 23. Schema dei servizi obbligatori e facoltativi delle CdC



Sia nell'accezione Hub sia in quella Spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche.

In funzione della mission delle CdC, l'organizzazione di tali strutture può essere articolata in **macro-aree funzionali**, per tipologia di funzione da erogare (servizi sanitari, cure primarie, servizi logistici, ecc.).

A ciascuna macro-area, a sua volta, corrispondono diverse aree funzionali sanitarie e non sanitarie. Nello specifico, si individuano:

- **Macro-Area specialistica** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- **Macro-Area cure primarie** che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia (IFoC), ecc.;
- **Macro-Area assistenza di prossimità** che ospita assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
- **Macro-area servizi generali e logistici** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici (servizi di accoglienza per gli utenti, per il personale sanitario e non, servizi logistici, ecc.).

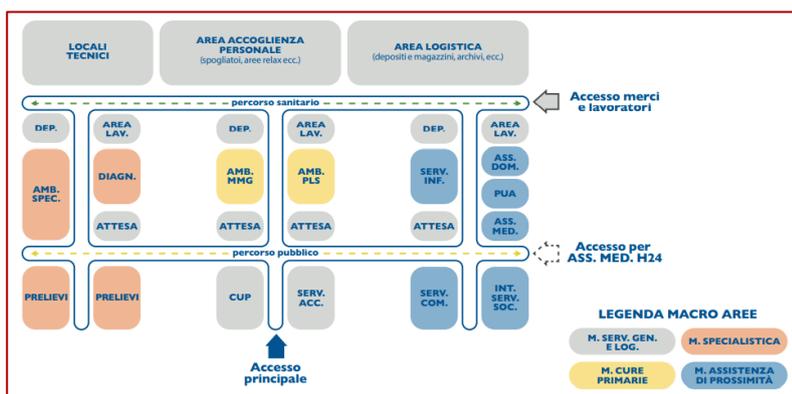


Figura 29. Aree funzionali CdC Hub

specifiche esigenze dell'Azienda Sanitaria Locale. In relazione alle indicazioni sopra riportate, Agenas ha elaborato un **diagramma schematico-funzionale** per le CdC Hub e uno per le CdC Spoke, che si riporta per maggiore chiarezza, con evidenza delle aree funzionali almeno obbligatorie.

Tali indicazioni abilitano le aziende sanitarie a progettare le strutture per ottimizzarne il **funzionamento interno** in termini di layout spaziale, di sistema organizzativo e di personale minimo da allocare, in relazione al grado di complessità dei servizi erogati (obbligatori e facoltativi), del contesto e del bacino d'utenza in cui essa è inserita.

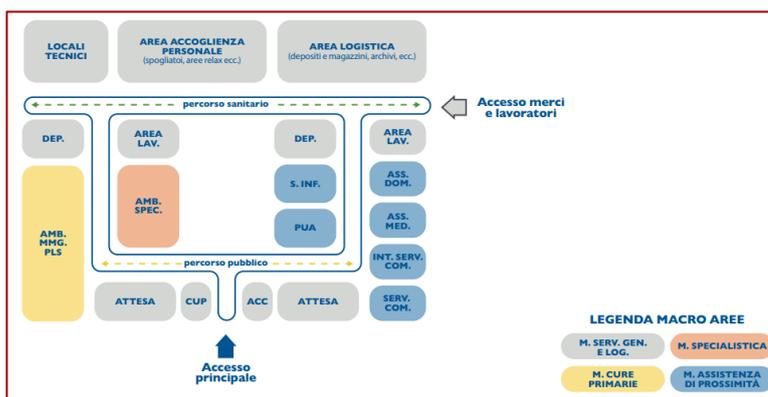


Figura 30. Aree funzionali CdC Spoke

Ogni Macro-area risulta suddivisa in **Aree funzionali** e le singole Aree Funzionali, obbligatorie o facoltative in relazione alla tipologia di struttura (Hub/Spoke) e al bacino di utenza.

Ciò significa che ogni CdC deve prevedere l'inserimento delle funzioni ritenute obbligatorie, e può prevedere la presenza di funzioni aggiuntive/facoltative secondo le



STANDARD DA DM77

Il DM 77/2022 prevede l'istituzione di **1 Casa della Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Relativamente allo **standard di personale** per ciascuna CdC Hub, il DM 77 prevede: 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Inoltre, è previsto un **team medico** da allocare all'interno delle CdC in numerosità da determinare tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la **sede fisica** oppure a queste collegate funzionalmente. I medici e gli altri professionisti sanitari operano sia all'interno delle CdC che nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di medicina d'iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Nel corso del 2021, la **Regione Siciliana** ha concluso l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle CdC, e ha proceduto a definire una prima programmazione in sede di definizione del CIS Missione 6. Nello specifico, è prevista la realizzazione di **1 CdC ogni 32.000 abitanti**, per un totale di **156 strutture** da realizzare sul territorio. La distribuzione territoriale delle strutture a livello regionale è rappresentata di seguito. Per il dettaglio delle sedi individuate, si rimanda all'Allegato tecnico.



Figura 31. Overview Case della Comunità

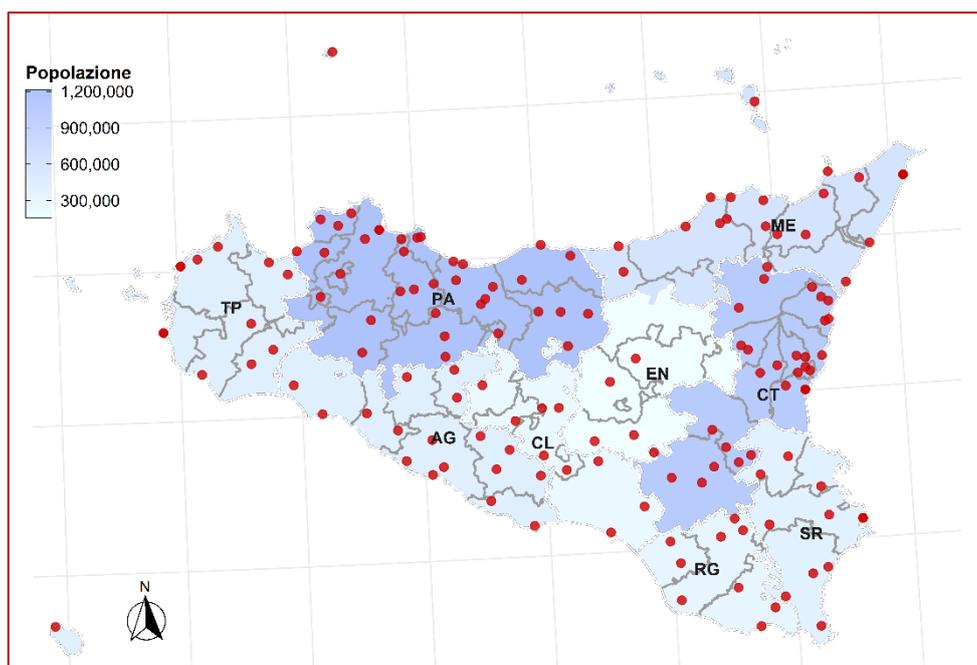


Figura 32. Distribuzione territoriale Case della Comunità



Piano della rete territoriale di assistenza

In linea con il modello “Hub e Spoke” sopra definito, per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, la programmazione regionale ha previsto la costituzione di una rete di assistenza territoriale costituita da **58 Case della Comunità Hub** e **98 CdC Spoke**. A regime, la CdC Hub rappresenta la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le CdC Spoke sono invece sue articolazioni territoriali con dotazioni di servizi più ridotta. La tabella proposta evidenzia la composizione delle Case della Comunità per ciascuna provincia della Regione.

ASP	CdC Hub	CdC Spoke
ASP Agrigento	8	11
ASP Caltanissetta	6	3
ASP Catania	10	19
ASP Enna	1	4
ASP Messina	9	12
ASP Palermo	10	29
ASP Ragusa	4	5
ASP Siracusa	4	8
ASP Trapani	6	7
TOTALE	58	98

Tabella 24. Distribuzione strutture Hub e Spoke

Inoltre, nella programmazione delle CdC, all'interno di una rete di strutture sanitarie già esistenti, ha assunto fondamentale importanza la localizzazione e il dimensionamento in relazione al territorio di riferimento e al livello dei servizi previsti, anche nell'ottica di riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione. Pertanto, nelle attività di programmazione delle CdC a livello regionale è stata effettuata una valutazione circa l'**ubicazione delle strutture**, sia di **nuova costruzione** che insediate all'interno di poli ospedalieri o **edifici già operativi** (edifici e/o porzioni della struttura). La tabella riportata di seguito fornisce il dettaglio delle strutture di nuova costruzione ed esistenti (da ristrutturare come CdC) previste per ciascuna provincia della Regione. Come è evidente, il modello di Case della Comunità (CdC) rappresenta per la Sicilia un'evoluzione dei **Presidi Territoriali di Assistenza** istituiti ai sensi della L 5/2009 e del DA 723 del 2010, prima descritti.

ASP	CdC da edificare	CdC da ristrutturare
ASP Agrigento	0	19
ASP Caltanissetta	1	8
ASP Catania	1	28
ASP Enna	0	5
ASP Messina	2	19
ASP Palermo	0	39
ASP Ragusa	2	7
ASP Siracusa	3	9
ASP Trapani	4	9
TOTALE	13	143

Tabella 25. Distribuzione strutture da edificare/ristrutturare

La realizzazione delle Case della Comunità è finanziata mediante specifici fondi erogati nell'ambito del PNRR e, nello specifico, con riferimento alla misura **1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona** afferente alla Componente 1. In taluni casi, il piano di investimenti ha richiesto l'integrazione dei fondi

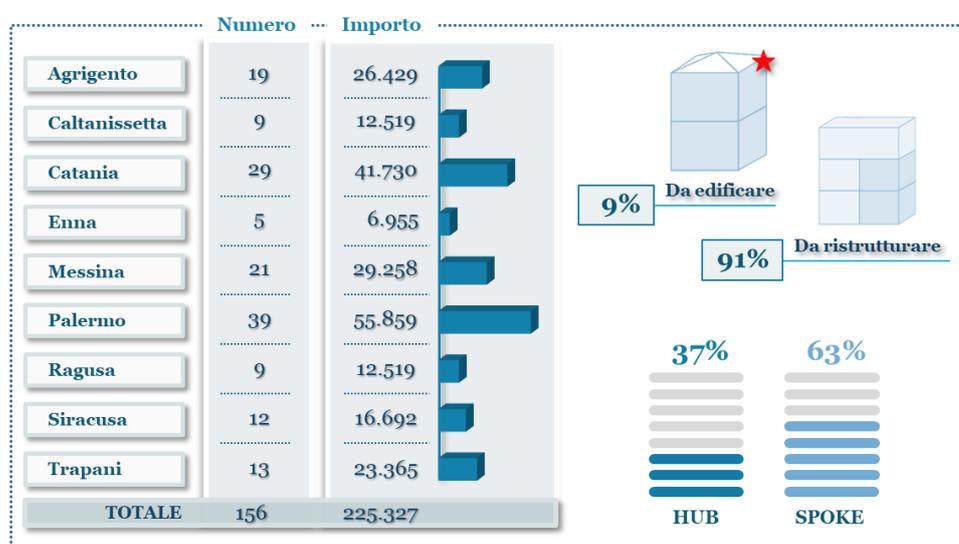


Figura 33. Quadro degli investimenti per Case della Comunità



PNRR con risorse aggiuntive a carico dei bilanci delle aziende sanitarie o provenienti da altre fonti pubbliche.

Si riporta di seguito una rappresentazione esplicativa dei finanziamenti afferenti alla suddetta misura e del dettaglio dei fondi per ciascuna provincia della Regione.

L'erogazione di tali somme risulta, come tutte le misure previste nell'ambito del PNRR, vincolata al raggiungimento di un complesso di **traguardi e obiettivi** che la Regione Siciliana, congiuntamente alle aziende sanitarie quali "soggetti attuatori esterni", dovrà garantire entro tempistiche prefissate. In ultima istanza, la realizzazione

e la piena operatività delle CdC devono essere garantite entro il **31 marzo 2026**.



Figura 34. Cronoprogramma Case della Comunità

4.1.2 Infermieri di famiglia

Il **D.L. 19/05/2020 n. 34**, convertito in L. 17/07/2020 n. 77, "al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale (...)" all'articolo 5, introduce la figura dell'**Infermiere di Famiglia o di Comunità**. Tale disposizione si colloca all'interno del più ampio intervento, delineato al comma 4, attraverso cui le Regioni e le Province Autonome attivano misure per garantire il **massimo livello di assistenza** compatibile con le **esigenze** di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati, nonché di tutte le persone fragili e dei soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

Successivamente, il **DM 77/2022** ha previsto la figura dell'Infermiere di Famiglia tra i componenti dei team multidisciplinari che operano nelle Case della Comunità (CdC), quale professionalità di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'**integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale** dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali: non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la **risposta assistenziale** all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla **gestione proattiva della salute**. È coinvolto in attività di **promozione**, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola.

L'Infermiere di Famiglia è, inoltre, un professionista **responsabile dei processi infermieristici** in ambito **familiare e comunitario** che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Tale figura interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del **welfare di comunità/generativo**.



In sintesi, il DM 77/2022 prevede che l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

- collabori all'intercettazione del **bisogno di salute**, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisca alla **programmazione** delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisca l'accessibilità e l'**orientamento ai servizi** al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuova il **coinvolgimento attivo** e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica;
- svolga attività di **counseling infermieristico** e contribuisca ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- lavori in forte integrazione con le **reti sociosanitarie** a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari.

STANDARD DA DM77

La normativa vigente prevede l'istituzione di 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.



1

ogni 3.000 ab.

Infermiere di Famiglia

In seguito a tali input normativi, la **Regione** ha emanato specifici provvedimenti⁸ con cui sono state comunicate le risorse assegnate alle aziende sanitarie provinciali nonché il numero di infermieri da assumere a tempo determinato per l'anno 2020 e a tempo indeterminato a partire dall'anno 2021 per le finalità indicate dal D.L. 34/2020 (8 unità ogni 50.000 abitanti). Inoltre, si è disposto l'inserimento dell'IF/C nelle nuove **dotazioni organiche aziendali**, comunicando l'incremento del tetto di spesa necessario per l'assunzione di tale personale infermieristico, pari - a livello regionale - ad euro 39.174.820,00.

Infine con D.A. n.989 del 29 settembre 2021, pubblicato nella GURS parte I n.47 del 22/10/2021, anche sulla base delle indicazioni approvate in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nelle "Linee di indirizzo dell'Infermiere di Famiglia/comunità" e sul Position Statement "L'infermiere di famiglia e di comunità" della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

⁸ nota prot.n. 46182 del 30/10/2020 "Direttive in merito al potenziamento della rete territoriale ai sensi del Decreto Legge 19 maggio 2020 n.34 convertito in Legge 17 luglio 2020 n.77"; nota prot. n. 5462 del 29 gennaio 2021 "Appendice alle linee guida di cui al D.A. 2201/2019 per la rideterminazione dei piani triennali di fabbisogno e delle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie regionali e relative tabelle"; DA n. 1400/2020 "Ripartizione della somma di euro 27.148.150,40 - Capitolo 413408 "Finanziamento sanitario aggiuntivo delle spese correnti delle aziende e degli enti del SSR per le finalità dell'art.1, comma 5 del D.L. n.34 del 19 maggio 2020" (Personale infermieristico)



(FNOPI), è stato approvato il documento “**Linee guida regionali su Infermiere di Famiglia e di Comunità**” in cui vengono definiti le funzioni e le competenze di tali figure:

- il case management dei pazienti cronici;
- gli accessi domiciliari per pazienti con dimissioni ospedaliere facilitate e pazienti dimessi da ADI/RSA;
- gli accessi domiciliari per pazienti cronici;
- gli interventi di prevenzione primaria/educazione alla salute in comunità (luoghi di aggregazioni pubblici e/o privati);

La Regione, inoltre, ha avviato la pianificazione, attraverso il Centro per la Formazione Permanente e l'aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS), di uno specifico “**Programma regionale di formazione per infermiere di famiglia e di comunità**”.

Obiettivo della Regione, pertanto, è quello di inserire questa nuova professionalità, opportunamente formata, nel contesto distrettuale, considerandola cardine di tutto il processo di presa in carico del paziente cronico e a supporto della domiciliarizzazione dell'assistenza.

4.1.3 Continuità assistenziale

In Sicilia risultano attivi ad oggi complessivamente oltre **400 presidi Continuità assistenziale (CA) e Guardia medica turistica**. La rete di presidi di CA è stata da tempo oggetto di provvedimenti di riorganizzazione; al momento l'attività di continuità assistenziale vede impegnati un numero di **medici di Continuità assistenziale** (medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, come definito dal nuovo ACN) superiore a quanto previsto dall'ACN in vigore, che definisce: “*Il rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, già definito ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., prevede per l'attività a ciclo di scelta un medico ogni 1.000 abitanti residenti (1:1.000) o frazione di 1.000 superiore a 500 e per l'attività oraria un medico/24 ore ogni 5.000 abitanti residenti (1:5.000)*”.

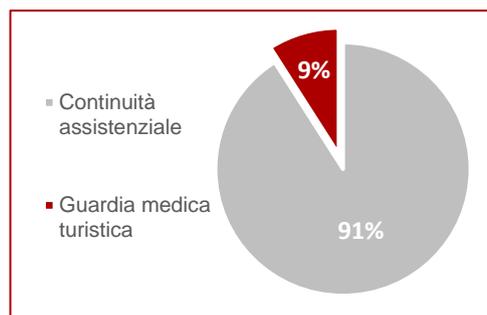


Figura 35. Composizione continuità assistenziale

L'ACN, introducendo il ruolo unico di assistenza primaria, di fatto inserisce anche l'attività della Continuità assistenziale tra quelle delle AFT e dei team multiprofessionali. Questo aspetto è particolarmente rilevante in quanto coinvolge un'attività che storicamente è stata “sganciata” dalla presa in carico dei pazienti da parte delle cure primarie nel raggiungimento degli obiettivi comuni alle altre componenti delle AFT e quindi gli obiettivi di salute del Distretto. Il cittadino che accede alla rete di continuità assistenziale può beneficiare della condivisione di modalità operative e della conoscenza di dati clinici: l'eventuale urgenza può pertanto essere gestita da medici che hanno già in carico il paziente, ne conoscono i dati clinici generali e condividono anche le modalità stesse per gestirne le eventuali fasi di scompenso gestibili in ambito extraospedaliero.

I **Punti di Primo Intervento (PPI)**, attivati a seguito degli accordi integrativi regionali del 20120, garantiscono un servizio medico h12 diurno in integrazione con i servizi di Continuità assistenziale per le piccole e medie urgenze, per non affollare le aree di emergenza e costituiscono gli “elementi standard” imprescindibili dei PTA. A fianco di alcune aree di emergenza sono inoltre stati istituiti degli ambulatori di codici bianchi (ACB) che supportano i Pronto Soccorso. In Sicilia risultano attivi **58 PPI e 6 ABC**.



UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)

A garanzia dei servizi di continuità assistenziale, durante la pandemia COVID le **Unità speciali dei Continuità Assistenziali (USCA)**, introdotte dal D.L. n. 14 del 9 marzo 2020 con la specifica funzione di effettuare *“la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero”* hanno dimostrato di costituire uno strumento di formidabile valore nell’ambito dell’assistenza territoriale, a supporto delle figure e dei servizi tradizionalmente deputati all’assistenza primaria.

Di fatto si è creato un servizio innovativo, in genere multiprofessionale (con la presenza di medico e infermiere e spesso con il supporto di psicologi) che ha garantito a domicilio l’assistenza ai pazienti con infezione da SARS-CoV-2 ed ha contribuito ad un’estesa campagna di tamponamento per l’individuazione precoce dei casi e, successivamente, a realizzare una campagna vaccinale con pochi precedenti nella storia. In Regione Siciliana, inoltre, sono stati attivati servizi specificamente dedicati alla scuola, ai non residenti e a situazioni che richiedessero un pronto intervento (ad esempio in caso di rilevanti focolai epidemici).

Il **DM 77/2022** sancisce l’importanza del servizio di continuità assistenziale e – superata la fase acuta della pandemia - lo affianca a quelli erogati dagli altri professionisti, in **“condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico”**. Le condizioni previste dal DM 77 sono le seguenti:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- supporto all’Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- gestione di programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti “fragili” (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- gestione di programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc..

Quindi ferma restando la “specificità originaria” legata alla gestione dei focolai epidemici o di altri eventi eccezionali, si tratta di servizi in grado di inserirsi in **“gap assistenziali”** delle cronicità e delle fragilità usualmente gestiti in modo difficoltoso, soprattutto perché spazi di confine tra setting e livelli assistenziali diversi e per i quali una chiara responsabilità non è spesso ben definita o rispettata.

L’**Unità di Continuità Assistenziale (UCA)** nel limite previsto ai sensi dell’articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un’**équipe mobile distrettuale** per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità. L’**équipe UCA** può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell’ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale. L’UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità.



STANDARD DA DM77

La normativa vigente prevede l'istituzione di 1 UCA, costituita da 1 Medico e 1 Infermiere, ogni 100.000 abitanti. La sede operativa dell'UCA è la **Casa della Comunità hub** alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.



1

ogni 100.000 ab.

**Unità Continuità
Assistenziale**

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una **moderna infrastruttura di telemedicina** collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della **rete di consulenti** collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La **Regione Siciliana** con provvedimento di Giunta Regionale n. 368 del 25/7/2022 e n. 405 del 04 agosto 2022 ha istituito le Unità di Continuità Assistenziale, nella misura di una ogni distretto sanitario e affidando alle aziende sanitarie di conferire a far data dal 1 ottobre incarichi temporanei in attesa della compiuta attivazione delle UCA a seguito della precisa definizione dell'assegnazione degli incarichi, del profilo contrattuale, delle relazioni con gli altri professionisti.

Inoltre, al fine di riqualificare i presidi di CA e rimodularne la rete, integrandoli con le Case di Comunità ai sensi del DM 77, è stata già avviata una rilevazione sull'intera rete dei presidi di CA e di GM turistica, con la valutazione di numerosi item relativi all'ubicazione, alla proprietà dei locali, agli aspetti strutturali anche relativi all'accessibilità, alle dotazioni tecnologiche, informatiche e di sicurezza, al fine di identificare le criticità e le aree prioritarie di intervento per l'adeguamento strutturale.

Pertanto, gli obiettivi che si intendono perseguire in prima istanza a livello regionale per il funzionamento della continuità assistenziale sono di seguito definiti:

- valutazione della rete dei presidi alla luce dello sviluppo delle CdC e degli standard previsti nell'ACN di settore;
- definizione di procedure inerenti all'attività delle UCA, ivi comprese le dotazioni strumentali;
- definizione delle modalità di integrazione tra le UCA e gli altri servizi sanitari, ivi comprese le COT;
- attivazione delle UCA e di un sistema di monitoraggio delle attività;
- informatizzazione e collegamento con i sistemi aziendali per la gestione delle urgenze nei pazienti cronici e attivazione della trasmissione dei referti al FSE.

4.1.4 Consulitori

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a **libero accesso** e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla **donna** in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), **minori, famiglie** all'interno del contesto comunitario di riferimento.

I Consulenti Familiari sono stati istituiti formalmente nel 1975 (Legge 405/75), recepita in **Sicilia** con la L.R. 21/78. Al fine di dare una più efficiente organizzazione ai servizi consultoriali esistenti, adeguandoli a definiti standard strutturali ed organizzativi, sono stati emanati due provvedimenti: il D.A. 1186/2014 ed il D.A. 1187/2014 (revocato e successivamente sostituito dal D.A. 294/2015) aventi per oggetto il "Riordino dei servizi materno-infantili" dei Consulenti familiari rispettivamente pubblici e privati convenzionati.



Ai sensi del D.A. 1186/2014 nell'ambito dell'area materno infantile territoriale, in stretta collaborazione con altri servizi territoriale e/o ospedalieri, sono state individuate le seguenti **aree di intervento prioritarie**:

- Percorso nascita (preconcezionale – gravidanza – puerperio-allattamento);
- Percorso IVG;
- Percorso Salute Sessuale e Riproduttiva della popolazione giovanile;
- Percorso Salute Donne Straniere;
- Percorso Violenza di genere;
- Percorso Abuso e maltrattamento dei minori;
- Percorsi integrati per la continuità assistenziale in ambito ginecologico (consultori – ambulatori di ginecologia dei PTA/Poliambulatori – ambulatori di ginecologia ospedalieri).

Per la definizione degli specifici percorsi, il predetto D.A. ha previsto l'istituzione di un **tavolo tecnico** con il compito di supportare l'Assessorato nella formulazione di precisi atti di indirizzo tecnico-scientifico.

La rete regionale (rif. Monitoraggio anno 2021) comprende attualmente **190 Consulteri familiari**, di cui 181 pubblici e 9 privati. Si riporta di seguito la distribuzione delle strutture per provincia, corredata di un'analisi sul rapporto popolazione/consultori.

ASP	Consultori pubblici	Consultori privati	TOTALE
ASP Agrigento	20	2	22
ASP Caltanissetta	13	-	13
ASP Catania	33	3	36
ASP Enna	10	-	10
ASP Messina	25	3	28
ASP Palermo	40	-	40
ASP Ragusa	11	-	11
ASP Siracusa	15	-	15
ASP Trapani	14	1	15
TOTALE	181	9	190

Tabella 26. Distribuzione dei consultori per provincia

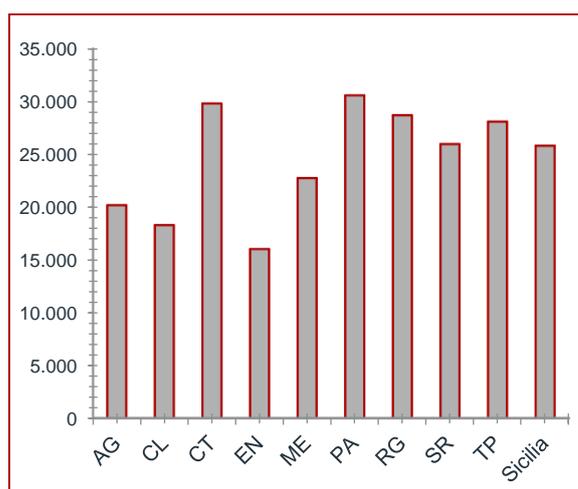


Figura 36. Rapporto popolazione/consultori

I **Consultori familiari privati convenzionati** vengono in atto finanziati con la somma di € 123.000,00 quale quota fissa per spese di gestione e compiti di istituto e con la somma di € 75.000,00 quale quota variabile per attività di formazione e di informazione, quest'ultima vincolata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalle aziende sanitarie provinciali ai consultori privati convenzionati.

Relativamente invece ai **Consultori familiari pubblici** le risorse finanziarie trovano copertura nell'ambito dei bilanci aziendali e delle risorse assegnate all'interno della quota capitaria.

Nel corso del 2021 l'**attività dei consultori familiari**, al pari di tutte le attività sanitarie e non, è stata influenzata dall'andamento dell'epidemia di COVID; si è comunque mantenuta l'apertura delle strutture e delle attività al fine di continuare a rendere all'utenza un servizio che, in ragione del periodo di crisi attraversato, si è rilevato utile nel campo psico-sociale e ginecologo-ostetrico.



Dall'analisi dei **dati di struttura e di attività** dei consultori familiari emergono ancora alcune criticità, con maggiore accentuazione in determinate province, legate alla qualità della sede, alla presenza di adeguata strumentazione, alla piccola quota di popolazione generale che afferisce al consultorio, alla ridotta disponibilità di contraccettivi da fornire gratuitamente (specie la contraccezione d'emergenza), alla ridotta presa in carico dopo il parto e dopo l'IVG. Una criticità particolare è costituita dalla **composizione dell'équipe** (organici incompleti rispetto agli standard), come mostrato nella figura.

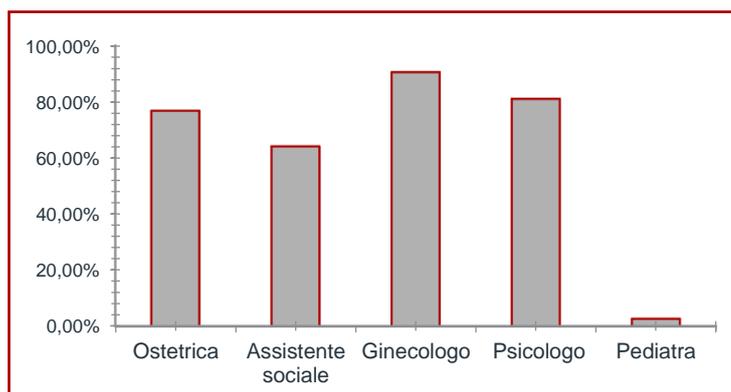


Figura 37. Composizione organico consultori

STANDARD DA DM77

Il DM 77 spinge verso un rafforzamento delle funzioni consultoriali e verso l'integrazione tra le figure coinvolte nei rilevanti obiettivi di salute "globale" affidati a tali servizi e lo standard in esso indicato prevede 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.



L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Gli **obiettivi** che la Regione Siciliana intende perseguire per il **potenziamento dei consultori familiari** sono pertanto i seguenti:

- garantire la piena funzionalità dei consultori in termini di strutture, tecnologia e personale;
- realizzare una maggiore integrazione con gli altri professionisti operanti sul territorio, quali la medicina generale e la pediatria di libera scelta e i professionisti dell'area ospedaliera, i dipartimenti di salute mentale e dipendenze, gli specialisti ambulatoriali, i servizi di riabilitazione al fine di potenziare i percorsi dedicati a questa fascia e tipologia di popolazione che si svolgano tra setting assistenziali diversi (ad esempio il "percorso nascita", la tutela della salute nei "primi 1000 giorni", etc);
- integrare l'attività consultoriale all'interno delle Case della Comunità (anche se tale integrazione è indicata come facoltativa si ritiene che ciò possa assicurare una presa in carico più funzionale per la presenza di altri servizi nella stessa sede);
- adottare un approccio intersettoriale sia con il sociale che con gli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Tra le risorse da utilizzare per raggiungere tali obiettivi vanno considerati anche i fondi specificamente previsti nel Piano Equità che, tra l'altro, mira a realizzare il rafforzamento dei consultori familiari.

4.1.5 Prevenzione e cura della salute

Con il recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione (D.A. 06/12/2019) e la successiva adozione del **Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025** (D.A. 23/12/2021), la Regione Siciliana ha adottato con il **Dipartimento delle Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico** una strategia di



promozione della salute fondata sui **quattro obiettivi trasversali** della intersectorialità, formazione, comunicazione ed equità. Il Piano verte su **tre assi principali** (1. Prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT), 2. Prevenzione delle malattie tumorali, 3. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare), di seguito brevemente descritti. Per i dettagli si rinvia a quanto disciplinato dal citato D.A. 23/12/2021.

1. Prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)

Il carico delle **malattie croniche** in Sicilia è da anni uno dei più rilevanti problemi di salute. Gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di queste patologie. Esistono **fattori di rischio definiti "modificabili"** tra cui rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita (fumo di sigaretta, scarsa attività fisica e alimentazione scorretta) i cui livelli di prevalenza nella popolazione regionale sono più elevati che nel resto del Paese, come rilevato nell'ambito dell'indagine multiscopo ISTAT e della indagine PASSI 2017-2020.

Riguardo ai principali fattori di rischio modificabili in Sicilia i dati della Sorveglianza PASSI, rilevano i livelli di prevalenza riferiti alle condizioni di ipertensione, colesterolemia, sedentarietà, fumo, sovrappeso e obesità, alcool,

Stili di vita e abitudini	Indicatori	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	TOTALE
Attività fisica	% sedentari	51%	21%	55%	52%	39%	58%	46%	57%	49%	51%
Abitudine al fumo	% fumatori	18%	31%	32%	33%	22%	29%	26%	23%	19%	27%
Abitudini alimentari	% consumatori frutta e verdura 5 volte al giorno	30%	4%	5%	9%	16%	7%	18%	3%	9%	10%
Situazione nutrizionale	% popolazione in eccesso ponderate	46%	42%	41%	47%	44%	44%	45%	47%	41%	44%
Consumo alcol	% di consumatori a maggior rischio	2%	11%	15%	9%	7%	10%	10%	12%	16%	11%
Sicurezza stradale	% utilizzano il casco sempre	93%	97%	91%	90%	98%	98%	96%	92%	93%	95%
	% utilizzano la cintura sempre	78%	93%	75%	69%	78%	78%	88%	90%	81%	81%
Iperensione arteriosa	% di persone ipertese	16%	19%	24%	24%	23%	22%	24%	18%	16%	21%
Colesterolemia	% ipercolesterolemiche	17%	14%	21%	18%	25%	25%	22%	20%	11%	21%

Figura 38. Principali fattori di rischio MCNT

uso dei dispositivi di sicurezza. L'elemento strategico di innovazione consiste nell'indirizzare tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute. Tale integrazione porta la Regione Siciliana ad implementare, in maniera sperimentale, il Percorso di Prevenzione Terapeutico Assistenziale Integrato per l'individuazione precoce degli adolescenti sovrappeso/obesi e il Percorso di Prevenzione Terapeutico Assistenziale Integrato per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di Malattie Croniche Non Trasmissibili MCNT (Malattie Cardiovascolari, Malattie Respiratorie, Diabete e Demenza). Il Programma di prevenzione del Piano Regionale 2020-2025 dedicato alla MCNT (PL11), intende consolidare ed implementare in tutte le AA.SS.PP. della Regione il Percorso di Prevenzione Terapeutico Assistenziale Integrato, PPTAI, in raccordo con il Piano Cronicità per l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti a rischio per Malattie Croniche Non Trasmissibili, da attuare secondo obiettivi condivisi e misurabili. Nell'affrontare la sfida della promozione della salute per la prevenzione delle MCNT il programma si avvarrà di un approccio combinato tra: strategie volte alla comunità in generale al fine di sviluppare l'empowerment collettivo, e strategie rivolte all'individuo per l'identificazione precoce di soggetti a rischio di Malattie Cardiovascolari, Malattie Respiratorie, Diabete, Demenza e/o l'identificazione di malattie in fase precoce, e la realizzazione di interventi di prevenzione efficaci centrati sulla persona, personalizzati per livelli di rischio e di genere.

2. Prevenzione delle malattie tumorali

Il numero medio annuale di decessi per **patologie tumorali**, nell'intera regione Sicilia è pari a 13.086 di cui il 97,9% è da ricondurre a patologie tumorali maligne (12.813 decessi in media l'anno) e il restante



2,1% ai tumori benigni (273 decessi). Il 57,1% dei decessi per tumori maligni si osserva negli uomini mentre il 42,9% nelle donne. Le patologie tumorali, seconda causa di morte anche in Sicilia, costituiscono un problema rilevante di salute pubblica, specie per alcune categorie diagnostiche prevenibili con efficaci programmi di diagnosi precoce. Come rappresentato in tabella, le cause principali di **mortalità tumorale** sono rappresentate nell'uomo dal tumore della trachea, bronchi e polmoni che rappresenta oltre ¼ dei decessi per neoplasia nei maschi (25,8%) e nella donna dal tumore della mammella (18%). Ai primi posti in entrambi i sessi si evidenziano i tumori del colon e del retto (uomini 12,1%; donne 13,6%), del fegato (uomini 7,8%; donne 7,4%) e nell'uomo il tumore della prostata (terza causa di decesso con il 10,2%).

Rango	Uomini 2012-2020	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni	Donne 2012-2020	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni
1	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	1891	25,8	84364,5	T. M. della mammella	991	18,0	69830
2	T. M. del Colon Retto	882	12,1	34152,5	T. M. del Colon Retto	747	13,6	27037
3	T. M. della prostata	744	10,2	7990	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	603	11,0	36802,5
4	T. M. del fegato	572	7,8	26102	T. M. del pancreas	422	7,7	17330
5	T. M. della vescica	464	6,3	10589,5	T. M. del fegato	404	7,4	12040
6	T. M. del pancreas	402	5,5	21137,5	T. M. dell'utero	281	5,1	17997,5
7	T. M. dello stomaco	335	4,6	16722,5	T. M. dell'ovaio	242	4,4	18667,5
8	Leucemia	305	4,2	16155	Leucemia	236	4,3	11157,5
9	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	256	3,5	25275	T. M. dello stomaco	233	4,2	11582,5
10	T. M. del rene	180	2,5	8829,5	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	220	4,0	17892
11	Linfomi non Hodgkin	179	2,4	11912	Linfomi non Hodgkin	130	2,4	6670
12	Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	138	1,9	5322,5	Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	120	2,2	4070
13	T. M. della laringe	108	1,5	5635	T. M. della vescica	112	2,0	2362,5
14	Melanoma	75	1,0	6402,5	T. M. del rene	89	1,6	3780
15	Linfomi di Hodgkin	23	0,3	2157,5	Melanoma	52	0,9	4302,5
	Tumori maligni	7317	100	330473	Tumori maligni	5496	100	290201

Figura 39. Principali cause di mortalità tumorale

Fra le **malattie croniche non trasmissibili**, i tumori costituiscono la seconda causa di morte nella popolazione, e sono la prima causa nelle fasce d'età meno anziane. Con l'invecchiamento progressivo della popolazione ci si aspetta che il problema assuma dimensioni ancora maggiori. Gli screening oncologici sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in quanto efficaci nel ridurre la mortalità per tumore e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

Per garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli screening da parte della popolazione bersaglio è stato predisposto negli anni scorsi il **"Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Siciliana"**, per la realizzazione del quale sono state messe in campo numerose azioni: costituzione del Gruppo di coordinamento regionale e di un network strutturato dei referenti delle Aziende Sanitarie Provinciali, organizzazione del percorso di formazione per gli operatori, elaborazione delle "Direttive per l'esecuzione degli screening oncologici nella Regione Siciliana" (D.A. 1845/12), emanazione delle Circolari Assessoriali n. 1308/13 "Potenziamento degli screening oncologici – Applicazione D.A. 1845/12", n. 5 del 16.3.2016 "Direttiva attuazione Piano di Prevenzione 2014-2018 – Potenziamento degli screening oncologici", e n. 18 del 4.10.2018 "Piano di Prevenzione 2014-2019 – Potenziamento operatività screening oncologici", stipula di protocolli d'intesa con stakeholders e volontariato attivo del territorio, inserimento del miglioramento degli screening oncologici fra gli obiettivi prioritari dei Direttori Generali, accordo di collaborazione con i Medici di Medicina Generale e con le Farmacie territoriali, campagna regionale di comunicazione ai cittadini, monitoraggio periodico dell'attività. Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento quali-quantitativo delle attività effettuate, ma non sono ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio. Infatti, come riportano annualmente i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), l'implementazione dei programmi di screening non risulta omogenea in tutto il territorio nazionale, e in particolare si registrano maggiori criticità nelle Regioni del Sud, in termini sia di copertura che di partecipazione all'invito attivo. Fra le criticità individuate, le principali sono la bassa partecipazione della



popolazione spesso legata alla scarsa conoscenza dell'importanza dei test di primo livello. Altre cause vanno ricercate nel ricorso "opportunistico" a test di screening in modo non appropriato, cioè eseguiti autonomamente presso altri erogatori fuori dai programmi organizzati, nel ricorso improprio ai codici di esenzione (soprattutto D02 e D03), ai quali si aggiungono la difficoltà di garantire l'uniforme qualità delle attività di screening a causa della carenza di dotazioni strumentali e di personale dedicato.

Nell'ambito delle azioni previste nel **Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025**, al quale necessariamente occorre ricondurre la progettualità del presente documento, sono state declinate una serie di azioni volte all'implementazione di programmi di screening per la prevenzione dei carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto al fine di aumentarne l'estensione e l'adesione da parte della popolazione target. Ciò anche al fine di proseguire nel consolidamento dei programmi organizzati di screening, in particolare per il completamento della transizione verso il modello basato sul test primario HPV DNA per lo screening del cervicocarcinoma, nonché per lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2), per consentire la piena realizzazione di quanto previsto dai LEA.

3. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", pubblicato in G.U.R.I. n.144 del 22.06.2022 in attuazione della "**Riforma 1**: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" prevista nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ha individuato il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il piano di riorganizzazione territoriale deve quindi essere definito coerentemente agli standard individuati.

L'attuazione di tale riforma intende "**perseguire una nuova strategia sanitaria**, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario". La riforma intende pertanto potenziare i servizi assistenziali territoriali esistenti e crearne di nuovi per assicurare la garanzia dei LEA, con l'obiettivo dichiarato - attraverso la definizione di standard nazionali - di ridurre le disuguaglianze e contestualmente costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso sul territorio nazionale.

L'attuale quadro demografico ed epidemiologico del Paese - e così della Sicilia - in conseguenza di una popolazione proporzionalmente sempre più anziana, rende maggiormente critici i fattori di rischio correlati a malattie di natura zoonotica, tossinfezioni alimentari e all'antimicrobica resistenza.

I dati relativi alle **dotazioni organiche** tecniche dei Dipartimenti di Prevenzione, inoltre, disegnano una realtà isolana fortemente caratterizzata da una sanità ospedale-centrica, con forti criticità caratterizzate dalla carenza di personale medico e tecnici della prevenzione, dovuto al collocamento in quiescenza del personale non seguito da adeguate azioni di turn over. Contestualmente i dati statistici relativi alla medicina veterinaria afferente al SSN risultano essere particolarmente preoccupanti ed in controtendenza rispetto alle altre professioni sanitarie. Infatti, il report "personale del sistema sanitario nazionale- anno 2020", pubblicato dal Ministero della Salute nello scorso mese di ottobre, mostra come, a differenze di professioni come quella della medicina umana, i medici veterinari dirigenti del SSN passano da 4.547 a 4.505, nonostante la crisi pandemica del COVID avesse orientato diversamente il rafforzamento di tutte le pubbliche amministrazioni.



Ad aggravare maggiormente la situazione, lo stesso studio riporta che la maggior parte del personale medico veterinario dipendente del SSN è collocato nella fascia di anzianità lavorativa compresa tra i 26 e i 35 anni (47,3 %). Inoltre, un ulteriore 1,5% è compreso tra i 36 e i 40 anni di anzianità lavorativa. Non divergendo il dato regionale da quello nazionale, è possibile stimare che nei prossimi 5 anni si assisterà ad una perdita pari a circa il 30% della dirigenza veterinaria e che nei prossimi 10 anni si raggiungerà una perdita del 50%. Entrando nel dettaglio dell'organizzazione dell'Autorità Competente Locale, si rileva come, oltre a una carenza organica di medici veterinari dirigenti, solo in parte arginata dalla specialistica ambulatoriale convenzionata, esista una grave criticità correlata alla mancata copertura di incarichi apicali di strutture complesse. Infatti, come si evince dalla tabella che segue, solo n. 7 Dipartimenti di Prevenzione Veterinari su n. 9 risultano coperti.

Per quanto concerne, invece, le **Unità Operative Complesse**, solo il 65,52% risulta regolarmente coperta. Il 24,14% è temporaneamente assegnata mediante incarichi "facente funzione", mentre per il 10,34% di queste non risulta adottato alcun provvedimento da parte delle Direzioni Aziendali. Per quanto concerne, infine, la capacità operativa tradotta in unità di personale, la tabella successiva

ASP	Attuale	Ottimale (DGR 406/2022)
AG	44	41
CL	15	24
CT	62	81
EN	27	41
ME	41	76
PA	82	104
RA	36	60
SR	32	44
TP	28	29
TOTALE	367	500

Figura 41. Fabbisogno di personale

mostra il confronto tra la

situazione attuale, la

percezione di fabbisogno espressa dai Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria delle AASSPP e la deliberazione prot. n. 406/ 2022 della Giunta Regionale di Governo, recante "potenziamento dei servizi veterinari in Sicilia – nuovi parametri per il calcolo dei fabbisogni - apprezzamento", che stabilisce il numero ottimale sulla base dei parametri di calcolo individuati.

In tale contesto, si intende incidere in maniera efficace sul processo di eradicazione della Brucellosi (bovina ed ovi-caprina) e della Tuberculosis bovina in Sicilia, nonché sulla sicurezza del consumatore per un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell'ambiente. La brucellosi e la tubercolosi, infatti, oltre a rappresentare un rischio per la popolazione animale ed umana, per la quale sono patologie gravi ed invalidanti, costituiscono un freno allo sviluppo dell'economia del territorio e, in particolare, del comparto agro zootecnico. È innegabile che ciò abbia inciso sull'abbandono di alcuni settori storici dell'economia rurale siciliana con ripercussioni sulle aree geografiche interne.

Spesso, peraltro, la superfetazione normativa che è intervenuta per cercare di arginare il fenomeno ha inevitabilmente comportato un aggravio degli oneri gestionali anche per quelle strutture presenti in aree storicamente indenni da tali malattie. Gli interventi effettuati in fase di **programmazione** e di **monitoraggio** nel corso degli ultimi anni hanno consentito un notevole miglioramento della situazione epidemiologica regionale, ma non sono stati ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti. Le azioni ordinarie preposte all'eradicazione della malattia devono essere condotte in modo omogeneo e standardizzato in tutto il territorio regionale anche se le diversificazioni del territorio impongono interventi

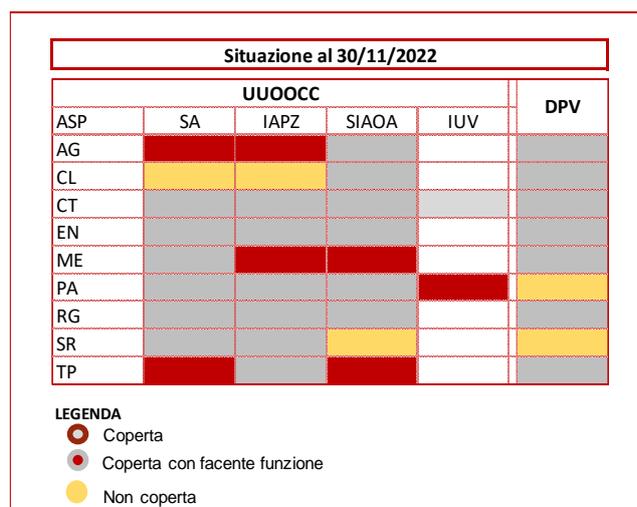


Figura 40. Stato copertura unità operative



calibrati secondo le peculiarità e la tipologia degli allevamenti. Una scelta strategica oculata deve essere basata sul potenziamento delle dotazioni organiche, con la conseguente formazione e coinvolgimento del personale, rispetto alle regole dettate dalle norme comunitarie recentemente intervenute (Reg. UE 429/2016). Nell'ambito della sicurezza alimentare, si punta a rafforzare e migliorare il **sistema di tutela della sicurezza alimentare**, mantenendo, implementando e rafforzando tutte le attività, azioni e interventi attuati in un'ottica di prevenzione dell'insorgenza delle malattie e di promozione della salute, adottando tutti gli strumenti a tutela del consumatore, atti a favorire l'integrazione di competenze e professionalità, intra ed inter-istituzionali in un'ottica ONE HEALTH al fine di garantire la sicurezza alimentare, la salubrità di beni essenziali quali le materie prime, gli alimenti posti in commercio (dal campo alla tavola) e l'acqua. Le azioni di potenziamento sono incastonate in un quadro normativo fortemente strutturato, basato su regolamenti comunitari già applicati in maniera consolidata nel nostro Paese, coerenti con quanto previsto dal Piano dei Controlli Regionale Pluriennale (PCRP) 2020-2022.

4.1.6 Salute mentale

La macro-area della Salute mentale si costituisce delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della **domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale** nell'ambito del territorio definito dall'azienda sanitaria. Nello specifico, si occupa del coordinamento nell'ambito territoriale di tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche, assicurando i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

Con il Piano Strategico per la Salute Mentale di cui al D.A. 27/04/2012, la **Regione Siciliana** ha definito una serie integrata e programmata di azioni capaci di offrire, nel settore della salute mentale, servizi in grado di migliorare il benessere dell'intera popolazione. L'esigenza nasce principalmente dal contesto regionale, caratterizzato dall'aumento delle patologie mentali gravi, delle patologie dell'anziano e dell'età adolescenziale. I problemi relativi alla Salute Mentale hanno assunto in Sicilia un'importanza crescente a seguito del trend nazionale in aumento delle patologie psichiatriche, nonché dei costi diretti ed indiretti associati alle disabilità conseguenti. Sempre maggiore significato vanno assumendo in tal senso i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva e adolescenziale, caratterizzati dalla prevalenza dei disturbi di personalità, da disturbi del comportamento alimentare, dalla presenza di comorbidità tra disturbi psichiatrici ed abuso di sostanze o disabilità neurocognitive.

I **principi metodologici** su cui si fonda il Piano strategico della Regione sono:

- **Distrettualizzazione dipartimentale:** definizione e realizzazione di una Salute Mentale di Comunità,



che operi in un determinato territorio, in un sistema a rete, con interventi integrati operati dai vari soggetti interessati, istituzionali e non (sanitari, sociali, privati, no profit, rete informale della società civile, fondazioni e famiglie). A tal fine le Aziende Sanitarie Provinciali devono completare il processo di dipartimentalizzazione territoriale, integrazione intra-aziendale e comunitaria dei Servizi di Salute Mentale. Il Distretto rappresenta, nella normativa siciliana, il luogo ove si realizzano le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il Servizio Integrato di Salute Mentale, nella programmazione della propria attività, si integra con l'attività di programmazione del Distretto sociosanitario di competenza territoriale ed amministrativa, attraverso la formulazione dei Piani di Azione Locale per la Salute Mentale, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale;

- **Concertazione locale:** ogni Dipartimento promuove un tavolo di concertazione locale per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individua gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della governance clinica dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI), definendo così un'ampia base di partecipazione e condivisione per la costruzione del Piano d'Azione Locale (PAL), che integri l'Area della Salute Mentale degli Adulti, l'Area della Neuropsichiatria Infantile e l'Area delle Dipendenze;
- **Presenza in carico comunitaria della grave patologia mentale:** adozione di una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione di case manager, all'interno di staff multidisciplinari e multi-istituzionali, il cui lavoro di gruppo è coordinato dagli stessi in conformità alla realizzazione, monitoraggio e valutazione dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) dei pazienti;
- **Monitoraggio e Gruppo di Coordinamento Regionale:** istituzione presso l'Assessorato Regionale alla Salute di un Coordinamento Regionale che valuta l'impatto delle strategie sulle politiche sociali e di salute mentale, sulle sue conseguenze in materia di interventi integrati nei settori sociale, ambiente, sanità, istruzione, lavoro, comunicazione e giustizia.

Il Piano strategico della Salute mentale ha confermato il modello di assistenza del Dipartimento integrato di Salute Mentale articolato nelle tre aree: adulti, età evolutiva, dipendenze da sostanze d'abuso e non. Le tabelle che seguono forniscono evidenza per ciascuna azienda dell'articolata rete nei vari setting assistenziali coerentemente alle previsioni LEA.

ASP	Centri di Salute Mentale	Ambulatori distrettuali S.M.	Ambulatori dedicati	Ambulatori NPIA	SERT
ASP Agrigento	7	17	4	8	5
ASP Caltanissetta	2	1	-	2	4
ASP Catania	10	12	4	10	10
ASP Enna	5	8	1	4	3
ASP Messina	5	24	1	9	7
ASP Palermo	12	-	7	7	9
ASP Ragusa	2	-	-	3	3
ASP Siracusa	3	12	1	7	4
ASP Trapani	5	-	1	5	5
TOTALE	51	74	19	55	50

Tabella 27. Rete ambulatori Salute mentale



ASP	Centri diurni Salute Mentale
ASP Agrigento	5
ASP Caltanissetta	1
ASP Catania	12
ASP Enna	3
ASP Messina	3
ASP Palermo	8
ASP Ragusa	2
ASP Siracusa	4
ASP Trapani	8
TOTALE	46

Tabella 29. Rete Centri diurni

Con il Piano Strategico per la Salute Mentale di cui al D.A. 27/4/2012 è stato tra l'altro prevista l'attivazione di strutture residenziali dedicate al trattamento di quadri psicopatologici specifici. Il Successivo D.A 3/10/2012 ha dato indicazioni in ordine alla **distribuzione territoriale** di tali strutture.

In attuazione delle suddette previsioni con il D.A. 29/6/2022 e il D.A. 6/7/2022 si è provveduto a definire le **modalità di accesso** dei soggetti privati alle attività specialistiche con specifico riferimento ai disturbi psicopatologici in adolescenza (Centri residenziali terapeutico-riabilitativi) ed ai disturbi del comportamento alimentare (Centri residenziali riabilitativi).

ASP	Strutture residenziali terapeutico-riabilitative	Numero posti
ASP Agrigento	5	120
ASP Caltanissetta	1	60
ASP Catania	12	340
ASP Enna	3	50
ASP Messina	3	204
ASP Palermo	8	264
ASP Ragusa	2	92
ASP Siracusa	4	112
ASP Trapani	8	120
TOTALE	46	1.362

Tabella 28. Rete strutture residenziali terapeutico-riabilitative

In coerenza con le previsioni del Piano Strategico per la Salute Mentale l'obiettivo del triennio risulta l'attivazione delle strutture residenziali programmate dedicate al trattamento di **quadri psicopatologici specifici**: comunità residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, per il trattamento dei disturbi psicopatologici in adolescenza, per adolescenti e giovani adulti con disturbi dello spettro autistico, per il trattamento dei disturbi da abuso di alcool, per adolescenti e giovani adulti con ritardo mentale e correlati psicopatologici e comportamentali, per soggetti con doppia diagnosi.

Inoltre, in linea con quanto definito nel DM77/2022, si ravvisa la possibilità di integrare all'interno delle **Case di Comunità**, anche alcuni dei servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, in coordinamento con il Dipartimento di Salute Mentale.

4.2 Cure Intermedie

4.2.1 Ospedali di Comunità

Gli **Ospedali di Comunità (OdC)** rappresentano **strutture intermedie** tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale e hanno l'obiettivo di evitare ricoveri inappropriati supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione. Gli OdC, insieme alle CdC pongono il loro obiettivo nella **riduzione degli accessi impropri** ai poli ospedalieri e di Pronto Soccorso.

Durante l'emergenza pandemica i pazienti affetti da COVID-19 hanno occupato i molteplici poli ospedalieri, i cui reparti hanno rischiato il collasso, lasciando poco spazio per le cosiddette cure a bassa e media intensità (per cura a "media intensità" si intende le degenze per acuti, le chirurgie e gli interventi materno-infantili. Le cure a "bassa intensità" riguardano, invece, le degenze post-acute e le prestazioni ambulatoriali e diurne). Pertanto, l'investimento proposto dal Governo italiano all'interno del PNRR mira al potenziamento del **livello di assistenza sanitaria territoriale intermedia** attraverso Ospedali di Comunità destinati ai ricoveri di breve durata che necessitano di interventi di media e bassa intensità.



Sono, inoltre, concepiti come **struttura socioassistenziale** per favorire la **transizione** dei pazienti dalle strutture ospedaliere per malattie acute al proprio domicilio, offrendo ai pazienti un luogo dove poter sostare per il percorso post-ricovero e per consentire alle loro famiglie di aver un periodo di tempo necessario per l'organizzazione del rientro al domicilio.

In coerenza con quanto riportato all'interno del Decreto Ministeriale del 2015, e con il successivo DM77, l'Intesa tra Governo e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2020 definisce l'OdC come *“una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio”*.

L'OdC si pone pertanto in stretta relazione con la **rete ospedaliera** e con la **rete sanitaria territoriale**, tramite un alto livello di interdisciplinarietà. Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e possono essere utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. Dunque, l'OdC supporta il paziente nel suo rientro a casa e a saper gestire in maniera più autonoma i momenti di acuzie della propria malattia, al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.

All'interno degli OdC possono essere ammesse solo alcune **tipologie di pazienti**, che sono tendenzialmente soggetti appartenenti alle categorie fragili della popolazione, che pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni). Nello specifico, dalle indicazioni del DM 77 emerge che i pazienti degli OdC rientrano essenzialmente in **quattro tipologie**:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di imprevisti, in cui il ricovero ospedaliero risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, Protocolli, ecc. già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

In virtù della sua specifica funzione di transizione tra diverse modalità e/o strutture di assistenza, secondo il DM 77 l'OdC può avere una sede propria, oppure essere collocato in una Casa della Comunità, o in strutture sanitarie polifunzionali, o presso strutture residenziali sociosanitarie, RSA, ecc. oppure essere situato in una struttura ospedaliera (ma sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale).



A partire dal DM 77 e dalla mission degli OdC, Agenas ha desunto le **funzioni** che permettono di elaborare un programma edilizio appropriato, definito nelle sue parti principali e corredato dei layout più significativi. Nello specifico, è prevista un'articolazione per **macro-aree funzionali** omogenee, ciascuna con specifiche caratteristiche ambientali, dimensionali, funzionali e relazionali alla luce degli obiettivi più generali del modello:

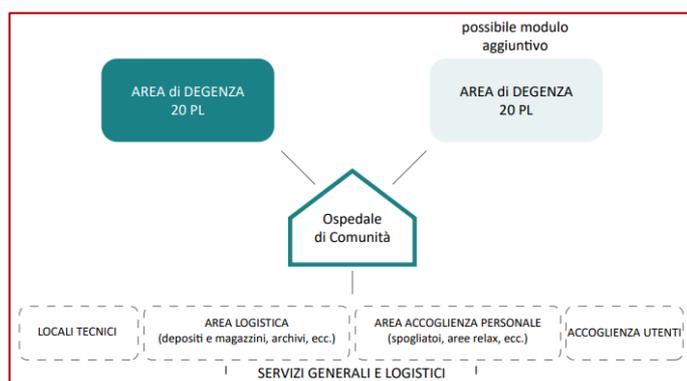


Figura 42. Relazioni funzionali tra macro-aree

- **Macro-Area degenza**, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione. All'interno della seguente macro-area devono essere previsti nello specifico, come indicato nell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, Allegato A, punto 2 dei Requisiti Minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale (un'area comune di attesa per utenti e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere, una serie di servizi annessi e di supporto comuni per il percorso sanitario quali depositi sporco/pulito, deposito attrezzature e presidi medici, locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri, ecc.);
- **Macro-Area generali e logistici**, che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in: servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.), servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.), servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.), locali tecnici (locali tecnici).

Ciascuna Macro-Area, dispone di servizi obbligatori e aggiuntivi (raccomandati da Agenas).

MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO	
DEGENZA	AREA DEGENZA		
	Servizio di degenza low-care	AREA DEGENZA	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
	LAVANDERIA	Facoltativo	
	AREE LOCALI TECNICI		
CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI e CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione	

Figura 43. Servizi obbligatori e facoltativi per macro-area

L'OdC, pertanto, costituisce di fatto un **nuovo setting assistenziale**, in grado di garantire, nel panorama dell'offerta sanitaria, una risposta appropriata a condizioni cliniche appunto "intermedie" per le quali il regime di ricovero potrebbe risultare eccessivo ma che non sono trattabili a domicilio o almeno al domicilio di quel determinato paziente. La disponibilità di tale setting, oltre a costituire una modalità di assistenza più efficiente, permette anche di intercettare quelle condizioni cliniche in fase di evoluzione e trattarle in un setting



appropriato e limitando gli episodi di franco scompensamento. Nelle patologie croniche, attraverso gli strumenti del telemonitoraggio e con il supporto delle **Centrali Operative Territoriali**, può costituire un “luogo di cura” strategico. Considerato che la gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, è fondamentale che il personale previsto (assistenza infermieristica h24, assistenza medica 4,5 ore/die, OSS e riabilitatori) venga integrato con il supporto degli specialisti presenti sul territorio, in particolare operanti nelle **Casa della Comunità**, e di altre figure sanitarie. E' pertanto necessario stabilire dei **protocolli operativi** con CdC e COT di riferimento per il teleconsulto, la tele refertazione o l'assistenza specialistica in loco, nonché per la diagnostica. L'intero modello del servizio sanitario territoriale, così ripensato attraverso le CdC, gli OdC e le COT, vuole essere un sistema diffuso in grado di soddisfare tutta l'**offerta extra-ospedaliera**, integrata con il servizio sociale e in grado di rispondere alle diverse esigenze di assistenza di persone e famiglie con bisogni di salute semplici e complessi. Di conseguenza, cambiano anche gli obiettivi e le finalità della nuova rete sanitaria territoriale, che vuole conseguire un'erogazione di servizi sempre più mirati ed appropriati, utilizzando i diversi setting assistenziali a propria disposizione (ospedaliero, residenziale/domiciliare, pubblico/privato accreditato) e utilizzando maggiormente le risorse della comunità, che risultano più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale).

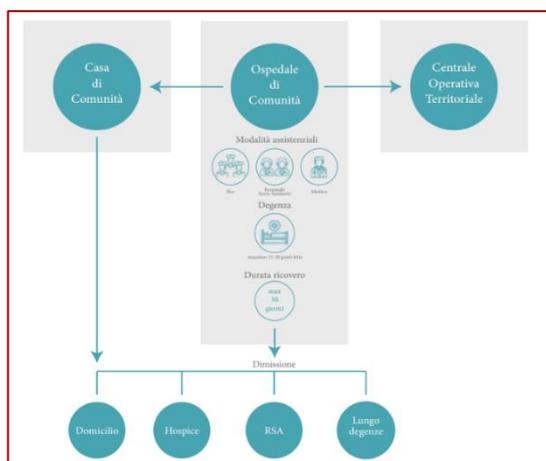


Figura 44. Relazioni funzionali tra CdC, COT, OdC

STANDARD DA DM77

Il DM 77/2022 prevede l'istituzione di **1 Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Relativamente allo **standard di personale** per ciascun OdC, il DM 77 prevede: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e almeno 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

La **responsabilità igienico sanitaria** e clinica complessiva della struttura è comunque in capo a un medico, che può essere un dirigente medico dipendente dell'azienda sanitaria o un MMG dedicato. La **responsabilità organizzativa** è invece affidata ad un responsabile infermieristico, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. A coadiuvare il servizio di assistenza infermieristica, garantendone la continuità H24, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).



Figura 45. Overview Ospedale di Comunità

Nel corso del 2021, la **Regione Siciliana** ha concluso l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione degli OdC e ha proceduto a definire una prima programmazione in sede di



definizione del CIS Missione 6. Nello specifico, è prevista la realizzazione di **1 OdC ogni 110.000 abitanti**, per un totale di **43 strutture** da realizzare sul territorio. Sebbene gli Ospedali di Comunità fossero già previsti dal DM 70/2015 e dal Patto per la Salute 2014-2016, la Regione Siciliana non aveva inserito tali strutture nella programmazione della rete assistenziale.

La distribuzione territoriale delle strutture a livello regionale è rappresentata di seguito. Per il dettaglio delle sedi individuate, si rimanda all'Allegato tecnico.

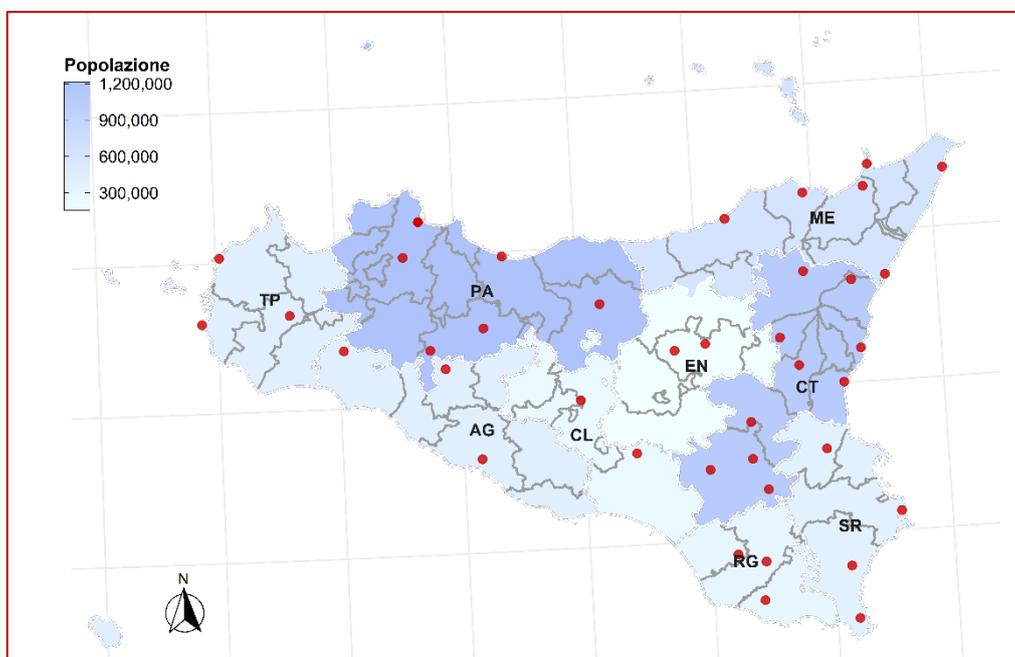


Figura 46. Distribuzione territoriale Ospedali di Comunità

Come per la programmazione delle CdC, nelle attività di programmazione effettuate ha assunto fondamentale importanza la localizzazione e il dimensionamento in relazione al territorio di riferimento e al livello dei servizi previsti, anche nell'ottica di riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione. In tal senso, la Regione, congiuntamente con le aziende sanitarie, ha effettuato una valutazione circa l'**ubicazione delle strutture**, sia di **nuova costruzione** che insediate all'interno di poli ospedalieri o **edifici già operativi** (edifici e/o porzioni della struttura), da adibire ad Ospedale di Comunità a seguito di lavori di ristrutturazione, prevedendo laddove possibile anche la possibilità di **integrazione con le altre strutture territoriali** previste dal nuovo modello di assistenza territoriale (Case di Comunità/Centrali Operative Territoriali). La valutazione è stata effettuata tenendo conto della rete dei servizi sanitari e socio-complementari esistenti e

ASP	OdC da edificare	OdC da convertire
ASP Agrigento	-	3
ASP Caltanissetta	-	2
ASP Catania	-	10
ASP Enna	-	2
ASP Messina	1	5
ASP Palermo	-	10
ASP Ragusa	-	3
ASP Siracusa	-	4
ASP Trapani	2	1
TOTALE	3	40

Tabella 30. Distribuzione OdC da edificare/convertire

programmati, del bacino d'utenza attuale e potenziale per ogni distretto, del sistema infrastrutturale e del sistema ambientale in tutta la sua complessità. La tabella fornisce il dettaglio delle strutture di nuova costruzione ed esistenti (da convertire a OdC) previste per ciascuna provincia della Regione.



La realizzazione delle Case della Comunità è finanziata mediante specifici fondi erogati nell'ambito del PNRR e, nello specifico, con riferimento alla misura **1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)** afferente alla Componente 1.

In taluni casi, il piano di investimenti ha richiesto l'integrazione dei fondi PNRR con risorse aggiuntive a carico dei bilanci delle aziende sanitarie o provenienti da altre fonti pubbliche. Si riporta di seguito una rappresentazione esplicitiva degli interventi afferenti alla suddetta misura e del dettaglio dei fondi per ciascuna provincia della Regione.

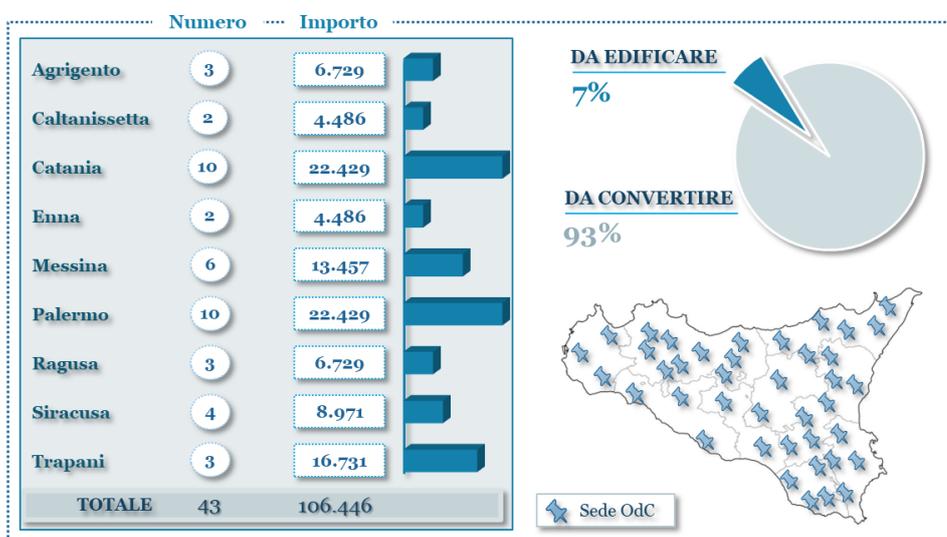


Figura 47. Quadro degli investimenti Ospedali di Comunità

L'erogazione di tali somme risulta, come tutte le misure previste nell'ambito del PNRR, vincolata al raggiungimento di un complesso di **traguardi e obiettivi** che la Regione Siciliana, congiuntamente alle aziende sanitarie quali "soggetti attuatori esterni", dovrà garantire entro tempistiche prefissate. In ultima istanza, la realizzazione e la piena operatività degli OdC devono essere garantite entro il **31 marzo 2026**.



Figura 48. Cronoprogramma Ospedali di Comunità

4.2.2 Residenze Sanitarie Assistenziali

Le **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)** sono strutture non ospedaliere, ma comunque a impronta sanitaria, che ospitano per un periodo variabile (da poche settimane al tempo indeterminato) persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche. Si distingue dall'ospedale e dalla casa di cura, i quali sono rivolti a pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalla casa di riposo, che è destinata ad anziani almeno parzialmente autosufficienti.

Tale forma di assistenza è garantita in **Regione Siciliana** da una articolata rete di strutture presenti sul territorio regionale caratterizzata da un differente livello di intensità assistenziale (cfr. Mattone 12).

Per quanto attiene alle strutture afferenti al **profilo assistenziale R1**, ovvero destinate a persone con alto livello di complessità, necessità di supporto alle funzioni vitali (ventilazione meccanica assistita invasiva e non invasiva, protratta nelle 24 ore) e di continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore, la programmazione a livello regionale prevede la realizzazione di **155 posti letto**, di cui 65 risultano già attivati.



Macro area	Provincia	Presidio	Sede	N. posti
Sicilia occidentale	Agrigento	S.Giovanni Di Dio	Agrigento	20
	Trapani	Vittorio E. II	Salemi	10
	Palermo	ex Pisani	Palermo	20
Sicilia centrale	Caltagirone	Raimondi	San Cataldo	10
	Enna	Ferro Branciforti	Leonforte	10
Sicilia orientale	Catania	Basso Ragusa	Militello Val di Catania	20
	Messina	IRCCS Bonino Pulejo	Messina	20
		S. Salvatore	Mistretta	20
	Ragusa	GB Odierna	Ragusa	15
	Siracusa	Generale	Lentini	10

Tabella 31. Programmazione posti letto per profilo assistenziale R1

Con riferimento alle **profilo assistenziale R2**, ovvero per persone che richiedono elevata tutela sanitaria e trattamenti di cura estensivi (stati vegetativi o stati di minima coscienza prolungati, persone in nutrizione enterale o parenterale protratta, persone con malattie neurodegenerative progressive in fase di non autosufficienza, portatori di tracheotomia in ventilazione meccanica non protratta, etc.), con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore, la programmazione di settore prevede complessivamente l'attivazione di complessivi **2.500 posti**. La tabella che segue descrive la distribuzione dei posti programmati per ciascuna provincia, il numero dei posti attivati al dicembre 2021 e quelli da attivare.

Provincia	Posti programmati	Posti attivati	Posti da attivare
Agrigento	242	126	116
Caltanissetta	138	118	20
Catania	492	492	-
Enna	98	98	-
Messina	368	328	40
Palermo	587	523	64
Ragusa	154	131	23
Siracusa	190	190	-
Trapani	231	169	62
TOTALE	2.500	2.155	345

Tabella 32. Stato dell'arte posti letto per profilo assistenziale R2

Infine, relativamente alle strutture residenziali afferenti al **profilo R3** (intensità assistenziale medio-bassa e durata di ricovero medio-lunga), è prevista una programmazione di complessivi **1.900 posti** in coerenza con quanto previsto al riguardo da: Decreto Salute-Famiglia 13/1/2012, dalla L.R. 12/8/2014 n.21 art.10 e dal Decreto Salute-Famiglia 31/7/2017 (quest'ultimo che necessita di ulteriori integrazioni).

Pertanto, gli **obiettivi regionali** del triennio in tale ambito si individuano in:

- completa attivazione dei posti programmati per tutti i profili assistenziali;
- definizione dei criteri di reclutamento dei posti programmati;
- definizione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture afferenti a tale setting assistenziale;
- distribuzione dei posti programmati nei rispettivi ambiti provinciali proporzionalmente al dato della popolazione residente over 65.



CENTRI DIURNI DEMENZE

Il **Programma SFC2021** finanziato a titolo del FESR (obiettivo Investimenti a favore dell'occupazione e della crescita), del FSE+, del Fondo di coesione ha previsto inoltre una specifica linea finalizzata al rafforzamento dei servizi erogati dai **Centri Diurni** per anziani affetti da demenza. Ciò nella consapevolezza che le sindromi demenziali caratterizzate da una progressiva compromissione funzionale che determina incapacità a svolgere le attività di vita quotidiana e tra esse la Malattia di Alzheimer, colpiscono non solo il paziente, ma coinvolgono tutta la famiglia sulla quale ricade un grande carico assistenziale ed emotivo.

Il **servizio semiresidenziale** rappresenta una delle risposte valide poiché è volto ad evitare l'istituzionalizzazione del paziente attraverso il mantenimento delle capacità residue, il controllo dei problemi comportamentali, il miglioramento dell'autonomia personale fornendo allo stesso tempo un adeguato sostegno alla famiglia. L'obiettivo è l'incremento dei Centri diurni all'interno delle aziende sanitarie territoriali mediante il pieno utilizzo delle risorse assegnate dalla programmazione europea.

4.2.3 Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'**erogazione al domicilio** di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Tale assistenza è garantita da tutte le aziende sanitarie provinciali che mantengono il governo delle cure (valutazione, presa in carico e definizione dei Piani assistenziali individualizzati).

La **casa come primo luogo di cura** viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale definita dal DM77/2022 quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Le cure domiciliari si articolano in un livello Base e in **Cure Domiciliari Integrate** (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per **intensità** e **complessità**, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un **Progetto di assistenza individuale integrato (PAI)** che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

La Regione Siciliana, come previsto dal DM77, deve garantire l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. La



classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel **flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare** (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i **percorsi assistenziali erogati**.

STANDARD DA DM77

Il DM77 definisce i seguenti standard a cui uniformarsi per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente entro il 2025, misurato mediante il seguente indicatore “% di pazienti over65 in assistenza domiciliare” considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutti i CIA;
- continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste;
- alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD;
- interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.



La **dotazione di personale** da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI. I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i **requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi** previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.

Ad oggi, il raggiungimento degli standard definiti dal DM77/2022 richiede un complesso percorso di potenziamento del servizio, che risulta ancora distribuito ad una parte limitata della popolazione target.

Si propone di seguito una evidenza dello **stato dell'arte al 31 dicembre 2021**, elaborata a partire dai dati del flusso NSIS FLS 21 quadro G.

ASP	Casi trattati	Di cui anziani	Di cui terminali
ASP Agrigento	5.744	4.684	1.060
ASP Caltanissetta	6.212	3.178	1.666
ASP Catania	13.531	9.563	2.295
ASP Enna	2.080	1.779	3.01
ASP Messina	8.155	6.803	1.352
ASP Palermo	24.233	17.014	4.240
ASP Ragusa	6.507	4.158	1.500
ASP Siracusa	4.975	3.080	1.048
ASP Trapani	6.733	5.133	1.600

Tabella 33. Casi trattati in ADI 2021

Gli obiettivi prioritari individuati dalla Regione per il potenziamento delle cure domiciliari risultano:



- significativo incremento, nel corso del prossimo triennio, dell'attività di presa in carico ed una crescita percentuale del numero di casi trattati con specifico riferimento alla **popolazione target over 65 anni**, come previsto dallo standard del DM77;

Assistiti	Casi trattati	Popolazione target	%di copertura
Over 65	49.681	1.079.447	4,60%
Over 65 - under 75	10.496	563.251	1,86%
Over 75	39.185	516.196	7,59%

Tabella 34. Assistiti Over 65 trattati in rapporto alla popolazione

- introduzione all'interno del SSR del nuovo sistema di accreditamento istituzionale per tale forma di assistenza che a regime determinerà una presenza di molteplici soggetti erogatori di prestazioni domiciliari. A fronte di ciò l'utente/caregiver potrà liberamente scegliere il soggetto erogatore delle prestazioni coerentemente a quanto previsto dal Progetto Assistenziale Individualizzato.

4.2.4 Cure palliative

La **rete delle cure palliative** è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a **malati di qualunque età** e non sono prerogativa della fase terminale della malattia: possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

La **legge n. 38/2010** e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

STANDARD DA DM77

Il DM77 definisce i seguenti standard a cui uniformarsi per lo sviluppo della rete di cure palliative:

- 1 Cure Palliative Domiciliari (UCP - DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto, ogni 100.000 abitanti;
- personale nell'ambito delle risorse umane disponibili anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale. L'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un'equipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da equipe dedicate e formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) - da un'equipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.



1 Hospice ogni 100.000 ab.

Rete delle Cure Palliative

Inoltre, è prevista la realizzazione di una **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**, un'aggregazione



funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati, raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

Ad oggi, la **programmazione regionale** prevede l'attivazione di 167 posti in Hospice adulti e 10 pediatrici, secondo il quadro di seguito riportato. L'obiettivo prioritario del prossimo triennio è rappresentato, pertanto, dalla piena attivazione dei posti programmati, anche in coerenza con gli standard definiti dal DM77.

Provincia	Presidio	Tipologia	Posti programmati	Posti attivati
Agrigento	S. Giovanni di Dio – Agrigento	Adulto	10	10
Caltanissetta	P.O. Raimondi - S. Cataldo	Adulto	8	8
	Vittorio E. – Gela	Adulto	20	8
Catania	Arnas Garibaldi	Adulto	12	12
	Gravina – Caltagirone	Adulto	10	10
	ARNAS Garibaldi P.O. Nesima – Catania	Pediatrico	5	5
Enna	Umberto I	Adulto	10	5
Messina	AOUP S. Martino – Messina	Adulto	7	5
	Papardo – Messina	Adulto	10	9
Palermo	ARNAS Civico	Adulto	14	13
	Pisani - ASP Palermo	Adulto	20	20
	A.O. Villa Sofia Cervello	Adulto	8	-
	Casa di Cura la Maddalena - Palermo	Adulto	10	10
	ARNAS Civico P.O. Di Cristina - Palermo	Pediatrico	5	-
Ragusa	P.O. OMPA	Adulto	8	8
	P.O. Maggiore – Modica	Adulto	10	10
Siracusa	P.O. Rizza	Adulto	8	8
Trapani	Vittorio E. III – Salemi	Adulto	10	4

Tabella 35. Stato dell'arte Hospice al 31 dicembre 2021

Inoltre, i **trattamenti riabilitativi** a soggetti con disabilità psico-fisico-sensoriale vengono erogati in ciascuna ASP, nell'ambito di specifiche attività riabilitative ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978. Si tratta di prestazioni sanitarie dirette al **recupero funzionale e sociale** dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare. Tale attività è erogata attraverso un'articolata rete territoriale costituita nella totalità dei casi da strutture accreditate e contrattualizzate con il SSR. La tabella



di seguito fornisce un quadro riepilogativo dell'assistenza erogata nel settore nell'anno 2021.

ASP	Numero strutture	Giornate in Residenziale	Accessi in Semiresidenziale	Prestazioni Ambulatoriali
ASP Agrigento	9	0	14.827	88.936
ASP Caltanissetta	8	0	24.810	141.909
ASP Catania	22	329.146	274.588	344.186
ASP Enna	5	0	0	41.038
ASP Messina	18	0	21.298	350.324
ASP Palermo	21	68.370	30.613	464.627
ASP Ragusa	7	0	1.715	136.315
ASP Siracusa	14	21.665	21.574	206.214
ASP Trapani	11	28.989	39.038	265.832
TOTALE	115	448.170	428.463	2.039.381

Tabella 36. Assistenza riabilitativa ex.art. 26 anno 2021

La successiva tabella indica, invece, lo scenario di offerta scaturente dal **D.A. 1373/2020** del 29/12/2020 con cui si è proceduto alla determinazione dell'aggregato di spesa regionale per il triennio 2020-2022. Obiettivo del triennio è l'incremento dell'offerta riabilitativa negli ambiti provinciali che registrano scostamenti negativi sul valore medio regionale.

ASP	Prestazioni convenzionate			Prestazioni per 10.000 ab.			Scostamento media regione		
	Semint.	Ambulat.	Domic.	Semint.	Ambulat.	Domic.	Semint.	Ambulat.	Domic.
ASP Agrigento	90	345	181	2,09	8,03	4,21	-1,32	-3,08	-1,56
ASP Caltanissetta	100	400	145	3,83	15,34	5,56	0,42	4,23	-0,21
ASP Catania	817	1.254	730	7,39	11,35	6,61	3,98	0,24	0,83
ASP Enna	20	209	78	1,23	12,88	4,81	-2,18	1,77	-0,97
ASP Messina	140	762	417	2,26	12,28	6,72	-1,16	1,17	0,94
ASP Palermo	200	1.125	685	1,61	9,05	5,51	-1,81	-2,06	-0,27
ASP Ragusa	40	373	188	1,25	11,61	5,85	-2,17	0,51	0,08
ASP Siracusa	120	449	197	3,02	11,31	4,96	-0,39	0,20	-0,81
ASP Trapani	170	601	248	3,97	14,03	5,79	0,55	2,93	0,02
TOTALE	1.697	5.518	2.869	3,42	11,11	5,77			

Tabella 37. Analisi offerta riabilitativa anno 2021

4.3 Cure di Transizione

4.3.1 Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una **funzione di coordinamento** della presa in carico della persona e **raccordo tra servizi e professionisti** coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare **continuità, accessibilità ed integrazione** dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Costituisce un servizio operativo 7 giorni su 7, dotato di adeguate **infrastrutture tecnologiche e informatiche** quali ad esempio una piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.



Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che le COT, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso con il **NEA 116117** regionale.

L'attività della COT è rivolta a tutti gli attori del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero, che possono richiederne l'intervento: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.

Dal punto di vista operativo le COT afferiscono a un coordinatore, che ne detiene la responsabilità di gestione e funzionamento. La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso **funzioni distinte e specifiche**, seppur tra loro interdipendenti:

- **coordinamento della presa in carico** della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- **coordinamento/ottimizzazione degli interventi** attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- **tracciamento e monitoraggio delle transizioni** da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- **supporto informativo e logistico**, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- **monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare**, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Alla luce delle funzioni sopra definite, la COT interviene nella **gestione dei processi di transizione**, per tutti gli assistiti del suo territorio con bisogni clinico assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting.

In ragione di tale scopo, essa si concentra sulla **gestione delle situazioni** in cui fisiologicamente la «navigazione» all'interno della rete dei servizi si svolge con difficoltà costante e/o in tempi non adeguati per via della complessità del bisogno non solo sanitario e dell'accessibilità al setting di destinazione (tra cui anche il domicilio).

Per tale motivo, la COT interviene su:

- **transiti occasionali**, quali quelli in dimissione dalle strutture di ricovero (tipicamente flusso step down) nelle situazioni di «dimissione difficile» sia per via delle condizioni sociosanitarie del paziente che per questioni relative all'accesso al setting di destinazione;
- **transiti tra setting di intensità diversa** attivati dagli operatori del territorio (in primis dai MMG) per la gestione dell'accesso alle cure intermedie, anche per la popolazione affetta da malattie croniche in situazioni di fragilità o di complessità clinico assistenziale (tipicamente flusso step up). Nei casi di maggiore frammentazione della filiera dei servizi, la COT può supportare il MMG nella gestione dei percorsi dei pazienti cronici stabili.

La COT interviene direttamente sulla transizione all'interno della rete dei servizi per i casi a maggiore



complessità assistenziale (per questioni spesso legate a fabbisogni socio-assistenziali) e collabora direttamente con la **CdC** e l'**Infermiere di Famiglia** nella gestione della casistica cronica in condizione di stabilità (anche pluripatologica) a cui si rivolgono i loro servizi. Infatti, il DM77/2022 prevede lo sviluppo di una **piattaforma** che consenta il reclutamento del paziente e la gestione del suo PAI anche attraverso un sistema di prenotazione e recall per l'accesso alle prestazioni pianificate.

Si tratta di una forma di **cure di transizione**, non direttamente in capo alla COT, che beneficia degli strumenti tecnologici, delle expertise dei professionisti che collaborano nei territori e dello scambio di informazioni sulla gestione della casistica. La COT rappresenta il **nodo operativo** per l'accesso alle cure intermedie ed agli **OdC**, alla riabilitazione estensiva e alla residenzialità (compresa quella psichiatrica) a fronte di una complessità clinico assistenziale e sociale del paziente. In questo caso si coordina con le UVM (che con modalità semplificate sono già attive nelle strutture ospedaliere) e con i PUA.

STANDARD DA DM77

Il DM 77/2022 prevede l'istituzione di **1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. Relativamente allo **standard di personale** per ciascuna COT, il DM 77 prevede: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri e 1-2 unità di Personale di Supporto.

In ogni caso, la composizione e la **numerosità del team** da allocare all'interno delle COT devono tenere conto delle funzioni previste e del bacino di utenza. Per svolgere le attività sopra citate, ivi incluse quella di integrazione ospedale-territorio che necessitano di una valutazione multidimensionale, potrebbe infatti essere necessario prevedere l'interazione con figure professionali diverse: Infermiere case manager, Medico, Assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.

Ad oggi non esiste ancora una normativa nazionale di riferimento su come debba essere configurata una centrale operativa in termini di **specifiche strutturali** (numero, destinazione d'uso e layout/ubicazione dei locali e loro dimensione minima), **impiantistiche** e **tecnologiche**. Da una ricognizione delle normative nazionali cogenti e delle normative regionali esistenti soprattutto in tema di autorizzazioni e accreditamento, si evince che la COT debba certamente rispettare i **requisiti di adeguamento** al corpus normativo in materia di igiene, sicurezza sismica, prevenzione incendi, sicurezza elettrica, contenimento energetico e abbattimento delle barriere architettoniche. Le Centrali Operative devono prevedere **aree di supporto** quali: la Sala Operativa nella quale sono ubicate le postazioni di lavoro; gli uffici direzionali, di segreteria, di amministrazione, di archivio e di deposito dotati di arredi e attrezzature idonei allo svolgimento dell'attività e le cui dimensioni devono essere definiti in funzione dei volumi di attività; i locali di ristoro e relax del personale, le cui dimensioni dovranno essere correlate alla numerosità del personale; i locali spogliatoio per il personale, servizi igienici suddivisi per sesso in numero proporzionale al personale che vi afferrisce; i locali tecnici per le installazioni telefoniche, radio e informatiche; il locale di supporto/stoccaggio per i servizi di manutenzione e pulizie; i locali riunioni, aree da destinare alla formazione/addestramento del personale idonee anche alla formazione a distanza; le aree di parcheggio

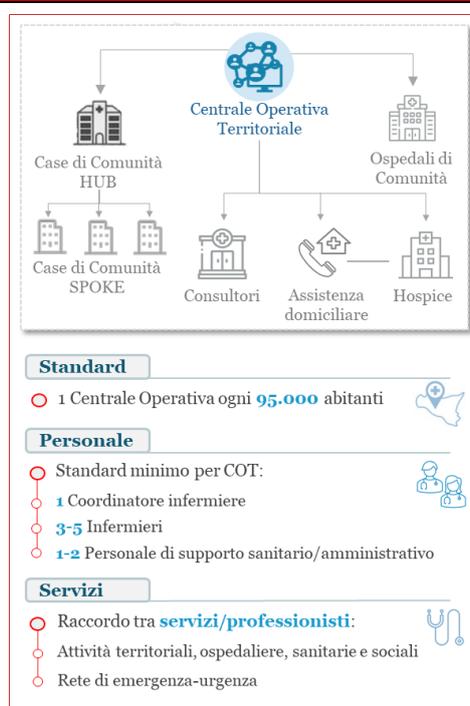


Figura 49. Overview centrale operativa



commisurate al personale operante nella Centrale Operativa.

Nel corso del 2021, la Regione Siciliana ha concluso l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle COT, e ha proceduto a definire una prima programmazione in sede di definizione del CIS Missione 6. Nello specifico, è prevista la realizzazione di **1 COT ogni 95.000 abitanti**, per un totale di **50 strutture** da realizzare sul territorio. La distribuzione territoriale delle strutture a livello regionale è rappresentata di seguito. Per il dettaglio delle sedi individuate, si rimanda all'Allegato tecnico.

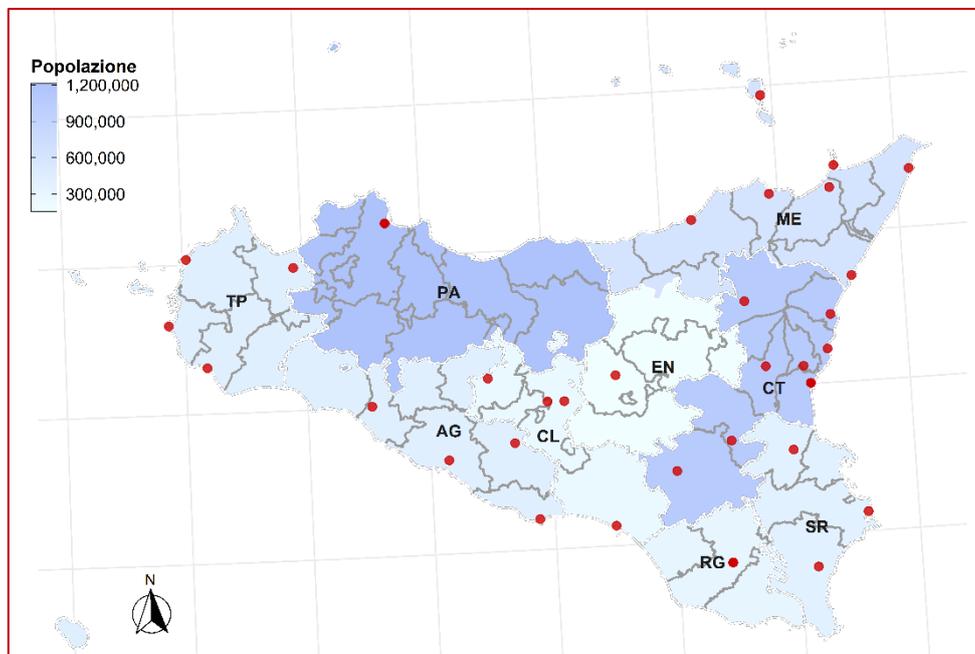


Figura 50. Distribuzione territoriale Centrali Operative Territoriali

La realizzazione delle Centrali Operative Territoriali è finanziata mediante specifici fondi erogati nell'ambito del PNRR e, nello specifico, con riferimento alla misura **1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)** afferente alla Componente 1. In aggiunta alla realizzazione delle 50 strutture, i finanziamenti prevedono l'adeguamento del parco tecnologico per realizzare una rete di **interconnessione aziendale**, ovvero l'acquisizione di tutti i **device** da utilizzare nell'ambito del servizio.

Si riporta di seguito una rappresentazione esplicita dei finanziamenti afferenti alla suddetta misura e del dettaglio dei fondi per ciascuna provincia della Regione.

L'erogazione di tali somme risulta, come tutte le misure previste nell'ambito del PNRR, vincolata al raggiungimento di un complesso di **traguardi e obiettivi** che la

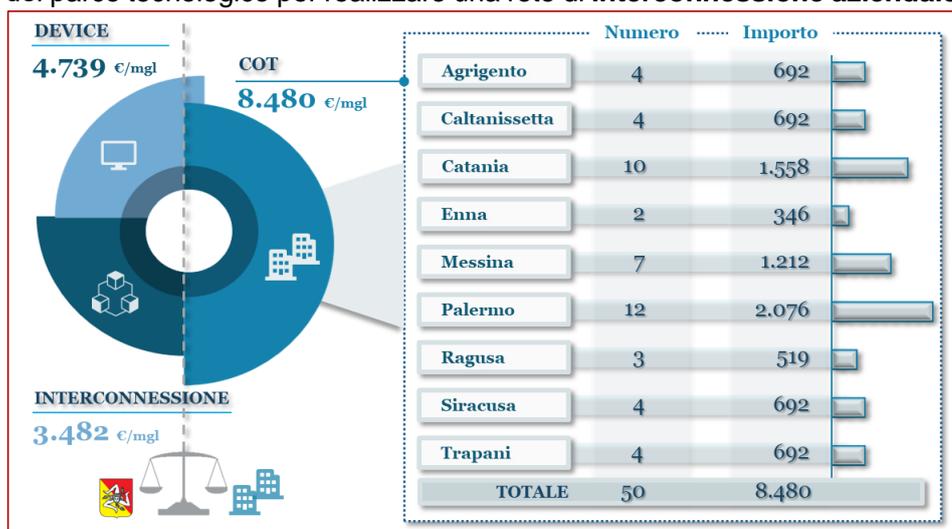


Figura 51. Quadro degli investimenti Centrali Operative Territoriali



Regione Siciliana, congiuntamente alle aziende sanitarie quali “soggetti attuatori esterni”, dovrà garantire



Figura 52. Cronoprogramma Centrali Operative Territoriali

entro tempistiche prefissate. In ultima istanza, la realizzazione e la piena operatività delle COT devono essere garantite entro il **31 marzo 2024**.

4.3.2 Centrale Operativa 116117

La **Centrale Operativa 116117** sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un **servizio telefonico** gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117”.

Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri **servizi sanitari territoriali a bassa intensità**/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di **continuità assistenziale** e di **emergenza urgenza**, con le **Centrali Operative Territoriali** e con altri servizi previsti in ambito territoriale.

Il DM77/2022 stabilisce che la NEA 116117 eroghi **servizi** che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (**servizio erogabile obbligatorio**) per prestazioni e consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e per l'individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112. Inoltre può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (**servizio consigliato**) per accesso a MMG/PLS e Guardia medica turistica, oltre che per consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118.

Il cittadino che chiama il 116117 viene posto in contatto, a seconda delle diverse necessità, con un operatore competente ed eventualmente con un medico, che valutano se è possibile rispondere direttamente all'utente o se trasferire la sua richiesta verso il servizio di riferimento più adatto a soddisfare la richiesta.

STANDARD DA DM77

Il DM 77 prevede la realizzazione di 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative della Regione.



1 ogni 1-2 mln ab. o regionale

Centrale Operativa 116117

Il servizio deve essere garantito in modalità h24, 7 giorni su 7, compresi festivi e prefestivi, in modalità di



accesso gratuito e non limitato nel tempo, chiamando sia da rete fissa che da cellulare.

Sul modello delle **Centrali CUR NUE 112**, attive presso il territorio della Regione Siciliana a far data dal 2017, l'accesso al servizio deve essere garantito a tutti i cittadini, anche extra UE, grazie ad un supporto di interpretariato telefonico in tempo reale, anch'esso collegato in modalità h24.

La Centrale del NEA 116117 deve essere completamente informatizzata con un software che consenta la registrazione e la tracciabilità delle comunicazioni, oltre ad un possibile collegamento, fruibile attraverso il progetto regionale denominato "**118volte digitale**", ai tablet, per la gestione del paziente da parte del medico di Continuità Assistenziale.

È prevista, inoltre, l'istituzione di una **Centrale Operativa Integrata (COI)** con operatori laici, cioè personale non sanitario, che rispondono alle chiamate e forniscono una prima valutazione standard delle esigenze del chiamante, inoltrando eventualmente la chiamata al medico di Continuità Assistenziale che, autonomamente, può gestire il caso clinico, decidendo per un consiglio sanitario o effettuando la visita domiciliare. La Centrale (COI) raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative della Regione.

La capacità di risposta (numero di operatori contemporaneamente presenti in ricezione e risorse fisiche di rete), deve essere dimensionata in base al traffico rilevato ed alla qualità del servizio atteso: numero di chiamate/ora, durata media delle chiamate, tempo di attesa accettabile e percentuale di perdita di traffico accettabile, utilizzando le formule di dimensionamento del traffico telefonico. Presso la Centrale (COI), gli operatori possono essere forniti dalla Società Regionale Partecipata, in house providing, SEUS SCpA, e possono operare, presumibilmente, su tre turni giornalieri. Deve inoltre essere prevista una figura di coordinamento ed uno staff amministrativo, dimensionati in base all'ampliamento dei servizi erogati dalla struttura.

A regime, il NE 116117 è in grado di sostituire l'attuale numero verde per la **prenotazione di trasporti programmati in ambulanza**, mediante un passaggio dal vecchio sistema, costituito da una costellazione di numeri verdi di assistenza e informazioni, al nuovo numero unico. Il personale della Centrale Operativa Integrata (COI) valuta la pertinenza della richiesta e gestisce l'organizzazione dei trasporti sanitari programmati per gli aventi diritto. Per quanto non previsto dai LEA, il NEA 116117 fornisce all'utente le informazioni necessarie per facilitare l'organizzazione in autonomia del trasporto.

Il NEA 116117 progressivamente deve garantire un servizio strettamente connesso alla Rete di Emergenza Territoriale e la prevista riorganizzazione della Rete Ospedaliera, della Rete dell'Emergenza Urgenza Territoriale e delle Cure Primarie, per cui è necessario e indispensabile la strutturazione di un **gruppo operativo di non urgenza** altamente qualificato ed efficiente, in grado di gestire al meglio le casistiche dei cittadini che vi si rivolgono, con l'obiettivo di minimizzare l'accesso alle strutture di emergenza/urgenza, siano essi Pronto Soccorso e/o SUES 118, nella piena tutela della salute del paziente, garantendo un servizio h24, tale da intercettare le chiamate improprie normalmente afferenti ai Sistemi 118, gestendole in un più adeguato modello di non urgenza, ma garantendo, se necessario, ed in qualsiasi momento, l'escalation verso l'urgenza.

Ulteriore obiettivo è quello di offrire informazioni di carattere sanitario, relative a procedure e modalità di **accesso a servizi specialistici**, migliorando nel cittadino la percezione del servizio ricevuto e consentendo inoltre di monitorare e analizzare i bisogni della popolazione e dei servizi offerti dal Sistema Sanitario Regionale.

Tali aspetti consentono in tal senso di garantire, non solo la continuità delle cure, ma soprattutto di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, offrendo una migliore **integrazione tra le**



attività distrettuali e quelle ospedaliere e in particolare la presa in carico globale del paziente con problematiche di salute non acute. L'idea di territorio e di ospedale policentrici necessita, per garantire equilibrio tra prossimità delle cure e specializzazione, di processi di unificazione delle modalità di assistenza, per garantire equità di accesso ai servizi per tutti i cittadini.

A regime, è parere di questa Amministrazione, che il servizio venga implementato estendendo l'offerta informativa a **integrazione socio-sanitaria** (assistenza non autosufficienti, agevolazioni in relazione alla fascia reddituale, ecc.), **anagrafe sanitaria** (iscrizione al SSN, fascicolo sanitario elettronico, accesso ai servizi ecc.), consultorio familiare, reclami (modalità di accesso all'Urp) e molto altro.



5. MODELLO DI GOVERNANCE

5.1 Livelli di programmazione delle attività

La Regione Siciliana persegue l'obiettivo di creare le condizioni di contesto necessarie per l'attuazione operativa del presente piano, con il coinvolgimento delle aziende sanitarie del SSR, secondo un cronoprogramma di azioni e tempistiche ben definito.

Ciascuna attività individuata risulta coerente con la pianificazione già riportata nel Contratto Istituzionale di Sviluppo per la Missione 6 PNRR, oltre che con la programmazione regionale definita in seno ai Piani di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale. Nello specifico, gli enti coinvolti a livello regionale e locale, ciascuno secondo ruoli e modalità definiti, garantiscono l'attuazione del presente piano secondo la realizzazione di un complesso di azioni diversificate, afferenti alle seguenti aree:

- **Analisi dei bisogni mediante stratificazione della popolazione** basata sull'utilizzo di dati e di algoritmi predittivi, al fine di differenziare la presa in carico degli assistiti e le risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione sulla base del livello di rischio, del bisogno di salute e del consumo di risorse della popolazione;
- **Adeguamento e sviluppo della rete territoriale di assistenza** mediante l'attivazione delle nuove strutture previste dalla Missione 6 Componente 1 (es. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali), l'implementazione dei nuovi setting assistenziali previsti dal DM 77 e l'integrazione con i servizi territoriali ad oggi esistenti;
- **Assunzione e formazione del personale** mediante la definizione del fabbisogno di personale a livello regionale in coerenza con i bisogni socioassistenziali rilevati, il reclutamento e la formazione di personale per la formazione di equipe multiprofessionali (MMG/PLS, medico specialista, infermiere, personale di supporto sanitario e non sanitario);
- **Sviluppo degli elementi abilitanti al funzionamento della rete** mediante il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e la transizione digitale in coerenza con quanto previsto dalla Missione 6 Componente 2, l'attuazione della telemedicina e del FSE a livello regionale per superare la frammentazione e disomogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.

Di seguito si riporta un quadro di sintesi delle azioni da attuare nel quadriennio 2023-2026 e del relativo termine di esecuzione regionale.

1. ANALISI DEI BISOGNI MEDIANTE STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

ID	Descrizione	Target regionale
1.1	Definizione modello predittivo regionale per la stratificazione della popolazione e adozione da parte delle aziende sanitarie	T3 2023
1.2	Valutazione del profilo epidemiologico (stratificazione del rischio) e differenziazione strategie d'intervento	T4 2023
1.3	Presa in carico sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse	T1 2024
1.4	Definizione set di indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione	T1 2024
1.5	Implementazione sistema di governo distrettuale e valutazione delle cure erogate (sorveglianza proattiva)	T2 2024

Tabella 38. Azioni programmate per l'analisi dei bisogni mediante stratificazione della popolazione



2. ADEGUAMENTO E SVILUPPO DELLA RETE TERRITORIALE DI ASSISTENZA

ID	Descrizione	Target regionale
2.1	Valutazione assetto organizzativo dei distretti in coerenza con standard di popolazione, servizi e personale definiti dal DM77	T3 2023
2.2	Realizzazione e piena operatività delle Case della Comunità	T1 2026
2.3	Realizzazione e piena operatività delle Centrali Operative Territoriali	T1 2024
2.4	Implementazione servizi per l'interconnessione aziendale	T1 2024
2.5	Realizzazione e piena operatività degli Ospedali di Comunità	T1 2026
2.6	Adeguamento rete di consultori agli standard previsti dal DM77 e dalla normativa regionale	T4 2024
2.7	Attivazione centrale operativa regionale CO NEA 116117	T1 2024
2.8	Adeguamento Residenze Sanitarie Assistenziali mediante integrazione postazioni previste dalla programmazione regionale	T4 2024
2.9	Implementazione rete di cure palliative e attivazione nuove postazioni in Hospice adulti e pediatrici	T4 2024
2.10	Attivazione strutture residenziali per la salute mentale dedicate al trattamento di quadri psicopatologici specifici	T4 2024
2.11	Incremento dell'attività di presa in carico in assistenza domiciliare e del numero di casi trattati over 65	T1 2026
2.12	Adeguamento attività di prevenzione in linea con il Piano Regionale Prevenzione 2020-2025	T4 2025

Tabella 39. Azioni programmate per l'adeguamento e sviluppo della rete territoriale di assistenza

3. ASSUNZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

ID	Descrizione	Target regionale
3.1	Valutazione piano regionale del fabbisogno di personale	T1 2023
3.2	Assunzione infermieri di famiglia e di comunità	T2 2023
3.3	Istituzione Unità di continuità assistenziali	T2 2023
3.4	Assunzione personale aggiuntivo in aderenza al fabbisogno programmato regionale	T1 2026
3.5	Realizzazione primo corso di formazione per il personale	T3 2023
3.6	Realizzazione secondo corso di formazione per il personale	T2 2024
3.7	Realizzazione terzo corso di formazione per il personale	T3 2025

Tabella 40. Azioni programmate per l'assunzione e formazione del personale



4. SVILUPPO DEGLI ELEMENTI ABILITANTI AL FUNZIONAMENTO DELLA RETE

ID	Descrizione	Target regionale
4.1	Attivazione servizi regionali di Telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio)	T1 2024
4.2	Integrazione e potenziamento delle tecnologie e dei servizi digitali esistenti	T4 2024
4.3	Adozione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico a livello regionale	T2 2026
4.4	Adozione dei 2 nuovi flussi informativi nazionali per la riabilitazione territoriale e consultori familiari	T1 2023
4.5	Adozione dei 2 nuovi flussi informativi nazionali per gli ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria	T1 2025
4.6	Implementazione di eventuali ulteriori flussi a valenza regionale per il monitoraggio dell'assistenza territoriale	T1 2026

Tabella 41. Azioni programmate per lo sviluppo degli elementi abilitanti al funzionamento della rete

5.2 Meccanismi operativi di funzionamento

L'efficace ed efficiente attuazione del presente Piano costituisce a livello regionale una opportunità strategica per il miglioramento delle attività del SSR intese nella loro più ampia accezione e, in tal senso, risulta fondamentale l'individuazione e la definizione di un insieme coordinato di processi, procedure e ruoli operativi regolamentati che permetta la gestione fluida di attività complesse, trasversali rispetto ai soggetti coinvolti, finalizzate al comune obiettivo prefissato.

Il framework qui esposto intende pertanto proporre gli elementi di base sulle funzioni e sui compiti degli organismi e dei soggetti coinvolti, nonché sugli strumenti e protocolli operativi da adottare per il l'attuazione delle azioni sottese alla realizzazione del Piano.

Nello specifico, le azioni individuate e le progettualità che saranno avviate per l'attuazione del Piano prevedono il coinvolgimento dei seguenti soggetti:

- **livello ministeriale**, che definisce le disposizioni normative e regolamentari in materia e si occupa del monitoraggio di ciascuna Regione circa il recepimento degli standard previsti dal DM77 per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) secondo modalità e tempistiche da definire;
- **livello regionale**, che ha il compito di coordinare la realizzazione del nuovo modello territoriale mediante lo sviluppo di una strategia univoca a livello regionale e la diffusione di direttive e istruzioni operative verso gli Enti del SSR;
- **livello locale (Enti del SSR)**, che in qualità di "Soggetto attuatore esterno" della Missione 6 PNRR ha il compito di attuare le iniziative progettuali definite nel presente Piano, secondo gli indirizzi strategici e le indicazioni operative dei livelli ministeriale e regionale.

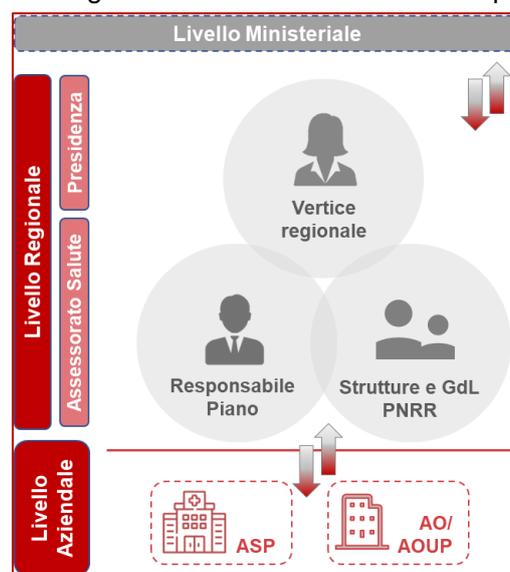


Figura 53. Livelli di governance del piano



Al fine di svolgere tali funzioni, la conoscenza dei **bisogni di salute della popolazione** di riferimento risulta centrale per la Regione e le aziende sanitarie; pertanto, l'implementazione della rete territoriale deve necessariamente tenere conto dell'evoluzione dei bisogni della popolazione, anche mediante un'attività di analisi dei flussi sanitari e sociosanitari finalizzata al dimensionamento dell'offerta coerentemente con i bisogni epidemiologici della popolazione.

In tal ottica, i **livelli locale e regionale** collaborano nel processo di costruzione della rete di offerta, in modo tale che essa risulti adeguata e dimensionata in modo coerente con il bisogno distrettuale e al fine di garantire ai cittadini soluzioni adeguate al bisogno anche in caso di distribuzione geograficamente disomogenea dell'offerta.

Assumono in tal senso particolare rilevanza le modalità di comunicazione e coordinamento tra gli Enti coinvolti, che dovranno pertanto essere definite con l'obiettivo di garantire il corretto funzionamento dei processi strategici e delle procedure operative entro i tempi stabiliti.

Nel presente documento vengono proposti gli elementi di base sulle funzioni e sui compiti degli organismi e dei soggetti coinvolti, nonché sugli strumenti e protocolli operativi da adottare, che dovranno comunque trovare efficacia mediante formale adozione di specifici atti.

LIVELLO MINISTERIALE

Il **Ministero della Salute** monitora, mediante il supporto operativo di **Agenas**, le attività di adeguamento delle reti di assistenza territoriali di ciascuna Regione, sulla base degli standard previsti dal DM77 e in coerenza con gli investimenti della Missione 6 del PNRR.

Nello specifico, sulla base di quanto stabilito nel suddetto decreto:

- ai fini del monitoraggio degli standard, Agenas procede ad elaborare una relazione per il Ministero della Salute con cadenza semestrale sullo stato di implementazione, in ogni Regione, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale;
- il monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, tiene conto di quanto stabilito dall'Allegato I del decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto;
- la verifica di attuazione del DM77 costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

LIVELLO REGIONALE

Nell'attuazione del Piano, la programmazione e l'organizzazione della rete di strutture territoriali è in capo all'**Assessorato della Salute** che, in linea con gli indirizzi strategici del **Presidente della Regione** e mediante il diretto coordinamento dell'**Assessore alla Salute** e del **Dirigente generale**, svolge il ruolo di **programmazione e governo strategico**, in linea con le seguenti funzioni:

- supervisione dei percorsi territoriali di cui alla programmazione garantendo la continuità assistenziale,



il raccordo tra il polo ospedaliero e quello territoriale, l'integrazione sanitaria e sociosanitaria;

- formulazione e diffusione alle aziende del Sistema Sanitario Regionale di politiche di indirizzo e linee guida in merito alla modalità organizzative e tecniche di attuazione della rete territoriale;
- definizione di linee di indirizzo per il monitoraggio e controllo degli obiettivi raggiunti.

Alla luce dell'esigenza di governare e indirizzare tempestivamente le iniziative correlate all'attuazione delle azioni previste dal presente Piano e rilevata la stretta correlazione tra le attività da porre in essere e quanto già in corso di realizzazione nell'ambito della Missione 6 PNRR, lo svolgimento delle predette funzioni, sia strategiche che operative, verrà effettuato con il supporto delle professionalità e delle strutture di supporto istituite in seno all'Assessorato della Salute nell'ambito del PNRR, incaricate del coordinamento, monitoraggio e rendicontazione degli interventi della Missione 6. Nello specifico, sono previsti:

- un organismo istituito con D.P. n. 564/2022, costituito dal **Referente unico regionale per il PNRR**, dal **Referente Vicario**, dal **Coordinatore del nucleo ispettivo** e dalla **Struttura tecnica di supporto al Referente unico**, per lo svolgimento dei compiti di direzione e regia delle attività a carico diretto del Soggetto Attuatore, per l'accertamento, la verifica ed il controllo dello stato di avanzamento della realizzazione e del monitoraggio degli Enti del SSR;
- un **Gruppo di Lavoro PNRR**, istituito con D.A. n. 9/2022, avente la finalità di promuovere soluzioni tecniche/amministrative per l'attuazione degli investimenti e per intraprendere in team le iniziative propositive necessarie per il raggiungimento dei risultati prefissati, attraverso il coordinamento degli aspetti operativi, la diffusione di direttive univoche agli Enti Sanitari del Sistema Sanitario Regionale e l'espletamento di sopralluoghi in loco per la verifica degli avanzamenti dei Piani aziendali.

Naturalmente, lo svolgimento di tali funzioni avverrà anche in sinergia con i componenti dell'amministrazione regionale che, per natura delle attività svolte, risultano strettamente connessi alla materia (es. Assessorato alla famiglia, servizi deputati alla Programmazione territoriale e ospedaliera, Emergenza-urgenza, Integrazione socio-sanitaria, Sorveglianza ed epidemiologia, etc.).

LIVELLO LOCALE

La Regione Siciliana, con appositi provvedimenti normativi, ha delegato agli **Enti del Servizio sanitario regionale**, quali "**Soggetti attuatori esterni**", lo svolgimento di specifiche attività concernenti la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componente 1 e 2, in base alla relativa competenza territoriale, fermo restando il mantenimento della responsabilità congiunta e solidale assunta dalla Regione Siciliana in qualità di Soggetto Attuatore.

Per l'attuazione del Piano, le **aziende sanitarie** svolgono le seguenti funzioni in attuazione delle indicazioni regionali e dello specifico contesto aziendale:

- organizzazione dell'erogazione delle attività, garantendo gli standard previsti dal presente Piano sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali;
- integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;
- sviluppo dell'assistenza di prossimità, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS servizi di continuità assistenziale, infermieri di famiglia e specialisti ambulatoriali;
- attuazione degli interventi garantendo la correttezza, l'affidabilità e la congruenza dei dati di



monitoraggio finanziario, fisico e procedurale, e di quelli che comprovano il conseguimento degli obiettivi dell'intervento.

Le **attività di natura sanitaria** vengono svolte sotto il diretto coordinamento del **Direttore di Distretto**, la figura responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la **funzione di garanzia** attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

In via aggiuntiva, le **attività di matrice prettamente amministrativa-contabile** vengono svolte congiuntamente dai soggetti che ricoprono l'incarico di Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e dal referente unico aziendale, già individuati dalle aziende sanitarie nell'ambito delle progettualità PNRR, che risultano responsabili delle procedure amministrative, dalla progettazione fino alla rendicontazione finale degli interventi.

5.3 Procedure di monitoraggio e controllo

L'**avvio integrato e coordinato** dell'intero portafoglio di innovazioni previsto dal presente Piano rappresenta una condizione necessaria per garantire l'**efficacia complessiva** dell'insieme dei singoli interventi. Infatti, non si può immaginare il rinnovo del modello di offerta territoriale regionale con il semplice inserimento nell'attuale sistema di servizi considerati innovativi. Ricostruire una visione unitaria di come far fronte alla crescente complessità della domanda di servizi per la tutela della salute attraverso le innovazioni introdotte significa rileggere ex novo le interdipendenze tra operatori, strutture di offerta e sistemi di gestione e riprogettare specifiche modalità di erogazione da remoto dei servizi.

In virtù della complessità delle innovazioni da introdurre nell'attuale configurazione de SSR, l'introduzione di un **sistema di monitoraggio e controllo** rappresenta una condizione necessaria per il buon esito del Piano. Come citato sopra, il livello regionale ha la responsabilità di monitoraggio e controllo del Piano, al fine di garantire la piena attuazione degli interventi previsti, da realizzare congiuntamente con le aziende sanitarie. A livello operativo, il monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato è svolto dal Servizio deputato alla "Programmazione territoriale" e, pertanto, il **Dirigente responsabile del Servizio** rappresenta il referente regionale per l'attuazione e il monitoraggio del Piano regionale di assistenza sanitaria territoriale, che dispone delle seguenti competenze di **monitoraggio e controllo operativo**:

- verifica del conseguimento degli obiettivi prefissati entro i termini stabiliti dal presente documento, dal Contratto Istituzionale di Sviluppo e/o da ulteriore documentazione in merito che verrà prodotta;
- definizione e sviluppo di appositi strumenti di rilevazione delle attività territoriali e monitoraggio dei target assegnati (set di reportistica standard, KPI e indicatori, flussi informativi, etc.)
- monitoraggio dei risultati intermedi e finali di carattere di carattere organizzativo (es. reclutamento e formazione personale, realizzazione strutture di assistenza, etc.), clinico-sanitario (es. governo domanda, liste di attesa e garanzia LEA etc.) e tecnico-informatico (es. implementazione servizi di telemedicina), etc;
- coordinamento con le altre aree e servizi dell'Assessorato della Salute per lo sviluppo dei setting assistenziali da potenziare sul territorio in relazione agli esiti del monitoraggio effettuato.

Le attività vengono svolte mediante processi e procedure ben strutturati, che l'Amministrazione regionale



avrà cura di produrre e diffondere a tutti gli attori coinvolti, oltre che con l'ausilio di un **sistema di misurazione, verifica e monitoraggio del Piano** nel suo complesso. Nello specifico, sono previsti, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- l'adozione di un **cruscotto di monitoraggio** per la verifica continuativa degli obiettivi intermedi e finali, da rendere disponibile a tutti i livelli dell'amministrazione regionale;
- l'utilizzo di **flussi informativi** e/o altri strumenti basati sull'utilizzo di linguaggi comuni per strutturare un flusso di comunicazione omogeneo a tutti i livelli per la rilevazione dello stato di attuazione. Si citano, ad esempio, i nuovi flussi informativi NSIS da realizzare nell'ambito del PNRR (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria) che rappresentano, a regime, uno strumento di governo e monitoraggio delle attività nei diversi setting assistenziali da potenziare;
- la definizione di specifici **indicatori di performance** – di processo e di esito – per la misurazione dei risultati raggiunti. Si riporta di seguito una prima definizione, a titolo esemplificativo, di indicatori – di che si intendono adottare per tale finalità in relazione alle nuove strutture e professionalità introdotte.

Macro area	Ambiti di intervento
Case della Comunità	Numero di strutture attivate
	% di pazienti cronici monopatologici presi in carico dalla rete delle CdC per distretto
	Numero di PAI avviati per ciascun paziente
Infermieri di Famiglia Continuità assistenziale	% di pazienti gestiti dall'IFeC per ciascun distretto nell'ambito di prevenzione
	% di interventi UCA per distretto suddivisi per natura dell'intervento.
Centrali Operative Territoriali	Numero di strutture attivate
	Tempi medi di attesa nelle transizioni tra setting assistenziali gestiti dalle COT
	% richieste 116117 transitate alla COT
Ospedali di Comunità	Numero di strutture attivate
	Numero di accessi per tipologia di assistenza
	Numero Ricoveri per pazienti con cronicità inseriti ricoverati per complicanze

Tabella 42. Set esemplificativo di indicatori di performance

Nell'ottica di avviare un processo di monitoraggio strutturato e omogeneo delle azioni, la verifica di attuazione e raggiungimento degli obiettivi prefissati verrà svolta congiuntamente con altri filoni progettuali ad oggi attivi, meglio esplicitati di seguito, con cui il presente Piano condivide i medesimi gli ambiti di intervento:

- **disposizioni nazionali in ambito PNRR:** monitoraggio mensile in termini di avanzamento procedurale, fisico e finanziario, per rilevare e analizzare i dati di realizzazione delle misure del PNRR, valutare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento dei Target/Milestone nazionali ed europei;

	Disposizioni PNRR	POCS Sicilia	Regolamenti di settore
1. Analisi dei bisogni mediante stratificazione della popolazione			
2. Adeguamento e sviluppo della rete territoriale di assistenza			
Case della comunità			
Infermieri di famiglia			
Continuità assistenziale			
Consultori			
Prevenzione e cura della salute			
Salute mentale			
Ospedali di Comunità			
Residenze Sanitarie Assistenziali			
Assistenza Domiciliare			
Cure palliative			
Centrale Operativa Territoriale			
Centrale Operativa 116117			
3. Assunzione e formazione del personale			
4. Sviluppo degli elementi abilitanti al funzionamento della rete			

Figura 54. Relazioni funzionali del processo di monitoraggio



- **iniziative regionali per la riqualificazione del SSR:** monitoraggio semestrale/annuale nell'ambito delle azioni definite dalla Regione Siciliana per la riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale e contenute nel relativo Piano Operativo (POCS);
- **altri atti normativi e regolamentari di settore:** attuazione e monitoraggio di interventi per lo sviluppo di specifici setting assistenziali regolamentati da atti nazionali/regionali di settore (es. Piano regionale della prevenzione, Programmi per il potenziamento delle strutture residenziali, ecc.).

DISPOSIZIONI NAZIONALI IN AMBITO PNRR

Il processo di monitoraggio del PNRR, introdotto dall'articolo 1, comma 1044, della legge 30 dicembre 2020 n. 178 (legge di bilancio per il 2021), è finalizzato a dare contezza del grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano e dell'utilizzo delle relative risorse finanziarie, oltre che della messa in opera delle riforme dallo stesso previste.

In tale ottica, il processo di monitoraggio riguarda tutte le fasi attraverso cui il PNRR consegue i propri obiettivi e realizza attività e spese, rilevando informazioni e dati che attengono sia alla fase di programmazione delle misure e dei progetti (obiettivi, costi, procedure, tempi e relativi indicatori di misurazione), sia alla loro fase di attuazione (iter procedurali di attivazione di misura e progetti, relative tempistiche, impegni assunti e spesa effettuata).

In linea con quanto previsto dalla suddetta normativa, la Regione Siciliana, quale "Soggetto Attuatore" del piano di interventi per la Missione 6 - Salute ha la responsabilità e attua con cadenza mensile la rilevazione a livello regionale dei dati di attuazione dei progetti afferenti all'ambito PNRR, dal punto di vista dell'avanzamento finanziario, fisico e procedurale. A titolo esemplificativo e non esaustivo, vengono acquisiti e analizzati i dati riguardanti:

- **esecuzione procedurale**, ossia (i) l'espletamento degli step previsti nel cronoprogramma procedurale di progetto con l'indicazione delle relative date e l'acquisizione a sistema degli atti corrispondenti; (ii) gli esiti delle procedure di gara, stipula dei contratti e registrazione degli atti contrattuali); (iii) ogni altra informazione rilevante che riguarda la fase procedurale propedeutica alla messa in opera del progetto;
- **realizzazione fisica**, ossia le informazioni relative il materiale avanzamento dei singoli progetti misurati attraverso (i) indicatori specifici appositamente definiti per gli stessi, (ii) valutazione degli Stati di Avanzamento Lavori (SAL – ove pertinenti) formalmente approvati, ovvero (iii) altri documenti formali attestanti l'esecuzione dei progetti (Relazioni periodiche, collaudi, ecc.);
- **esecuzione finanziaria**, ossia i dati finanziari attinenti sostanzialmente a tre livelli: (i) trasferimenti ricevuti a fronte delle assegnazioni delle risorse/selezione dei progetti di propria competenza; (ii) cronoprogrammi di spesa; (iii) impegni assunti e spesa effettuata per la realizzazione del progetto, in corrispondenza dell'approvazione degli Stati di avanzamento lavori (SAL – ove pertinenti) ovvero negli altri documenti formali attestanti l'esecuzione dei progetti (Relazioni periodiche, collaudi, ecc.).

La rilevazione di tali informazioni avviene in coerenza con il cronoprogramma di **Milestone e Target**, ovvero traguardi e obiettivi intermedi e finali, definiti nel Contratto Istituzionale di Sviluppo.

Si rappresenta che tutti i dati vengono rilevati secondo le **Linee Guida** per lo svolgimento delle attività connesse al monitoraggio del PNRR diffuse dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (Circolare n. 27/2022), mediante gli **strumenti** resi disponibili dal MEF per l'espletamento di tali funzioni (es. Sistema informativo ReGis), secondo **processi** e **procedure** definiti dalle già citate strutture istituite in seno



all'Assessorato della Salute nell'ambito del PNRR, incaricate del coordinamento, monitoraggio e rendicontazione degli interventi della Missione 6.

INIZIATIVE REGIONALI PER LA RIQUALIFICAZIONE DEL SSR

Come già citato precedentemente, nell'ambito delle azioni attuate per la prosecuzione del Piano di rientro (Piano di Contenimento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009), la Regione Siciliana, già dal 2010, ha definito specifici atti di programmazione per la riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale (POCS). Mediante tali atti si sviluppano le strategie regionali 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.

Il **POCS** definisce a livello regionale gli interventi programmati per ciascuna **area di intervento** (es. assistenza territoriale).

Ciascuna area di intervento è declinata in: obiettivi specifici, azioni da porre in essere e relativi tempi di attuazione, modalità attuative misurabili e valutabili per verificare il conseguimento degli obiettivi, eventuali indicatori chiave (KPI) per il monitoraggio della performance. Per le **principali aree trattate dal presente piano**, si riportano nella tabella proposta gli **ambiti di intervento** da sviluppare nel prossimo triennio mediante specifiche azioni da realizzare a livello regionale.

Macro area	Ambiti di intervento
Assistenza territoriale e distrettuale	Assistenza primaria e continuità assistenziale
	Assistenza domiciliare integrata
	Ospedali di comunità
	Accesso ai servizi e presa in carico
	Assistenza alle persone non autosufficienti
	Assistenza alle persone disabili
	Specialistica ambulatoriale
	Salute mentale
	Dipendenze patologiche
	Cure palliative e terapia del dolore
	Sanità penitenziaria
	Governance del personale
Procedure assunzionali e gestione del turn over	
Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie	
Prevenzione collettiva	Piano della prevenzione
	Programmi organizzati di screening
	Coperture vaccinali
	Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro
	Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Tabella 43. Ambiti di intervento POCS 2022-2024

Gli interventi previsti dal POCS sono sottoposti a verifica periodica sullo stato di avanzamento da parte degli organi istituzionali, mediante l'utilizzo di una apposita **scheda di monitoraggio**, in cui ciascuna azione risulta declinata in indicatori chiave di performance (KPI) e Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia⁹ per il monitoraggio

⁹ Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.



degli obiettivi prefissati, da conseguire entro tempistiche definite (cadenza **semestrale** o **annuale**). Il monitoraggio avviene, inoltre, in coerenza con il cronoprogramma programmatico previsto dal PNRR.

Per l'espletamento di tutte le funzioni di governo e monitoraggio delle misure definite nel POCS, la Regione Siciliana ha individuato una funzione regionale dedicata alla governance di attuazione del piano. Nello specifico, il servizio di **“Programmazione sanitaria regionale”** afferente al Dipartimento di Pianificazione Strategica dell'Assessorato Salute ha in capo, tra l'altro, le seguenti funzioni: governo dell'attuazione delle misure del POCS e coordinamento delle correlate attività delle strutture intermedie dipartimentali, monitoraggio e verifica sullo stato di attuazione delle misure, analisi e monitoraggio dell'impatto finanziario dei provvedimenti normativi e amministrativi inerenti l'attuazione del piano. Si rappresenta che il processo di monitoraggio e controllo avviene mediante **processi** e **procedure** strutturati, con cadenza semestrale o annuale in relazione all'ambito di azione.

ALTRI ATTI NORMATIVI E REGOLAMENTARI DI SETTORE

Come citato precedentemente, l'attuazione del presente Piano si realizza anche mediante azioni definite in seno ad altre iniziative sviluppate in ambito nazionale e/o regionale per lo sviluppo della rete di assistenza ad ogni livello. Questa fattispecie riguarda principalmente tutte le strutture di erogazione già esistenti nel territorio regionale, che adesso necessitano di integrazione con le strutture di nuova realizzazione previste dal PNRR. In virtù di ciò, negli ultimi anni sono stati definiti specifici atti programmatori per lo sviluppo di alcuni setting assistenziali a livello regionale. Si citano, tra l'altro:

- il **Piano regionale della Prevenzione 2020-2025**, che rappresenta il principale strumento di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute, in attuazione dei principi e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione sancito dall'intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 06 Agosto 2020. Sulla scorta del Profilo di Salute della popolazione siciliana, viene definita la programmazione regionale ponendo il cittadino al centro degli interventi, accompagnandolo in tutte le fasi della vita e in setting appropriati, con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute. Il Dipartimento ASOE dell'Assessorato Salute ha la responsabilità di governance della Prevenzione e rappresenta il riferimento per l'attuazione, rendicontazione e monitoraggio del piano;
- la **Legge Regionale 12 luglio 2011, n. 14 e ss.mm.ii.**, che rappresenta l'atto di riferimento per la riorganizzazione ed il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili, dei centri residenziali di cure palliative, delle strutture di recupero per soggetti con dipendenze patologiche, di quelle riabilitative per soggetti con disabilità psicofisico sensoriali e di quelle riabilitative psichiatriche residenziali, in cui viene definita la programmazione dei posti da attivare, che risultano oggi in corso di implementazione;
- il **DL 34/2020** recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” rappresenta il documento di riferimento per la definizione dei servizi di cura di transizione da erogare mediante le centrali 116/117. Infatti, all'art.1, comma 8, è prevista, per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, l'attivazione di centrali operative che svolgano le funzioni in accordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza.

Tutta la documentazione sopra citata rappresenta un atto strategico e operativo, con chiara definizione di **obiettivi**, **azioni** e **traguardi** da conseguire entro tempistiche definite, che vengono costantemente monitorate a livello regionale dai servizi dell'Assessorato Salute, ciascuno per il proprio ambito di competenza.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Decreto Ministeriale 77/2022 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*;

Decreto Ministeriale 21 settembre 2022 *“Linee guida per i Servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”*;

Decreto Ministeriale 20 maggio 2022 *“Adozione delle Linee guida per l’attuazione del Fasciolo sanitario elettronico”*;

Piano Operativo Regionale (POR), parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), sottoscritto in data 30 maggio 2022 dal Ministero della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana;

Regione Siciliana, Assessorato della Salute Dipartimento Attività Sanitarie Osservatorio Epidemiologico (DASOE), Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025;

Regione Siciliana, Piano Strategico per la Salute digitale;

Rapporto OASI 2022, Cergas, 2022;

Quaderno Monitor, *“Documento di indirizzo per il metaprogetto dell’Ospedale di Comunità”*, Agenas, 2022;

Quaderno Monitor *“Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità”*, Agenas, 2022;

Quaderno Monitor, *“Le Centrali Operative”*, Agenas, 2022;

Ministero della Salute e Ministero dell’Economia e delle Finanze, *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro 2022 – 2024”*;

Decreto Legge 34/2020 *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

Decreto Assessorato della Salute 27 aprile 2012 *“Approvazione del Piano strategico per la salute mentale”*;

Legge Regionale 14/2011 *“Riorganizzazione e potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili. Misure finanziarie relative a personale comandato. Disposizioni per il personale utilizzato in convenzione presso le aziende del Servizio sanitario regionale”*;

Decreto Ministeriale 138/2019 *“Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”*;

Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;

Legge Regionale 5/2009 *“Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”*;

Decreto Legislativo 229/99 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”*;

Decreto Legislativo 502/92 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 42”*;

Regione Siciliana, Assessorato Regionale della Salute *“Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2019-2021”*.



INDICE TABELLE

N.	DESCRIZIONE TABELLA
1	Elenco misure di intervento PNRR Missione 6 "Salute"
2	Popolazione e suddivisione amministrativa su base dati Istat
3	Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat - andamento per anno
4	Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – vista per provincia
5	Indicatori strutturali della popolazione residente su base dati Istat – benchmark nazionale
6	Elenco dei distretti sanitari della Regione e popolazione residente
7	Quadro di sintesi strutture di erogazione
8	Rete dei PTA attivati in Sicilia
9	Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate - anno 2019
10	Consumo pro capite di specialistica ambulatoriale - anno 2019
11	Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per branca - anno 2019
12	Distribuzione dei Medici di Medicina Generale per provincia
13	Distribuzione dei Pediatri di Libera Scelta per provincia
14	MCA attivi in Sicilia - anno 2021
15	MET attivi in Sicilia - anno 2021
16	SAI attivi in Sicilia - anno 2021
17	Altro personale convenzionato attivo in Sicilia - anno 2021
18	Standard del distretto sociosanitario da DM77/2022
19	Fabbisogno teorico di personale da allocare nelle Case della Comunità hub
20	Fabbisogno teorico di personale da allocare nelle Centrali Operative Territoriali
21	Fabbisogno teorico di personale da allocare negli Ospedali di Comunità
22	Servizi da erogare in Telemedicina
23	Schema dei servizi obbligatori e facoltativi delle CdC
24	Distribuzione strutture Hub e Spoke
25	Distribuzione strutture da edificare/ristrutturare
26	Distribuzione dei consultori per provincia
27	Rete ambulatori Salute mentale
28	Rete Centri diurni
29	Rete strutture residenziali terapeutico-riabilitative
30	Distribuzione OdC da edificare/convertire
31	Programmazione posti letto per profilo assistenziale R1
32	Stato dell'arte posti letto per profilo assistenziale R2
33	Casi trattati in ADI 2021
34	Assistiti Over 65 trattati in rapporto alla popolazione
35	Stato dell'arte Hospice al 31 dicembre 2021
36	Assistenza riabilitativa ex art. 26 anno 2021
37	Analisi offerta riabilitativa anno 2021
38	Azioni programmate per l'analisi dei bisogni mediante stratificazione della popolazione
39	Azioni programmate per l'adeguamento e sviluppo della rete territoriale di assistenza
40	Azioni programmate per l'assunzione e formazione del personale
41	Azioni programmate per lo sviluppo degli elementi abilitanti al funzionamento della rete
42	Set esemplificativo di indicatori di performance
43	Ambiti di intervento POCS 2022-2024



INDICE FIGURE

N.	DESCRIZIONE FIGURA
1	Contenuti proposti nel Piano
2	Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia – 2004
3	Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia – 2020
4	Andamento della speranza di vita 2004-2020 – Donne
5	Andamento della speranza di vita 2004-2020 – Uomini
6	Stime preliminari della mortalità per causa 2018
7	Macro-cause di mortalità distinte per sesso
8	Mortalità per sottocategorie diagnostiche in Sicilia (prime 10 cause)
9	Mobilità infra ed extraregionale (2018-2020). Uomini
10	Mobilità infra ed extraregionale (2018-2020). Donne
11	Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali
12	Modello per la stima del fabbisogno di prestazioni
13	Ruolo del distretto sanitario
14	Distribuzione territoriale delle strutture di erogazione
15	Distribuzione territoriale dei PTA attivati in Sicilia
16	Rappresentazione territoriale della Continuità assistenziale in Sicilia
17	Schema di sintesi dell'organizzazione del distretto e delle relazioni tra strutture
18	Complesso di investimenti della Regione Siciliana a valere sulla Missione 6 PNRR
19	Quadro di riferimento della popolazione target
20	Riorganizzazione dei servizi sanitari in ambito PNRR
21	Piano di interventi dell'Agenda digitale Sicilia
22	Architettura SISR
23	Livelli organizzativi SovraCUP regionale
24	Funzioni dei servizi di front-office e back-office
25	Architettura piattaforma regionale telemedicina
26	Relazione logica tra piattaforma di Telemedicina e FSE
27	Integrazione tra FSE regionali
28	Architettura FSE
29	Aree funzionali CdC Hub
30	Aree funzionali CdC Spoke
31	Overview Case della Comunità
32	Distribuzione territoriale Case della Comunità
33	Quadro degli investimenti per Case della Comunità
34	Cronoprogramma Case della Comunità
35	Composizione continuità assistenziale
36	Rapporto popolazione/consultori
37	Composizione organico consultori
38	Principali fattori di rischio MCNT
39	Principali cause di mortalità tumorale
40	Stato copertura unità operative
41	Fabbisogno di personale
42	Relazioni funzionali tra macro-aree
43	Servizi obbligatori e facoltativi per macro-area
44	Relazioni funzionali tra CdC, COT, OdC
45	Overview Ospedale di Comunità
46	Distribuzione territoriale Ospedali di Comunità
47	Quadro degli investimenti Ospedali di Comunità
48	Cronoprogramma Ospedali di Comunità
49	Overview centrale operativa
50	Distribuzione territoriale Centrali Operative Territoriali
51	Quadro degli investimenti Centrali Operative Territoriali
52	Cronoprogramma Centrali Operative Territoriali
53	Livelli di governance del piano
54	Relazioni funzionali del processo di monitoraggio