

REPUBBLICA ITALIANA

# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 4 LUGLIO 2003 -  
N. 30

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL 6964930 - ABBONAMENTI TEL 6964926 INSERZIONI TEL 6964936 - FAX 6964927

## AVVERTENZA

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Non si risponde, pertanto, di errori, inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, nè di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di : [Avv.Michele Arcadipane](#) - Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi [qui descritti](#)

## ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 27 maggio 2003.

### **Piano di rimodulazione della rete ospedaliera.**

Allegati

Deliberazione n. 135 del 7 maggio 2003. "Piano di rimodulazione della rete ospedaliera"

La Giunta regionale

Visto lo Statuto della Regione;

Viste le leggi regionali 29 dicembre 1962, n. 28 e 10 aprile 1978, n. 2;

Visto il proprio Regolamento interno;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30;

Visto il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

Visto il decreto legislativo 18 giugno 1999, n. 200;

Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Vista la legge regionale 26 marzo 2002, n. 2, art. 28;

Vista la deliberazione n. 446 del 28 dicembre 1996, con la quale la Giunta regionale ha approvato il Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera;

Viste le deliberazioni n. 499 dell'11 dicembre 2001 e n. 230 dell'11 luglio 2002, con le quali la Giunta regionale ha approvato la rimodulazione della rete infettivologica regionale;

Vista la nota n. 1266 del 16 ottobre 2002, con la quale l'Assessorato regionale della sanità trasmette il piano di rimodulazione della rete ospedaliera regionale definito con le OO.SS. e con i rappresentanti dei direttori generali delle Aziende sanitarie e dei Policlinici (allegato A);

Considerato che l'ufficio speciale per il monitoraggio del P.S.R., nella relazione allegata alla suddetta nota n. 1266/02 rappresenta che con la rimodulazione della rete ospedaliera si è voluto operare una riconversione e riqualificazione di tutti i presidi ospedalieri regionali, in

modo da soddisfare i fabbisogni di tutta la popolazione siciliana tenendo conto dei seguenti elementi: i nuovi riferimenti normativi, l'esperienza maturata, l'impatto e la rilevanza sociale, i parametri di produttività delle singole specialità rapportati alla media regionale, l'incremento dei posti letto post-acuti e l'incremento dei posti letto di day surgery e day hospital;

Vista la successiva nota n. 1545 del 10 dicembre 2002 (allegato B) con la quale l'Assessorato regionale della sanità rappresenta che, a causa di alcune tardive comunicazioni, si sono dovute apportare delle variazioni alle tabelle dell'allegato C del piano di rimodulazione trasmesso con la citata nota n. 1266/02 e, pertanto, trasmette le nuove tabelle relative alle province di Caltanissetta, Catania, Siracusa e Trapani; Considerato che la Giunta regionale, ai fini dell'acquisizione del parere della competente Commissione legislativa dell'ARS, nella seduta del 6 marzo 2003, ha condiviso la proposta dell'Assessore regionale per la sanità relativa alla rimodulazione della rete ospedaliera regionale;

Vista la successiva nota n. 583 del 24 aprile 2003 (Allegato C), con la quale l'Assessorato regionale della sanità comunica che la Commissione legislativa dell'ARS "Servizi sociali e sanitari" con parere n. 86 del 16 aprile 2003 si è espressa favorevolmente sulla richiesta di parere formulando alcuni emendamenti e, conclusivamente, propone, con alcune integrazioni e modifiche puntualmente illustrate nella suddetta nota, il testo del documento relativo alla rimodulazione della rete ospedaliera, avendo parzialmente condiviso alcuni dei predetti emendamenti;

Considerato che l'Assessore regionale per la sanità rappresenta in particolare l'opportunità delle modifiche dei posti letto acuti relativi all'Azienda sanitaria locale n. 3 di Catania;

Ritenuto di approvare la rimodulazione della rete ospedaliera così definita;

Su proposta dell'Assessore regionale per la sanità;

#### Delibera

per le motivazioni in premessa specificate, di approvare, con le modifiche citate in preambolo, la rimodulazione della rete ospedaliera regionale, nel testo risultante dall'allegato C alla presente deliberazione.

*Il Segretario:* RUFFINO

*Il Presidente ff.:* CASTIGLIONE

#### CRITERI ORGANIZZATIVI GENERALI PER LA DEFINIZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA SICILIANA

La D.G.R. n. 446/96 ha rappresentato il primo strumento di programmazione che la Regione si è data per la creazione di una razionale rete ospedaliera, tentando contestualmente di porre rimedio ad una situazione di gravi squilibri dovuti alla carenza di una visione organica dell'intero scenario regionale e condizionata spesso pesantemente, dalle pulsioni monosettoriali.

Il limite della D.G.R. n. 446/96 è stato quello di non aver adeguatamente considerato e sviluppato le altre due componenti fondamentali della rete ospedaliera, la post acutiae lungodegenza e la riabilitazione.

In tal modo la nostra rete ospedaliera al 31 dicembre 2001 si presenta insufficiente e inadeguata.

Insufficiente in quanto in base ai parametri vigenti la rete ospedaliera nel suo complesso doveva constatare di 25.000 posti in relazione ai parametri di 5 p.l. per 1.000 abitanti.

Inadeguata perché l'assenza di posti letto di post acutiae - lungodegenza e riabilitazione ha comportato un fenomeno paradossale.

Il bisogno non soddisfatto di questo tipo di assistenza è stato in modo inappropriato soddisfatto dai p.l. per acuti che sono cresciuti oltre i parametri stabiliti per svolgere i compiti di assistenza non di loro pertinenza.

E' quindi obiettivo della Regione sviluppare armonicamente la rete ospedaliera in tutte le tre componenti del sistema:

- A) posti letto per acuti;
- B) posti letto di post acutiae e lungo degenza;
- C) posti letto di riabilitazione.

L'Accordo di programma dell'8 agosto 2001 e la successiva legge n. 405/2001, nell'obbligare le Regioni a rideterminare al 4x1.000 i posti letto per acuti, riconfermando all'1x1.000 la dotazione dei p.l. per lungodegenza medica e medicina fisica e riabilitazione, fanno cadere una serie di steccati che costituivano gravi ostacoli ad un'organizzazione più moderna dell'ospedale, quali ad esempio impossibilità di coesistenza di strutture per lungo degenza medica e medicina fisica e riabilitazione o per attività territoriali nella struttura dove ricade il plesso per acuti.

L'emanazione dei nuovi D.P.C.M. e di linee guida che trovano il loro razionale nell'appropriatezza, nella pertinenza, nell'universalità, nell'umanizzazione, nella riduzione delle liste d'attesa, nel superamento della visione olistica dell'assistenza, nel senso che la prestazione sanitaria è il frutto di una serie di interventi polispecialistici e pluridisciplinari strettamente coordinati ed armonizzati tra loro. Ciò comporta la costituzione di una rete sanitaria in cui i vari livelli, medici di base e pediatri di libera scelta, specialisti, ambulatori polispecialistici, DS e DH, garantiscono una più ottimale risposta alle varie e differenziate richieste ai bisogni sanitari del cittadino, riservandosi la "prestazione" del ricovero soltanto a quei casi in cui non sono possibili le altre alternative per un efficace e valido intervento sanitario.

La DGR n. 446/96, come già detto, aveva, in ossequio alla normativa all'epoca vigente, fissato la determinazione dei p.l. per acuti al 4,5x1.000 riservando l'1x1.000 ai p.l. per lungodegenza medica e medicina fisica e riabilitazione, ma, per una serie di vari fattori, la programmazione ivi prevista non si è potuta interamente realizzare.

Con il protocollo di intesa, firmato col Ministro della salute il 30 aprile 2002, si è sancito l'accordo di programma ex art. 5bis del decreto legislativo n. 502/92, come introdotto dal decreto legislativo n. 229/99, disegnando in tal modo la struttura della nuova rete ospedaliera, avuto riguardo: alla razionalizzazione, mediante l'adeguamento ed il potenziamento strutturale e tecnologico dei presidi ospedalieri e servizi territoriali, all'abbattimento della migrazione sanitaria mediante la realizzazione dei centri di eccellenza per quelle specialità e settori dove è maggiormente sensibile il fenomeno, all'implementazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza territoriale, tenendo conto che il maggiore allungamento della vita si accompagna ad una nuova emergenza "la cronicità": quindi lo sforzo è quello di disegnare un circuito in cui, per i vari livelli, venga garantita l'autosufficienza.

Nelle tabelle allegate, viene illustrata la situazione dei p.l. per acuti, comprensivi dei posti letto per DH/DS, attivati al 31 dicembre 2001 e rilevati dal competente servizio dell'IRS e i p.l. per acuti attivati al maggio 2002 dell'ospedalità privata, dell'ospedale classificato Buccheri La Ferla e delle tre Aziende Policlinico.

I presidi ospedalieri esistenti in alcuni casi sono caratterizzati da:

- qualità delle prestazioni, non sempre rispondenti ad uno standard adeguato;
- carenze organizzative;
- obsolescenza strumentale;
- servizio alberghiero non sempre soddisfacente
- carenza o assenza di posti letto di lunga degenza e riabilitazione.

Ciò permette con maggiore facilità, la possibile riconversione, del tutto o in parte, delle

strutture per acuti in strutture per post-acutiae, garantendo comunque un corretto mix di attività per trattamento per acuti e per post-acutiae.

In tal modo inoltre sono realizzabili i seguenti obiettivi fondanti l'azione di governo:

- assistenza di qualità, adeguata alla funzione della struttura ed alla epidemiologia del contesto;
- completo e armonico sviluppo della rete ospedaliera nelle sue tre componenti: p.l. acuti, p.l. post-acutae al lungodegenza e riabilitazione;
- salvaguardia dei livelli occupazionali per effetto della riconversione delle strutture, con reimpiego, di norma, del personale nelle strutture riconvertite o territoriali;
- migliore utilizzo delle risorse per risparmi indotti nel sistema nel breve e medio termine e per il successivo reinvestimento nello stesso comparto.

Con la ristrutturazione della rete ospedaliera si vuole operare una riconversione e riqualificazione di tutti i presidi ospedalieri regionali, in modo da soddisfare i fabbisogni di tutta la popolazione siciliana, andando a rimodulare anche i presidi ospedalieri più periferici, constatando delle componenti assenti con l'obiettivo principale di migliorare e uniformare il livello di assistenza ospedaliera, anche attraverso l'istituzione di posti letto per patologie non acute, rispondendo alle reali esigenze della popolazione regionale.

In tal modo il presidio ospedaliero dovrà essere in grado di soddisfare per le funzioni e le attività che è chiamato a svolgere il fabbisogno di assistenza sanitaria del proprio bacino.

Si ribadisce che restano nella esclusiva competenza della programmazione regionale i posti letto di terapia intensiva e di alta specialità come già previsto dalla DGR e dal successivo PSR, e ciò sia in funzione del rilevante impegno economico connesso con la funzionalità di queste strutture, sia al fine di assicurare un uniforme livello di assistenza su tutto il territorio regionale.

Viene pertanto previsto un incremento dei posti letto di rianimazione, rispetto a quanto in precedenza determinato con la D.G.R. n. 446/96, che vengono allocati in alcuni presidi ospedalieri al fine di perseguire l'obiettivo della creazione di una rete organica di UU.OO. di rianimazione, funzionale all'effettivo e completo svolgimento delle attività di emergenza sanitaria anche in riferimento agli obiettivi derivanti dalla corretta applicazione, sul territorio della Regione, della legge n. 91/99 in tema di trapianti d'organo. Tali nuovi posti letto sono ricompresi nella dotazione complessiva di posti letto assegnati al singolo presidio e fanno parte della struttura complessa di anestesia e rianimazione esistente.

Inoltre, per quanto riguarda le altre discipline a media assistenza e di base, per ogni presidio ospedaliero è stato assegnato un numero complessivo di posti letto la cui distribuzione sarà effettuata dal direttore generale in rapporto alle necessità assistenziali, nel rispetto dei criteri di economicità ed efficienza con riferimento alla domanda di assistenza ed alla normativa vigente, tenendo presenti altresì l'attività svolta, il trend di attività e la programmazione aziendale ed in rapporto con le scelte in materia operate dai direttori generali delle altre aziende insistenti nella provincia di appartenenza.

Ai sensi dell'art. 8 ter, comma 1, del decreto legislativo n. 229/99 e secondo quanto stabilito agli artt. 5 e 6 del decreto n. 890 del 17 giugno 2002, sono soggette ad autorizzazione regionale la trasformazione e/o l'istituzione di strutture complesse di discipline specialistiche di media assistenza e di base. Pertanto si dispone che nel proporre il mantenimento, la trasformazione e/o la soppressione delle unità operative complesse già esistenti, il direttore generale dovrà tenere conto in ogni caso dei parametri gestionali di efficacia ed efficienza e della situazione presente negli altri presidi di unità sanitarie locali nonché nelle aziende ospedaliere di riferimento.

Per quanto riguarda l'istituzione e l'attivazione di nuove unità operative complesse, ivi comprese quelle delle discipline di base e a media assistenza e dei servizi, al fine di ottimizzare ed assicurare un uniforme livello di assistenza su tutto il territorio regionale e rendere compatibili le scelte di programmazione con le risorse finanziarie realmente

disponibili, nonché in rapporto alla domanda di assistenza, i direttori generali prima di procedere all'istituzione ed alla attivazione di nuove unità operative complesse, dovranno richiedere autorizzazione per l'istituzione all'Assessore regionale per la sanità.

Per quanto riguarda le strutture semplici, essendo diretta emanazione delle strutture complesse già esistenti e riguardando linee di attività specialistiche già svolte all'interno di queste, la loro istituzione e/o attivazione non necessita della preventiva autorizzazione assessoriale.

La rideterminazione della nuova rete ospedaliera regionale non può non tenere conto dei seguenti elementi:

- i nuovi riferimenti normativi;
- l'esperienza maturata;
- l'impatto e la rilevanza sociale;
- i parametri di produttività delle singole specialità rapportati alla media regionale (indice di occupazione, indice di rotazione, capacità reddituale, posti letto utilizzati);
- l'incremento dei posti letto post-acuti (post-acutiae di lungodegenza medica e medicina fisica e riabilitazione);
- l'incremento dei posti letto di day surgery e day hospital;

#### *Riferimenti normativi*

Il nuovo assetto legislativo, emanato negli ultimi anni, delega all'attività ospedaliera il ruolo, oltre che l'attività ambulatoriale (legge regionale n. 2/2002, art. 28), preponderante di diagnosi e cura per patologie acute attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Le leggi finanziarie nazionale e regionale fissano la percentuale dei posti letto per acuti e post-acuti in rapporto alla popolazione, mentre con il decreto legislativo n. 229/99 vengono definiti i ruoli tra strutture pubbliche e private, tra azienda ospedaliera e territorio, tra struttura complessa e struttura semplice all'interno dei relativi dipartimenti. Viene riconfermata la vigente articolazione per bacino dei posti letto della rete ospedaliera. La rideterminazione della rete ospedaliera regionale, pubblica e privata, non può prescindere dai nuovi riferimenti normativi e pertanto la rimodulazione dei posti letto dovrà riguardare le strutture pubbliche, i policlinici universitari e le strutture private, fermo restando che i posti letto delle tre aziende ospedaliere policlinico sono di interesse regionale e quindi gravano sulla dotazione complessiva dei posti letto regionali.

I posti letto delle aziende ospedaliere e delle aziende unità sanitarie locali ricadono sul bacino provinciale e/o interprovinciale.

#### *Esperienza maturata*

Con l'avvento del nuovo sistema di tariffazione delle prestazioni per i pazienti ricoverati (DRG), l'attività ospedaliera pubblica, privata e dei policlinici universitari ha subito una notevole accelerazione aumentando il turnover dei pazienti ricoverati, dimostrando che spesso la dotazione attuale dei posti letto per singola specialità è qualche volta sovradimensionata rispetto alle reali potenzialità della struttura. Pertanto nella rimodulazione dei posti letto, i direttori generali dovranno procedere secondo parametri diversificati sia per area chirurgica che per area medica, nonché secondo parametri di produttività.

#### *Impatto e rilevanza sociale*

La rideterminazione della rete ospedaliera deve tenere conto della rilevanza sociale delle patologie, della richiesta di domanda di assistenza, dell'epidemiologia del territorio di competenza, della situazione orografica e geografica, nonché delle patologie croniche ed invalidanti e dell'innalzarsi dell'età media della popolazione.

#### *Parametri di produttività*

L'assegnazione dei posti letto per singola specialità dovrà tenere conto dei parametri di produttività, ovvero della capacità reddituale e dell'indice di occupazione e del turnover. I direttori generali nella rideterminazione dei posti letto in dotazione possono assegnare un

modulo o multipli o sottomultipli di modulo in rapporto alla domanda di assistenza ed agli indici di produttività.

#### *Incremento dei posti letto post-acuti*

I posti letto di lungodegenza medica e post-acute e medicina fisica e riabilitazione giocano un ruolo fondamentale nella rideterminazione della rete ospedaliera pubblica e privata sia per la carenza attuale, sia perché la loro attivazione rappresenta ovviamente una risposta vera e completa ai bisogni dell'utenza, in quanto permette una maggiore e migliore riqualificazione dei posti letto per acuti, consentendo allo stesso tempo, un più adeguato iter terapeutico per il paziente affetto da patologie croniche e/o invalidanti.

Con la DGR n. 446/96 sono stati attribuiti posti letto di lungodegenza medica post-acute e medicina fisica e riabilitazione che si intendono rimodulare ed ulteriormente potenziare nel numero complessivo così come prevede l'attuale normativa; l'assegnazione dei posti letto di norma sarà riferito ai bacini interprovinciali di riferimento.

La collocazione dei posti letto post-acuti, essendo gli stessi diversificati in rapporto alle esigenze aziendali, alle caratteristiche dei presidi ospedalieri ed ai fabbisogni dell'utenza, fatto salvo i posti letto post-acuti già istituiti e/o attivati, sarà rideterminata nel modo seguente:

- a ciascuna azienda ospedaliera di rilievo nazionale, all'azienda ospedaliera per il triennio clinico di formazione, alle aziende ospedaliere di riferimento per l'emergenza di II e III livello verranno assegnati dei posti letto post acuti di medicina fisica e riabilitazione, che i direttori generali in sede aziendale dovranno attivare, in unità operativa semplice o complessa, tenendo conto delle specialità presenti nell'azienda (cardiologica, pneumologica, neurologica, gastroenterologica, etc.);
- i posti letto di lungodegenza medica e post-acute trovano allocazione, con moduli o multipli o sottomultipli, secondo la necessità e la richiesta di domanda di assistenza, prioritariamente, anche se con finalità diverse, nelle aziende ospedaliere di II livello per l'emergenza e nei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie locali;
- i posti letto di lungodegenza medica e medicina fisica e riabilitazione trovano allocazione, con moduli o multipli o sottomultipli, secondo la necessità e la richiesta di domanda di assistenza, nei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie locali e nelle strutture private.

#### *Incremento posti letto di day hospital e day surgery*

Al fine di consentire un reale ed adeguato sviluppo all'attività in day hospital e day surgery così come prevede la normativa nazionale, nonché l'attuazione del D.P.C.M. sui livelli essenziali di assistenza, e per dare modo alle singole unità operative di esprimere il massimo delle potenzialità produttive, i direttori generali, nella rideterminazione dei posti letto per acuti assegnati a ciascuna U.O., individueranno una percentuale di posti letto equivalenti per l'attività in day hospital o day surgery di almeno il 25%, con esclusione delle terapie intensive. Per le strutture private la percentuale di posti letto equivalenti per l'attività di D.H. e D.S. è di almeno il 10% con esclusione delle terapie intensive. Conseguentemente, al fine di favorire lo sviluppo del day surgery, i direttori generali valuteranno l'opportunità di istituire una unità operativa semplice di chirurgia endoscopica almeno nelle aziende ospedaliere.

I posti letto delle eventuali sperimentazioni gestionali, fino al completamento della fase di sperimentazione, e dei centri di eccellenza non vengono ricompresi nel numero dei posti letto regionali.

Non vengono ricompresi nel numero dei posti letto regionali, altresì, i posti di:

- osservazione breve;
- poltrone di dialisi;
- riunito odontoiatrico;
- posti letto per l'attività in intramoenia.

Le AA.OO. oltre alle alte specialità e terapie intensive, alle specialità di media assistenza e

assistenza di base, la lungodegenza medica post-acutiae e la riabilitazione dovranno garantire la dimissione protetta e l'assistenza domiciliare anche attraverso l'attivazione di dipartimenti interaziendali (legge regionale n. 25/96 e legge n. 135/90).

Nella rideterminazione dei posti letto delle strutture private, per quanto concerne le unità funzionali si applicano le disposizioni di cui alla legge regionale n. 39/88.

Nella rideterminazione dei posti letto attribuiti ad ogni singola azienda delle specialità a media assistenza e di base, i direttori generali assegneranno alle singole UU.OO. dei moduli di posti letto o multipli o sottomultipli in rapporto ai parametri soprarichiamati (indice occupazionale, indice di rotazione, capacità reddituale, doman da di assistenza) nelle singole specialità di cui all'allegato A, e con le modalità sotto riportate.

*Specialità ad elevata assistenza e terapie intensive*

Sono confermati i posti letto assegnati dalla DGR n. 446/96 e successive modifiche e integrazioni.

Per quanto riguarda i posti letto di rianimazione viene previsto un incremento rispetto a quanto in precedenza determinato con la D.G.R. n. 446/96.

Tali nuovi posti letto vengono allocati in alcuni presidi ospedalieri al fine di perseguire l'obiettivo della creazione di una rete organica di UU.OO. di rianimazione, funzionale all'effettivo e completo svolgimento delle attività di emergenza sanitaria anche in riferimento agli obiettivi derivanti dalla corretta applicazione, sul territorio della Regione, della legge n. 91/99 in tema di trapianti d'organo. Tali nuovi posti letto sono ricompresi nella dotazione complessiva di posti letto assegnati al singolo presidio.

L'individuazione dei presidi ospedalieri da potenziare tiene conto della presenza di almeno 3 dei 7 parametri appresso indicati:

- territori ad alta densità demografica e con presenza di aree ad alta vocazione turistica ed aree ad alto rischio;
- Stato della viabilità e dei collegamenti nel territorio di pertinenza del presidio ospedaliero;
- distanza dai centri di rianimazione;
- presidio ospedaliero ad alta produttività con intensa e diversificata attività chirurgica;
- presidio ospedaliero con accessi registrati annui di pronto soccorso superiori a 30.000;
- presidi ospedalieri forniti di particolari servizi (TAC, emodialisi, camere iperbariche etc.);
- attività trapiantologica.

La realizzazione dei nuovi posti letto di rianimazione è vincolata alla effettiva presenza presso i singoli presidi del personale medico di anestesia e rianimazione ed infermieristico adeguato alle nuove funzioni da svolgere.

Nell'allegato 2 viene riportata la nuova distribuzione dei posti letto di terapia intensiva rianimatoria.

Fermo restando il numero di posti letto per acuti assegnati alle singole aziende, con successivo provvedimento verrà rideterminata la rete dei posti letto per cardiocirurgia, cardiologia interventistica ed UTIC.

Negli ospedali sede di DEA di II e III livello devono essere presenti strutture di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (MCAU), con una configurazione di area semi intensiva, che peraltro devono assolvere alla funzione di filtro dei ricoveri. Fermo restando che la DGR n. 446/96 ha individuato posti letto di chirurgia di urgenza esclusivamente per le aziende di rilievo nazionale, per l'azienda regionale per il triennio di formazione e per le aziende per l'emergenza di III livello, ritenendole fra l'altro ad esaurimento e cioè da riconvertire appena resosi disponibile il posto di apicale, si dispone in via transitoria il mantenimento delle stesse e la relativa attività di pronto soccorso e accettazione sempre ad esaurimento e cioè legata alla disponibilità del posto apicale. Le chirurgie di urgenza eventualmente istituite nelle aziende di II livello e nei presidi ospedalieri per l'emergenza, in modo difforme a quanto previsto nella DGR n. 446/96 se non possono essere riconvertite in chirurgia generale, vengono mantenute ad esaurimento sino alla disponibilità del posto

apicale scorporando però l'attività di pronto soccorso ed accettazione che dovrà essere ricondotta, secondo la normativa vigente, istituendo il servizio di medicina e chirurgia di urgenza e accettazione così come prevede la normativa delle discipline specialistiche. Conseguentemente nelle aziende di II livello e nei presidi ospedalieri di comunità non possono essere stipulati nuovi contratti, né rinnovati contratti in scadenza agli apicali, né possono essere ricoperti, anche in via provvisoria, eventuali posti resisi vacanti di ex I livello della dirigenza medica, se non dopo avere istituito il servizio di MCAU. Negli ospedali di comunità, almeno che non sia espressamente previsto da disposizioni assessoriali, dovrà essere presente soltanto il servizio di urgenza senza posti letto così come previsto al punto 4.6.1 del PSR.

#### *Specialità a media assistenza*

I direttori generali nella rideterminazione dei posti letto assegnati, per criteri di economicità ed efficienza e secondo l'utilizzazione storica rapportata ai parametri di produttività, impatto e rilevanza sociale, richiesta consolidata di domanda di assistenza organizzeranno i posti letto attribuiti nell'ambito delle stesse specialità già istituite ed attivate, nel rispetto dei criteri sopraindicati, con le modalità sotto riportate.

Area medica: moduli di 16 posti letto comprensivi dei posti letto di D.H.

Area chirurgica: moduli di 16 posti letto comprensivi dei posti letto di D.H. o D.S.

#### *Specialità di base*

I direttori generali nella rideterminazione dei posti letto assegnati, per criteri di economicità ed efficienza e secondo l'utilizzazione storica rapportata ai parametri di produttività, impatto e rilevanza sociale, richiesta consolidata di domanda di assistenza redistribuiranno i posti letto attribuiti nell'ambito delle stesse specialità già istituite ed attivate, nel rispetto dei criteri sopraindicati, con le modalità sotto riportate.

Area medica: moduli di 24 posti letto comprensivi dei posti letto di D.H.

Area chirurgica: moduli di 24 posti letto comprensivi dei posti letto di D.H. o D.S.

#### *Posti letto post-acuti*

I direttori generali nella rideterminazione dei posti letto assegnati, per criteri di economicità ed efficienza e secondo l'impatto e rilevanza sociale e la domanda di assistenza, redistribuiranno i posti letto attribuiti nell'ambito delle stesse specialità, con i criteri sopraindicati, nelle modalità sotto riportate, tenendo conto dei posti letto già assegnati per le cure palliative, per l'hospice e terapia antalgica.

Lungodegenza medica e post-acute: moduli di 32 posti letto.

Medicina fisica e riabilitazione: moduli di 32 posti letto.

Il piano previsto nell'allegato C, relativamente alla medicina fisica e riabilitativa, va realizzato gradualmente nel triennio compatibilmente con la disponibilità delle risorse specialistiche sia mediche che del comparto.

#### *Dipartimentalizzazione*

Il modello organizzativo dipartimentale rappresenta il momento organizzativo e funzionale prioritario, su cui si basa l'intero assetto organizzativo di ciascuna azienda sanitaria.

Infatti soltanto attraverso la condivisione di spazi, risorse umane e tecnologiche si può operare una vera rifunzionalizzazione e rideterminazione delle singole specialità che caratterizzano le attività di ogni singolo presidio ospedaliero, ottimizzando al massimo le risorse tecnologiche ed umane disponibili.

Le modalità di costituzione, attivazione e funzionamento dei dipartimenti sono state già ampiamente disciplinate dal vigente PSR al capitolo assistenza ospedaliera e dalle linee guida dell'atto aziendale.

Tra gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale assume particolare rilevanza l'iniziativa di contrastare le patologie invalidanti come il diabete mellito. Il PSR, nel capitolo sull'assistenza ospedaliera, per dare applicazione alla legge n. 115/87, identifica le modalità con cui i direttori generali dovranno istituire i servizi diabetologici ospedalieri.

### *Oncologia*

L'aumento delle patologie degenerative legate oltre che all'allungamento della vita, anche ad una maggiore esposizione a noxe patogene ambientali ed alimentari, comporta dovere richiamare l'attenzione sulla necessità che la rete oncologica sia organizzata secondo le modalità previste dal PSR al punto 5.3.4 nonché dal decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, e pertanto iniziative difformi sorte nel tempo devono essere ricondotte alla richiamata normativa.

I dipartimenti di cui al D.M. sanità del 29 gennaio 1992 ed i dipartimenti di III e II livello individuati dal PSR devono essere realizzati esclusivamente presso le ARNAS, i policlinici, le AA.OO. di III e II livello per l'emergenza o strutture private ad hoc dedicate.

Per quanto sopra si ritiene, a parziale modifica di quanto indicato al punto 5.3.4 del PSR, di dovere applicare, nella rideterminazione dei posti letto di oncologia, un indice dello 0,30 per mille abitanti.

### *Villa delle ginestre*

Fermo restando la previsione delle due unità spinali già previste per le aziende ospedaliere Cannizzaro e Villa Sofia dotate di 20 p.l. ciascuna, in aderenza agli obiettivi indicati dal PSR ed alle successive disposizioni emanate sull'argomento, viene confermata la strutturazione del Centro per la diagnosi, cura e riabilitazione di III livello per i medullosesi spinali di Villa delle Ginestre con la dotazione di 66 posti letto di cui 6 di terapia intensiva e 60 di riabilitazione di III livello.

### **CENTRI DI ECCELLENZA**

Per attutire il fenomeno della migrazione sanitaria in altre Regioni (6-7% dei ricoveri totali della Regione) con un forte aggravio nel bilancio regionale, atteso che si tratta di ricoveri con DRG con peso  $> 0 = 1,5$ , si procederà all'istituzione dei centri di eccellenza che costituiscono il punto di riferimento per quella data area regionale e per tutte le strutture sanitarie della Regione, svolgendo attività di supporto in telemedicina ed in e-hospital.

Inoltre i centri di eccellenza hanno compiti di omogeneizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche mediante predisposizione di protocolli ad hoc e dell'attività di formazione con aggiornamento del personale. Si prevede l'attivazione dei seguenti centri:

- Centro di eccellenza materno-infantile - Palermo;
- Centro di eccellenza ortopedico - Catania;
- Centro di eccellenza oncologico - Messina.

### **OSPEDALE DI COMUNITA' (ospedali di AUSL)**

I presidi ospedalieri dell'azienda unità sanitaria locale costituiscono gli ospedali di comunità. Per ogni azienda unità sanitaria locale è stato stabilito, così come indicato nelle tabelle di cui all'allegato C), il numero complessivo di posti letto per acuti, di post-acute e lungodegenza e posti letto di riabilitazione.

L'ospedale di comunità è una struttura aperta che garantisce al territorio oltre le funzioni di ricovero sotto specificate, tutte le funzioni di tipo poliambulatoriale, in un arco di tempo di 12 h/die, nonché l'attività di day hospital, day surgery, pronto soccorso e chirurgia ambulatoriale, la dimissione protetta e l'ospedalizzazione domiciliare. Queste ultime attività dovranno essere garantite con le stesse modalità previste per le aziende ospedaliere.

Ha come compiti:

- garantire l'integrazione con gli altri soggetti e le altre strutture del distretto, in quanto trattasi di tessere di un unico mosaico, appartenenti tutte alla stessa azienda unità sanitaria locale che devono garantire risposte coordinate, appropriate e pertinenti, evitando la duplicazione degli interventi in una stessa area distrettuale;
- concorrere con l'assistenza sanitaria di base a mantenere la buona condizione di salute della popolazione rafforzandone l'azione e collaborando anche con il dipartimento di prevenzione nell'individuazione dei vari fattori di rischio che possano essere causa di malattie;

- assicurare per il livello di complessità loro assegnato, risposte esaustive in relazione al bacino di pertinenza (uno o più distretti), evitando così la migrazione in altre strutture provinciali o regionali.

Le degenze per acuti sono organizzate in posti letto di area medica e area chirurgica e, ove non già esistenti, vanno previsti almeno 4 posti di osservazione breve con trattamento non superiore alle 24 ore.

Le realtà specialistiche già esistenti possono essere mantenute nei limiti che scaturiscono dall'applicazione dei parametri soprarichiamati.

I posti letto di area medica attribuiti assicurano di norma l'assistenza nelle seguenti specialità:

- medicina interna;
- pediatria;
- geriatria;
- cardiologia.

In base all'epidemiologia locale, fermo restando il numero dei posti letto attribuiti in sede regionale, si può rendere necessaria l'attivazione di posti letto di altre specialità a media diffusione, previo parere della Conferenza di servizio provinciale.

I posti letto di area chirurgica attribuiti assicurano di norma l'assistenza nelle seguenti specialità:

- chirurgia generale;
- ortopedia;
- ostetricia e ginecologia con relativo punto nascita.

In ogni caso anche se non viene attivata l'area chirurgica deve essere garantita la funzione di punto nascita e di chirurgia ambulatoriale dipendenti funzionalmente dal presidio ospedaliero vicinore.

La funzione del pronto soccorso deve essere sempre garantita.

In base all'epidemiologia locale, fermo restando il numero dei posti letto attribuiti in sede regionale, si può rendere necessaria l'attivazione di posti letto di altre specialità a media diffusione, previo parere della Conferenza di servizio provinciale.

Nelle aziende unità sanitarie locali con plessi ospedalieri vicini si procederà, di norma, inoltre, ad identificare e destinare i singoli plessi rispettivamente ad area medica e area chirurgica, destinando i servizi generali e le tecnologie pesanti sul plesso di maggiore impegno logistico, fatta salva la presenza in entrambi i plessi di unità operative semplici dei servizi diagnostici di base e nel rispetto dei criteri prima indicati.

All'interno dell'ospedale di comunità trovano sinergica coesistenza, oltre alle degenze per acuti e per post-acuti, anche, sebbene con accessi separati e se gli spazi disponibili sono sufficienti ed adeguati, le attività ed i servizi distrettuali, nonché le articolazioni periferiche del dipartimento di prevenzione. Le spese gestionali si imputano al centro di costo relativo. Nella tabella C è indicato il numero dei p.l. per acuti assegnati a ciascun presidio di unità sanitaria locale.

Il direttore generale, fermo restando l'assoluto rispetto del numero complessivo di p.l. per acuti assegnati all'azienda unità sanitaria locale, può proporre all'Assessorato regionale della sanità modifiche in aumento o in decremento fino al 25% rispetto al numero dei p.l. indicati per singolo presidio, nell'ambito di ciascuna delle seguenti tipologie di p.l.: acuti, post acuti - lungodegenza e p.l. riabilitazione.

Le modifiche complessive vanno previste nel piano strategico aziendale da sottoporre al concerto con le OO.SS. e la conferenza di distretto dei sindaci e previa preventiva approvazione dell'Asessorato regionale della sanità, sulla base di apposita relazione tecnica sanitaria corredata dal piano economico sulle risorse da impegnare.

*Posti letto post-acuti*

I direttori generali nella rideterminazione dei posti letto assegnati, per criteri di economicità

ed efficienza e secondo l'impatto e rilevanza sociale e la domanda di assistenza, ridistribuiranno i posti letto attribuiti nell'ambito delle stesse specialità, con i criteri sopraindicati, con le modalità sotto riportate, tenendo conto dei posti letto già assegnati per le cure palliative, per l'hospice e terapia antalgica.

#### *Hospice*

Per singola provincia nell'allegato C vengono identificati i posti letto per le attività di assistenza ai malati terminali per malattie degenerative e tumorali e per malattie infettive finanziati con risorse derivanti dal programma nazionale per le cure palliative e dalla legge n. 135/90.

#### *Malattie infettive*

Con delibera di G.R.G. n. 230 dell'11 luglio 2002 è stata ridefinita, come da prospetto allegato, la rete infettivologica della Regione siciliana unitamente alle relative risorse che saranno ripartite non appena il Ministero della salute procederà allo svincolo delle somme. I posti letto indicati nel prospetto sono già ricompresi nella dotazione complessiva dei posti letto assegnati al singolo presidio. (Allegato 1).

#### **RIDEFINIZIONE RETE OSPEDALIERA PER ACUTI:**

Abitanti regione al 31 dicembre 2000 stimati 5.000.000.

Indice P.l. 4x1.000

P.l. 20.000.

Utilizzando lo stesso criterio previsto dalla delibera G.R.G. n. 446/96 da detti p.l. vanno sottratti i p.l. dei policlinici universitari in quanto gravitano su tutto l'ambito regionale. La dotazione dei p.l. dei policlinici è stabilita in conformità con le relative disposizioni di legge (decreto legislativo n. 517/99) con una quantificazione orientativa per l'anno accademico in corso di circa 2.600 posti letto. L'esatta quantificazione dei p.l. è demandata ai relativi protocolli di intesa con le singole università.

Ne consegue che l'indice regionale di p.l. per acuti viene così rideterminato:

- p.l. 20.000 - p.l. policlinici 2.640 = 17.480/5.000.000 ind. reg. 3,47x1.000.

Una quota pari all'0,04x1.000 abitanti viene riservato per il contenzioso amministrativo in corso.

Pertanto il numero di posti letto per acuti viene così rideterminato per bacino:

<b>Bacino</b>	<b>Abitanti</b>	<b>P.l. ind.</b>
		<b>3,46x1.000</b>
Palermo - Trapani	1.660.000	5.744
Catania - Ragusa -Siracusa	1.800.000	6.228
Agrigento - Caltanissetta - Enna	900.000	3.114
Messina	640.000	2.215
	<i>Totale p.l. x acuti</i>	17.301

#### *Ospedalità privata*

In atto i posti letto per acuti autorizzati e accreditati sono 3.518: per effetto dell'art. 125 della legge regionale n. 2/2002 a tale cifra vanno aggiunti ulteriori circa 660 p.l. delle strutture autorizzate che operano in indiretta, per cui il dato finale di p.l. per acuti della ospedalità privata è di 4.178.

#### *Criteri per la rimodulazione*

In rapporto alla normativa vigente, alla popolazione regionale e al tasso di utilizzazione dei posti letto assegnati con la DGR n. 446/96 e successive integrazioni, nonché dei posti letto

attivati ed utilizzati al 31 dicembre 2001 il fabbisogno regionale di posti letto viene così rideterminato:

- 20.000 posti letto per acuti;
- 5.000 posti letto post-acuti.

I dati forniti dai direttori generali nel maggio 2002 si sono rivelati parzialmente completi e quindi non utilizzabili ai fini della rideterminazione della rete ospedaliera regionale.

Dall'analisi dei dati in possesso dell'Assessorato della sanità risulta evidente che necessita un decremento mediamente del 15% dei posti letto per acuti attuali ed un contemporaneo e pari incremento dei posti letto post-acuti, ovviamente rapportato ai parametri di produttività e alla domanda di assistenza per singola realtà ospedaliera.

Per le strutture private la rimodulazione e la riconversione verterà sulla dotazione complessiva regionale con un dato tendenziale sul bacino di riferimento, da realizzare nei cinque anni e compensabile con il dato di riconversione sull'intera regione.

Con riferimento alla complessità della struttura aziendale e al diverso livello di appartenenza alla rete di emergenza, si è ritenuto di dovere operare la rideterminazione su tutti i posti letto per acuti, utilizzando di norma il seguente parametro nel rispetto dell'equilibrio complessivo del bacino:

- aziende di rilievo nazionale, azienda per il triennio formativo o di III livello per l'emergenza - riconversione dell'8-12%;
- aziende di II livello per l'emergenza - riconversione del 13-17%;
- presidi ospedalieri di aziende sanitarie locali - riconversione del 17-22%;
- policlinici universitari - dotazione pari al 3,5 p.l. per iscritto al 1° anno della facoltà di medicina e chirurgia;
- case di cura private - riconversione del 5-8% nel quinquennio sulla dotazione complessiva regionale.

Tuttavia la rimodulazione verrà operata, in riferimento a quanto sopra determinato sui posti letto di terapia intensiva e ad elevata assistenza, esclusivamente sulle discipline a media assistenza e di base.

Nella rideterminazione dei posti letto si è tenuto conto del programma regionale di ristrutturazione e/o ampliamento delle strutture ospedaliere già realizzate o in corso di realizzazione, si pratica pertanto una riconversione dei posti letto pari al 4%.

La rideterminazione riguarda i presidi ospedalieri pubblici, le case di cura private ed i policlinici universitari nel rispetto totale della domanda di assistenza e dei fabbisogni di salute della popolazione regionale.

Al fine di consentire una omogenea ripartizione delle risorse umane impegnate nella rete ospedaliera pubblica regionale e garantire adeguati livelli di assistenza ai pazienti, nel rispetto degli attuali livelli occupazionali, anche sulla scorta delle esperienze delle altre regioni, si procede alla rideterminazione degli standards minimi del personale del ruolo sanitario ospedaliero di cui all'allegato B e relativa tabella.

I posti letto della rete ospedaliera regionale sono rideterminati come dall'allegato C.

Allegato A

#### OSPEDALI PUBBLICI: MODULO DI POSTI LETTO PER SINGOLA SPECIALITA'

<b>Alte specialità</b>	<b>Posti letto</b>
Rianimazione terapia intensiva	8
Grandi ustionati	8
U.T.I.C.	8
U.T.I.N.	8
MCAU	8

Cardiochirurgia	16
Neurochirurgia	16
Unità spinale	20
Neonatologia	8
Ematologia con Trap	8
Nefrologia trap. emod.	8
Malattie infettive	10
Psichiatria	15
<i>Specialità e med. ass.</i>	
Cardiologia	16
Chirurgia maxillo facciale	16
Chirurgia pediatrica	16
Chirurgia plastica	16
Chirurgia toracica	16
Chirurgia vascolare	16
Oculista	16
Odontostomat.	16
Otorinolaringoiatria	16
Urologia	16
Ematologia	16
Nefrologia e dialisi	16
Neurologia	16
Neuropsichiatria infantile	16
Oncologia medica	16
Chirurgia d'urgenza	16
Radioterapia	16
Pediatria	16
Angiologia	16
Broncopneumologia	16
Dermosifilopat.	16
Diabetologia	16
Endocrinologia	16
Gastroenterologia	16
Geriatrics	16
Medicina del lavoro	8
<i>Specialità di base</i>	
Chirurgia generale	24
Medicina interna	24
Ortopedia traum.	24
Ostetricia e ginecologia	24
<i>Specialità post acuzie</i>	
Lungodegenza medica	32

*Servizi*

Neuroradiologia  
Radiologia  
Labor. o analisi  
Serv. immunotraf.  
Anatomia patologica  
Talassemia  
Medicina nucleare  
Medicina e chirurgia urgenza e accettazione  
Servizio di anestesia

## Allegato B

## OSPEDALI PUBBLICI LIVELLI MINIMI DEL PERSONALE

Atteso che i "livelli minimi del personale ospedaliero", definiti nella tabella del presente allegato, rappresentano elemento per l'efficienza delle strutture ospedaliere e per la salvaguardia del livello occupazionale, il direttore generale nel rispetto della normativa contrattuale, tenendo conto dei parametri previsti dalla legge regionale n. 2/2002, art. 27 (indice occupazionale, capacità reddituale, impatto sociale), potrà incrementare i livelli minimi del personale ospedaliero individuati nel presente allegato.

Qualora i direttori generali ritengono utile assegnare un numero di posti letto multipli o sottomultipli di quelli riportati nell'allegato A, la dotazione organica verrà definita sulla scorta della rilevazione dei carichi funzionali di lavoro, dell'indice occupazionale, della capacità reddituale, dell'impatto sociale.

Per le aziende di rilievo nazionale, per l'azienda di rilievo regionale per il triennio di formazione e per le aziende di riferimento regionale per l'emergenza di 3° e di 2° livello, per i presidi ospedalieri che svolgono attività di emergenza, viene assegnato il personale sotto indicato:

a) alle unità operative con posti letto che partecipano all'attività d'emergenza con la pronta disponibilità, l'organico di cui alla tabella allegato B deve essere incrementato di almeno 3 medici;

b) alle unità operative con posti letto che partecipano all'attività d'emergenza con la guardia attiva 24 ore su 24, l'organico di cui alla tabella allegato B deve essere incrementato di almeno 6 medici;

c) ai servizi che partecipano all'attività d'emergenza con la guardia attiva 24 ore su 24, l'organico di cui alla tabella allegato B deve essere incrementato di almeno 5 medici;

d) alle unità operative che partecipano alle emergenze di cui ai punti b) e c) l'organico del personale collaboratore professionale sanitario, dell'unità operativa stessa, va incrementato del 20%;

e) qualora nel presidio ospedaliero sia attivata l'unità operativa e il servizio di MCAU, la dotazione di personale complessivo scaturisce dalla sommatoria delle unità di personale previsto dalla tabella dell'allegato B;

f) per i servizi (radiologia, medicina nucleare, laboratorio analisi anatomia patologica, centro trasfusionale, etc.) i livelli minimi del personale ospedaliero di cui alla tabella allegato B saranno incrementati sulla base dei seguenti indici di peso:

- complessità delle aziende ospedaliere (rilievo nazionale, per l'azienda di rilievo regionale per il triennio di formazione e per le aziende di riferimento regionale per l'emergenza di 3° e di 2° livello);
- numero delle unità operative con posti letto che operano nel presidio;

- numero dei pazienti ricoverati annualmente nei presidi;
- alte tecnologie di cui è dotato il servizio;
- attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale per esterni;
- consulenze presso altri reparti;
- guardia attiva 24/24;
- partecipazione all'attività di emergenza;
- attività in DH;
- osservazione breve ed accettazione sanitaria;
- complessità blocco operatorio;
- direzione sanitaria e servizio infermieristico;
- nei servizi di MCAU con più di 25.000 accessi/annui 6 unità di collaboratore professionale sanitario devono essere dedicate all'attività di triade secondo quanto stabilito dall'accordo Stato-Regione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 285 del 7 dicembre 2001;
- per le attività di farmacia ospedaliera e di direzione sanitaria ospedaliera si riconferma l'attuale organizzazione e dotazione organica.

#### 4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30 51

Collab. Collab.

Alte specialità Posti Medici prof. prof. Altro personale Note letto sanitario sanitario coord.

Rianimazione terapia intensiva 8 8 1 14

Grandi ustionati . . . . . 8 8 1 14

U.T.I.C. . . . . 8 6 1 14

U.T.I.N. . . . . 8 6 1 14

MCAU . . . . . 8 8 1 14 Vedi nota allegato B, punto e)

Cardiochirurgia . . . . . 16 9 1 14

Neurochirurgia . . . . . 16 9 1 14

Unità spinale . . . . . 20 9 1 14

Neonatologia . . . . . 8 6 1 14

Ematologia con Trap . . . . . 8 6 1 14

Nefrologia trap. emod. . . . . 8 6 1 14

Malattie infettive . . . . . 10

Psichiatria . . . . . 15

*Specialità med. ass.*

Cardiologia . . . . . 16 6 1 10

Chirurgia maxillo facciale . . . 16 6 1 10

Chirurgia pediatrica . . . . . 16 6 1 10

Chirurgia plastica . . . . . 16 6 1 10

Chirurgia toracica . . . . . 16 6 1 10

Chirurgia vascolare . . . . . 16 6 1 10

Oculista . . . . . 16 6 1 10

Odontostomatologia . . . . . 16 6 1 10

Otorinolaringoiatra . . . . . 16 6 1 10

Urologia . . . . . 16 6 1 10

Ematologia . . . . . 16 6 1 10

Nefrologia e dialisi . . . . . 16 6 1 10 Con 8 p.l. dialisi + 2 med. + 6 inf.

Neurologia . . . . . 16 6 1 10

Neuropsichiatria infantile . . . 16

Oncologia medica . . . . . 16 6 1 10

Chirurgia d'urgenza . . . . . 16 6 1 10

Radioterapia . . . . . 16 6 1 10

Pediatria . . . . . 16 5 1 11

Angiologia . . . . . 16 4 1 10

Broncopneumologia . . . . . 16 4 1 10

Dermosifilopat. . . . . 16 4 1 10

Diabetologia . . . . . 16 4 1 10

Endocrinologia . . . . . 16 4 1 10

Gastroenterologia . . . . . 16 4 1 10

Geriatrics . . . . . 16 4 1 10

Medicina del lavoro . . . . . 8 3 1 7

*Specialità di base*

Chirurgia generale . . . . . 24 6 1 11

Medicina interna . . . . . 24 6 1 12

Ortopedia traum. . . . . 24 6 1 14 Compreso sala gessi

Ostetricia e ginecologia . . . . 24 6 1 14 Compreso sala parto  
*Lungodegenza medica post acuzie*  
 Lungodegenza medica . . . . 32 4(\*\*) 1 12  
 Medicina fisica e riabilitazione . 32 5 1 16 Di cui il 40% tecnici della riabilitazione  
 Riferimento normativa regionale  
 Riferimento normativa regionale  
 Riferimento normativa regionale  
*Tabella allegato B*

**OSPEDALI PUBBLICI: LIVELLI MINIMI DEL PERSONALE**

**52 4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30**

Collab. Collab.  
 Alte specialità Posti Medici prof. prof. Altro personale Note letto sanitario sanitario coord.  
*Servizi*  
 Neuroradiologia . . . . . 4 1 2 6 tecnici Attivabile solo in presenza della neurochirurgia  
 Radiologia . . . . . 4 1(\*\*\*) 2 6 tecnici Per servizio articolato in 12h  
 Labor. o analisi . . . . . 5 1(\*\*\*) 2 2 laureati + 5 tecnici Compreso la pronta disponibilità  
 Servizi immunotraf. . . . . 5 2 2 laureati + 5 tecnici Compreso la pronta disponibilità  
 Anatomia patologica (\*) . . . . 3 2 2 tecnici  
 Talassemia . . . . . 3 2 1 laureato  
 Medicina nucleare . . . . . 3 2 2 tecnici  
 Medicina e chirurgia urgenza e 6 1 14 Personale medico per 25.000 accessi/annui  
 accettazione  
 Servizio di anestesia . . . . . 8

(\*) Sempre che non sia possibile la convenzione con l'azienda ospedaliera.  
 (\*\*) Incrementate 2 unità mediche nelle aziende di II livello.  
 (\*\*\*) Negli ospedali con più di 120 posti letto viene inserita una unità di coordinamento.

**Allegato 1**

**POSTI LETTO DELLA RETE INFETTIVOLOGICA AI SENSI DELLA DELIBERA DI GRG N. 230 DELL'11 LUGLIO 2002**

Azienda Presidio P.L.  
 S. Giovanni Di Dio . . . . . Idem 20  
 S. Elia . . . . . Idem 30  
 V. Emanuele - Gela . . . . . Idem 10  
 Garibaldi . . . . . Garibaldi v.s. (\*) 20  
 Garibaldi . . . . . Nesima (IMI) 40  
 V. Emanuele - Catania (\*) . . . . . Ferrarotto 10  
 Cannizzaro . . . . . Idem 20  
 Gravina e S. Pietro - Caltagirone . . . . . Gravina 20  
 Enna . . . . . Umberto I 20  
 Nicosia . . . . . Basilotta 10  
 Messina (\*) . . . . . Ospedale Barcellona 10  
 Messina . . . . . Ospedale Papardo 30  
 Messina . . . . . Policlinico 20  
 Palermo . . . . . Ospedale Bambini 40  
 Palermo . . . . . Policlinico 20  
 Palermo . . . . . Cervello 40  
 Civile - OMPA . . . . . Civile 20  
 Civile . . . . . Modica 20  
 Umberto I - Siracusa . . . . . Idem 20  
 S.A. Abate - Trapani . . . . . Idem 20  
 Totali . . . . 440

(\*) I 20 p.l. di malattie infettive del Garibaldi vecchia sede sono assegnati: + 10 p.l. all'OVE e 10 p.l. ospedale Barcellona.

**4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30 53**

**Allegato C**

**RIMODULAZIONE RETE OSPEDALIERA POSTI LETTO PER ACUTI E POST ACUTI**

*Provincia di Agrigento*

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale  
 A.O. S. Giovanni Di Dio (\*\*\*) . . . . . 345 — 350 32 32 10 — 424  
 A.O. Civili Riuniti Sciacca . . . . . 266 17% 225 32 32 — 289

*AUSL n. 1*

Canicattì . . . . . 145 — 162 16 16 — 194  
 Licata . . . . . 176 — 162 16 16 — 194  
 Ribera . . . . . 115 — 104 16 16 — 136  
 Totale AUSL n. 1 (\*) . . . . . 436 — 428 — — 524  
 Case di cura private . . . . . 150 6,5% 140 — — — 140  
 Totale provincia di Agrigento . . 1.197 — 1.143 112 112 10 — 1.377

(\*) Si confermano complessivamente il numero del p.l. dei presidi Unità sanitarie locali per ridotto rapporto p.l.-popolazione  
 (\*\*) Trattasi di ospedale in via di trasferimento in nuova struttura.

*Provincia di Caltanissetta*

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale  
 A.O. S. Elia . . . . . 464 12% 410 32 32 — 474  
 A.O. Gela (\*) . . . . . 255 10% 230 16 32 8 — 286

*AUSL n. 2*

Mazzerino . . . . . 51 — 50 16 16 10 — 82  
 Mussomeli . . . . . 105 — 90 16 16 — 122  
 Niscemi . . . . . 94 — 62 16 16 — 102  
 S. Cataldo . . . . . 101 — 80 16 16 — 112  
 Totale AUSL n. 2 . . . . . 351 18% 282 — — — 418

Case di cura private . . . . . 100 6,5% 94 — 35 — — 129  
Totale provincia di Caltanissetta 1.170 — 1.016 112 163 18 — 1.307

*Provincia di Enna*

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale  
A.O. Umberto I (\*) . . . . . 386 4% 370 32 32 10 — 444

*AUSL n. 4*

Leonforte . . . . . 120 — 110 16 16 — — 142  
Nicosia . . . . . 162 — 110 16 16 — — 142  
Piazza Armerina . . . . . 146 — 120 16 16 — — 152  
Totale AUSL n. 4 . . . . . 428 18% 340 — — — — 436

Case di cura private . . . . . — — — — — — — — —

Oasi Troina . . . . . — — — — — 360 — — 360

Totale provincia di Enna . . . . . 814 — 710 80 440 10 — 1.240

(\*) Riduzione del 4% per l'impegno finanziario ex art. 20 legge n. 67/88.

*Riepilogo bacino Agrigento - Caltanissetta - Enna*

Pubblici Agrigento . . . . . 1003 Post-acuti Agrigento . . . . . 234

Pubblici Caltanissetta . . . . . 922 Post-acuti Caltanissetta . . . . . 293

Pubblici Enna . . . . . 710 Post-acuti Enna

Privati Agrigento (\*) . . . . . 140

Privati Enna (\*) . . . . . —

Privati Caltanissetta (\*) . . . . . 94

Totale generale acuti . . . . . 2.869 Totale post-acuti . . . . . 1.057

(\*) Dato tendenziale sul bacino compensabile nei 5 anni con il dato di riconversione sull'intera regione.

**54 4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30**

*Provincia di Messina*

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale  
A.O. Papardo . . . . . 484 18% 400 — — 10 10 420

A.O. Piemonte . . . . . 306 15% 260 32 32 — — 324

*AUSL n. 5*

Barcellona Pozzo di Gotto (\*) . . . . . 152 — 160 16 16 — — 192

Milazzo . . . . . 202 — 154 16 12 — — 182

Lipari . . . . . 74 — 60 16 — — — 76

Mistretta . . . . . 90 — 76 16 104 — — 196

Patti . . . . . 172 — 130 16 8 — — 154

S. Agata Militello . . . . . 143 — 115 16 8 — — 139

Taormina . . . . . 278 — 220 16 16 — — 252

Regina Margherita . . . . . — — — — 182 — — 182

Centro neurolesi . . . . . — — — — 64 — — 64

Totale AUSL n. 5 . . . . . 1.111 18% 915 — — — — 1.437

Case di cura private . . . . . 733 6,5% 685 — 155 — — 840

Totale provincia di Messina . . . . . 2.634 — 2.260 144 597 10 10 3.021

(\*) Struttura in fase di completamento edilizio. Il numero dei p.l. è comprensivo degli ulteriori 10 p.l. di malattie infettive da trasferire dall'ARNAS CT.

Nota: Sono previsti 7 p.l. di cure palliative presso il Policlinico universitario e 15 presso l'ONLUS Nuova solidarietà di Taormina.

*Riepilogo bacino Messina*

Pubblici Messina . . . . . 1.575 Post-acuti Messina . . . . . 761

Privati Messina (\*) . . . . . 685 ONLUS Nuova solidarietà di Taormina 15

Policlinico . . . . . 7

Totale generale acuti . . . . . 2.260 Totale post-acuti . . . . . 783

(\*) Dato tendenziale sul bacino compensabile nei 5 anni con il dato di riconversione sull'intera regione.

*Provincia di Palermo*

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale  
ARNAS - Palermo . . . . . 1.280 10% 1.100 32 32 14 — 1.178

A.O. Villa Sofia - CTO Palermo (\*) . . . . . 528 — 560 16 32 — — 608

A.O. Cervello - Palermo . . . . . 434 11% 380 16 16 — — 412

*AUSL n. 6*

Ingrassia - Palermo . . . . . 286 — 230 24 32 — — 286

E. Albanese - Palermo . . . . . 22 — — — 84 — — 84

Guadagna - Palermo (\*\*\*) . . . . . 35 — 15 — — — 15

Casa del Sole - Palermo . . . . . 118 — 96 — — — 96

G. Giglio - Cefalù . . . . . 76 — 76 32 32 — — 140

B. Agliata - Petralia S. . . . . 98 — 75 16 16 — — 107

Cimino - Termini Imerese . . . . . 119 — 110 24 32 — — 166

Dei Bianchi - Corleone . . . . . 82 — 80 16 16 — — 112

Palazzo Adriano . . . . . 39 — 30 32 16 — — 78

Civile - Partinico . . . . . 177 — 150 16 16 — — 182

Aiuto Materno . . . . . — — 30 — — — — 30

Pisani - Palermo . . . . . — — — — — 20 10 30

Totale AUSL n. 6 . . . . . 1.052 18% 892 — — — — 1.296

Buccheri La Ferla . . . . . 318 8% 290 — 16 — — 306

Villa delle Ginestre (\*\*\*) . . . . . — — 6 — 60 — — 66

Case di cura private . . . . . 1.362 6,5% 1.274 — — — — 1.274

Totale provincia di Palermo . . . . . 4.974 — 4.502 224 400 34 10 5.140

(\*) Per l'impegno finanziario ex art. 20 legge n. 67/88 solo di recente concretizzato.

(\*\*) Trattasi di riabilitazione intensiva di III livello.

(\*\*\*) I 15 p.l. dell'attuale SPDC saranno trasferiti in altro presidio.

Nota: 15 p.l. di cure palliative previste presso l'ONLUS Nuova solidarietà

**4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30 55**

*Provincia di Trapani*

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale  
A.O. S. Antonio Abate . . . . . 473 13% 412 16 16 — — 444

**AUSL n. 9**

S. Spirito - Alcamo . . . . . 93 — 80 16 16 — — 112  
V. Emanuele - Castelvetrano . . . . . 142 — 110 64 16 — — 180  
Marsala . . . . . 219 — 174 32 32 — — 242  
Mazara del Vallo . . . . . 214 — 166 32 32 — — 234  
Nagar - Pantelleria . . . . . 26 — 26 10 — — — 36  
Salemi . . . . . 116 — 100 16 16 10 — 142  
Totale AUSL n. 9 . . . . . 810 18% 664 — — — 946

Case di cura private (\*) . . . . . 175 6,5% 164 — — — 164  
Totale provincia di Trapani . . . 1.458 — 1.240 186 128 10 — 1.554

**Riepilogo bacino Palermo - Trapani**

Pubblici Palermo . . . . . 3.228 Post-acuti Palermo . . . . . 634  
Pubblici Trapani . . . . . 1.076 Post-acuti Trapani . . . . . 324  
Privati Palermo (\*) . . . . . 1.274 ONLUS Nuova solidarietà . . . . . 15  
Privati Trapani (\*) . . . . . 164

Totale generale acuti . . . . . 5.742 Totale post-acuti . . . . . 973

(\*) Dato tendenziale sul bacino compensabile nei 5 anni con il dato di riconversione sull'intera regione.

**Provincia di Catania**

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale

ARNAS - Catania . . . . . 943 10% 840 32 32 12 10 926  
A.O. Vittorio Emanuele . . . . . 999 13% 850 32 32 — — 914  
A.O. Carnizzaro (\*) . . . . . 442 — 570 — 32 — — 602

Totale Aziende Catania (\*\*\*) . . . . . 2.260 — — — — —

A.O. Gravina Caltagirone . . . . . 411 15% 345 32 96 10 — 483

**AUSL n. 3**

Acireale (\*) . . . . . 131 — 166 24 16 — — 206  
Biancavilla . . . . . 131 — 102 16 16 — — 134  
Bronte . . . . . 81 — 108 16 16 — — 140  
Giarre e Linguaglossa (\*) . . . . . 70 — 124 16 16 (°) — — 140  
Militello Val di Catania (\*) . . . . . 63 — 102 16 16 — — 134  
Paternò . . . . . 146 — 126 16 16 — — 158

Totale AUSL n. 3 . . . . . 622 — 728 — — — 912

Case di cura private (\*\*\*) . . . . . 1.246 6,5% 1.165 — 192 — — 1.357

Totale provincia di Catania . . . 4.663 — 4.498 200 464 22 10 5.194

(°) I p.l. di riabilitazione sono allocati nel presidio di Linguaglossa.

(\*) Per il completamento edilizio previsto dalla DGR n. 446/96 e già realizzato.

(\*\*) Il numero dei p.l. delle tre aziende ospedaliere è comprensivo dei 326 p.l. da trasferire al policlinico. Detto trasferimento non deve comportare alcun aumento dei p.l. per acuti complessivi assegnati alla provincia. Pertanto il totale dei p.l. provinciali è di 4.172 (4.498-326).

(\*\*\*) Dato tendenziale sul bacino compensabile nei 5 anni con il dato di riconversione sull'intera regione.

**56 4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30**

**Provincia di Ragusa**

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale

A.O. Civile OMPA . . . . . 466 15% 394 32 32 10 — 468

**AUSL n. 7**

Comiso . . . . . 131 — 98 16 16 — — 130  
Modica . . . . . 209 — 167 16 16 10 — 209  
Scicli . . . . . 98 — 80 76 16 — — 172  
Vittoria . . . . . 196 — 157 16 16 — — 189

Totale AUSL n. 7 . . . . . 634 19% 502 — — — 700

Case di cura private (\*) . . . . . 70 6,5% 66 — — — 66

Totale provincia di Ragusa . . . 1.170 — 962 156 96 20 — 1.234

(\*) Dato tendenziale sul bacino compensabile nei 5 anni con il dato di riconversione sull'intera regione.

**Provincia di Siracusa**

P.L. Percentuale P.L. Lungodeg. Med. Hospice Hospice P.L. Presidio ospedaliero cure malattie esistenti di riconv. acuti medica fis. riab. palliative infettive totale

A.O. Umberto I + Rizza . . . . . 546 15% 460 32 32 8 — 532

**AUSL n. 8**

Augusta . . . . . 174 — 142 — 16 — — 158  
Avola - Noto . . . . . 309 — 246 32 64 — — 342  
Lentini . . . . . 174 — 138 32 16 — — 186

Totale AUSL n. 8 . . . . . 657 19% 526 — — — 686

Case di cura private . . . . . 349 6,5% 326 — 68 — — 394

Totale provincia di Siracusa . . . 1.552 — 1.312 96 196 8 — 1.612

Nota: Sono previsti 15 p.l. cure palliative gestite dalla ONLUS SAMOT di Siracusa.

**Riepilogo bacino Catania - Ragusa - Siracusa a regime**

Pubblici Catania . . . . . 3.007 Post-acuti Catania . . . . . 696  
Pubblici Ragusa . . . . . 896 Post-acuti Ragusa . . . . . 272  
Pubblici Siracusa . . . . . 986 Post-acuti Siracusa . . . . . 300  
Privati Catania (\*) . . . . . 1.165 ONLUS SAMOT Siracusa . . . . . 15  
Privati Ragusa (\*) . . . . . 66  
Privati Siracusa (\*) . . . . . 326

Totale generale acuti . . . . . 6.446 Totale post-acuti . . . . . 1.283

(\*) Dato tendenziale sul bacino compensabile nei 5 anni con il dato di riconversione sull'intera regione.

**4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30 57**

**Allegato 2**

RIMODULAZIONE RETE POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA RIANIMATORIA

Provincia di Palermo

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
ARNAS - Palermo . . . . .	40 6 46
A.O. Villa Sofia - CTO Palermo . . . . .	8 16 24
A.O. Cervello - Palermo . . . . .	8 — 8
Ingrassia - Palermo . . . . .	4 4 8
E. Albanese - Palermo . . . . .	— — —
Guadagna - Palermo . . . . .	— — —
Casa del Sole - Palermo . . . . .	4 — 4
G. Giglio - Cefalù . . . . .	— — —
B. Agliata - Petralia S. . . . .	— — —
Cimino - Termini Imerese . . . . .	4 2 6
Dei Bianchi - Corleone . . . . .	— — —
Palazzo Adriano . . . . .	— — —
Civile - Partinico . . . . .	— 6 6
Buccheri La Ferla . . . . .	8 — 8
Villa delle Ginestre . . . . .	— 6 6
A.O. Policlinico . . . . .	18 2 20
<i>Totale provincia di Palermo . . . . .</i>	<i>94 42 136</i>

*Provincia di Trapani*

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
A.O. S. Antonio Abate . . . . .	8 — 8
S. Spirito - Alcamo . . . . .	— — —
V. Emanuele - Castelvetrano . . . . .	4 2 6
Marsala . . . . .	4 2 6
Mazara del Vallo . . . . .	— — —
Nagar - Pantelleria . . . . .	— — —
Salemi . . . . .	— — —
<i>Totale provincia di Trapani . . . . .</i>	<i>16 4 20</i>

*Provincia di Messina*

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
A.O. Papardo . . . . .	8 4 12
A.O. Piemonte . . . . .	4 4 8
Barcellona Pozzo di Gotto . . . . .	— 4 4
Milazzo . . . . .	4 — 4
Lipari . . . . .	— — —
Mistretta . . . . .	— — —
Patti . . . . .	4 — 4
S. Agata Militello . . . . .	— — —
Taormina . . . . .	4 — 4
A.O. Policlinico . . . . .	21 — 21
<i>Totale provincia di Messina . . . . .</i>	<i>45 12 57</i>

*Provincia di Agrigento*

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
A.O. S. Giovanni Di Dio . . . . .	8 — 8
A.O. Civili Riuniti Sciacca . . . . .	4 4 8
Canicattì . . . . .	4 — 4
Licata . . . . .	— — —
Ribera . . . . .	— — —
<i>Totale provincia di Agrigento . . . . .</i>	<i>16 4 20</i>

**58 4-7-2003 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 30**

*Provincia di Caltanissetta*

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
A.O. S. Elia . . . . .	8 4 12
A.O. Gela . . . . .	8 — 8
Mazzarino . . . . .	— — —
Mussomeli . . . . .	— 4 4
Niscemi . . . . .	— — —
S. Cataldo . . . . .	— — —
<i>Totale provincia di Caltanissetta . . . . .</i>	<i>16 8 24</i>

*Provincia di Enna*

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
A.O. Umberto I . . . . .	8 — 8
Leonforte . . . . .	— — —
Nicosia . . . . .	— 4 4
Piazza Armerina . . . . .	— 4 4
<i>Totale provincia di Enna . . . . .</i>	<i>8 8 16</i>

*Provincia di Catania*

Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96	
ARNAS - Catania . . . . .	16 8 24
A.O. Vittorio Emanuele . . . . .	8 14 22
A.O. Cannizzaro . . . . .	12 8 20
A.O. Gravina Caltagirone . . . . .	8 2 10
Acireale . . . . .	— 6 6
Biancavilla . . . . .	— — —
Bronte . . . . .	— — —
Giarre . . . . .	— 4 4
Militello Val di Catania . . . . .	4 — 4
Paternò . . . . .	— — —

A.O. Policlinico .....	8	4	12
<i>Totale provincia di Catania</i> . . . . .	56	46	102
<i>Provincia di Ragusa</i>			
Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96			
A.O. Civile OMPA .....	8	—	8
Comiso .....	—	—	—
Modica .....	4	—	4
Scicli .....	—	—	—
Vittoria .....	—	4	4
<i>Totale provincia di Ragusa</i> . . . . .	12	4	16
<i>Provincia di Siracusa</i>			
Presidio ospedaliero P.L. esistenti P.L. in incremento Totale del. n. 446/96			
A.O. Umberto I .....	8	—	8
Augusta .....	—	—	—
Avola - Noto .....	—	6	6
Lentini .....	—	4	4
<i>Totale provincia di Siracusa</i> . . . . .	8	10	18
<b>(2003.24.1496)</b>			