

mieristica e medica del SSR attribuita al centro (12 PL degenza ordinaria, 6 PL terapia intensiva, 6 PL semi-intensiva, 1 sala operatoria, 1 sala emodinamica, 1 RMN), è adeguata al completamento dell'organico necessario per la conformità agli standard di eccellenza richiamati in premessa e che costituiscono obiettivo specifico della convenzione:

- cardiologi: 9;
- anestesisti: 12;
- cardiocirurghi: 3;
- tecnici radiologia: 4;
- infermieri: 60 + 3 capo sala.

Nell'ambito del suddetto personale il centro cardiologico, sul piano organizzativo, potrà attribuire, entro i limiti di spesa previsti dalla convenzione originaria, incarichi dirigenziali (unità operative semplici, incarichi professionali) attingendo le relative risorse dalla quota di finanziamento stabilita in convenzione quale rimborso al CCPM.

Di detti incarichi sarà data comunicazione all'A.S.P. di Messina per i conseguenziali adempimenti.

#### 2. Prestazioni

In relazione alle disposizioni contenute nell'articolo 10 della convenzione, fermo restando quanto dallo stesso stabilito, le parti specificano quanto segue:

- 1) le prestazioni erogate in favore di pazienti provenienti dalle altre Regioni, riconosciute alla Regione siciliana in sede di riparto nazionale quale mobilità attiva, concorrono a pieno titolo al conseguimento degli obiettivi quantitativi di attività fissati dalla convenzione a carico dell'istituto;
- 2) le prestazioni effettuate dall'equipe del centro presso altri Presidi ospedalieri del servizio sanitario siciliano, saranno computate applicando le tariffe TUC riconosciute all'Ospedale Bambino Gesù, abbattute del 50%, e faranno parte degli obiettivi quantitativi fissati dalla convenzione a carico dell'istituto;
- 3) il centro, compatibilmente con il principale svolgimento delle funzioni assistenziali di unico centro di III livello della rete di cardiologia pediatrica assegnate dalla Regione siciliana, nel rispetto degli obiettivi attribuiti, può essere autorizzato dalla Regione siciliana, ad effettuare prestazioni di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica, a favore di pazienti provenienti da paesi esteri, previa valutazione clinica del direttore del Centro.
- 4) Le parti prendono atto che tra i compiti del centro, quale hub della rete di cardiologia pediatrica della Regione siciliana, rientra anche la realizzazione del registro siciliano delle cardiomiopatie in età pediatrica, come da proposta del direttore del centro del 5 settembre 2012.

#### 3. Estensione delle aree della collaborazione

- 1) In attesa dell'adozione da parte della Regione siciliana dei provvedimenti idonei alla istituzione del centro pediatrico del Mediterraneo Bambino Gesù Sicilia, presso l'A.O. Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo, di cui alla convenzione indicata nella premessa a), le parti manifestano la reciproca disponibilità all'integrazione delle attività assistenziali nel settore pediatrico in altre discipline (neurochirurgia, ortopedia, etc.) con specifiche équipe specialistiche, secondo i fabbisogni che dovessero essere individuati dalla Regione siciliana, che saranno soggette a remunerazione secondo le vigenti tariffe T.U.C. applicate all'istituto, salvo ridefinizione del quadro economico previsto dalla convenzione.
- 2) Il personale dell'equipe specialistiche opererà sotto il coordinamento funzionale del direttore del CCPM e avvalendosi delle risorse rese disponibili presso l'Ospedale S. Vincenzo o presso altra struttura del SSR.
- 3) Nell'ambito della ridefinizione degli obiettivi della convenzione dopo i primi cinque anni di attività del centro, l'istituto manifesta la sua disponibilità a valutare i presupposti per l'estensione dell'attività del centro cardiologico ai trapianti ed alle assistenze tecniche, nel quadro di una riorganizzazione del centro in termini di budget annuale, di organici, di spazi assegnati e di investimenti per attrezzature.

#### 4. Modalità di finanziamento

- 1) Nell'ipotesi che la produttività stabilita dalla convenzione come integrata dal presente documento, nel periodo di vigenza dell'accordo superi l'importo complessivo di € 3.800.000, le parti convengono che sono dovute all'istituto, per le prestazioni in eccedenza, le corrispondenti tariffe, abbattute del 50%, che saranno erogate nelle modalità previste; oltre al rimborso del 50% del costo dei dispositivi medici sostenuto per l'esecuzione delle procedure.
- 2) Le eccedenze saranno in ogni caso contenute entro il limite massimo di € 1.200.000. L'eventuale superamento di detto limite sarà riconosciuto solo previa autorizzazione formale preventiva dell'A.S.P. di Messina.

#### 5. Rendicontazione e pagamento

1) L'Istituto provvederà alla rendicontazione nei confronti della Regione siciliana attraverso un rendiconto trimestrale contenente informazioni sull'impiego del personale medico e infermieristico, i dispositivi medici utilizzati e l'elenco analitico delle prestazioni sanitarie effettuate presso il centro. Detta rendicontazione dovrà prevedere anche i pazienti siciliani trattati direttamente presso la sede di Roma del Bambin Gesù in conformità alla convenzione.

2) La Regione siciliana corrisponderà all'Istituto il finanziamento in quote trimestrali, come previsto dall'articolo 10 della convenzione.

Regione siciliana  
L'Assessore per la salute: Russo  
Ospedale pediatrico Bambin Gesù  
Il legale rappresentante pro-tempore: Profiti  
Azienda ASP Messina  
Il commissario straordinario: Magistri

(2012.45.3268)102

DECRETO 26 ottobre 2012.

#### Costituzione della Rete nefrologica regionale.

##### L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 "approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

Visto, in particolare, l'allegato n. 1 del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che classifica i livelli di assistenza e le prestazioni di assistenza sanitaria garantita dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA, il quale include, tra le particolari categorie dei cittadini aventi diritto ad un'assistenza specifica, i nefropatici cronici in trattamento dialitico;

Visti gli accordi tra il Governo, le regioni e le province di Trento Bolzano n. 1388 del 14 febbraio 2002 e n. 1942 del 29 aprile 2004 sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti e sugli standards minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91;

Visto il censimento effettuato dalla Società italiana di nefrologia SIN nel 2004;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, ed in particolare il punto 4.4 che promuove il Governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti per lo sviluppo delle capacità complessive del SSN, allo scopo di mantenere standards elevati e migliorare le performances professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" in

particolare, l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge regionale n. 5/2009, che dispone: "Il servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare: a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione"; nonché la legge regionale 3 novembre 1993 n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie "per come ancora applicabile ai sensi dell'art. 32 della legge regionale n. 5/09;

Visto il decreto assessoriale n. 3423 del 19 dicembre 2008 istitutivo del registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto;

Visto il censimento effettuato nel 2010 dal registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto;

Visto il documento della SIN del 2009 relativo alle indicazioni e standards sulla riorganizzazione della rete nefrologica;

Visto il D.A. 15 giugno 2009 n. 1150, recante "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale", con il quale sono stati approvati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri di cui all'allegato 1 e le regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo di cui all'allegato 2 dello stesso decreto;

Visto l'art. 2 del medesimo D.A. che, per il perseguimento degli obiettivi del Piano e sulla base delle proposte delle aziende sanitarie della Regione, conferma fra l'altro l'obbligo dei direttori generali di avviare la rideterminazione delle piante organiche aziendali in funzione dei processi di ristrutturazione organizzativa, tenendo conto sia degli accorpamenti che della rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri, anche, perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale;

Visto il Patto per la salute 2010-2012 giusta intesa della conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, finalizzato a migliorare la qualità di servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;

Visto il decreto assessoriale n. 1130 del 20 agosto 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale" dove si ritiene di "...dover fornire indicazioni in ordine...alla promozione e allo sviluppo dei programmi di dialisi domiciliare...";

Visti i decreti assessoriali 25 maggio 2010 di rimodulazione della rete ospedaliera dove sono identificate, per singola provincia, le unità operative di nefrologia e dialisi;

Visto il Piano sanitario nazionale 2011-2013 dove, nell'ambito della "Rete assistenziale territoriale", viene sottolineata l'importanza dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) al fine di ottemperare a quanto previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 in merito ai LEA";

Visto il Piano sanitario regionale 2011-2013 al cap. 4.1.1 che prevede le seguenti azioni:

— orientare l'assistenza, secondo criteri di appropriatezza, nel territorio-distretti;

— implementare tutte le forme possibili di cure domiciliari;

— attuare l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale;

al cap. 6.1.1 relativo all'organizzazione della rete nefrologica, nel quale si propone di "a) assicurare a tutti i pazienti uniformità di cura; b) assicurare cure adeguate nel luogo più vicino possibile alla residenza del paziente, compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento; c) centrare sul paziente l'organizzazione; d) valutare e monitorare le funzioni sanitarie con la partecipazione al registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto";

al cap. 15.1 relativo all'area dei trapianti nel quale si prevede di "riallineare i programmi regionali di trapianto di rene ... e individuare due poli regionali di trapianto, uno a Palermo (Ospedale Civico) e uno a Catania (A.O. Policlinico ... mentre .. è opportuno che Ismett consolidi e ulteriormente espanda il suo attuale profilo di Centro trapianti multiorgano, con particolare vocazione, per quanto riguarda il trapianto di rene, ai trapianti di rene in soggetti ad elevata complessità clinica, tra cui i bambini, e ai trapianti combinati";

Visto ancora il Piano sanitario regionale 2011-2013, laddove prevede al paragrafo 6.1.2. la tabella del modulo standard di posti letto per la disciplina di nefrologia;

Vista la nota del 19 dicembre 2011 a firma del direttore del Centro nazionale trapianti con la quale si definiscono le linee di indirizzo sulla organizzazione e gestione di un programma di trapianto di rene;

Rilevato dall'analisi dei dati del registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto, che il numero dei nuovi pazienti ammessi al trattamento dialitico ogni anno (pazienti incidenti) è pari al 31 dicembre 2010 a 1075, cioè 220 pazienti per milione di abitanti contro i 153 pazienti della media nazionale del 2008;

Rilevato che al 31 dicembre 2010 il totale dei pazienti in dialisi domiciliare è di 240, pari al 4% del totale a fronte di una media nazionale del 10%;

Stante che l'atlante della mortalità per causa in Sicilia 2010 pone le malattie dell'apparato genito-urinario al 9° posto tra le cause di morte e che i dati raccolti dal registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto fanno ammontare a 4.685 i pazienti in trattamento dialitico in Sicilia al 31 dicembre 2010 e a 1.075 i nuovi pazienti immessi in dialisi nel corso del 2010, in analogia con i dati riportati nel sito dell'associazione europea per le malattie renali che raccoglie i report provenienti da più di dieci paesi europei. Pertanto, le patologie croniche del rene interessano circa il 20% della popolazione adulta e per il bacino di utenza della Sicilia, ciò comporta una popolazione a rischio di circa 1.000.000 soggetti, di cui circa 5.000 in trattamento dialitico e circa 1.500 potenzialmente candidati a ricevere un trapianto di rene;

Considerato che i costi dei trattamenti emodialitici ambulatoriali ospedalieri e nei centri privati accreditati sono superiori a quelli dell'emodialisi domiciliare, per la maggiore incidenza dei costi di organizzazione e gestione ospedaliera ai quali si aggiungono i costi relativi al trasporto del paziente;

Valutata la necessità di procedere all'adozione di provvedimenti ed azioni che contribuiscano alla diversificazione dell'offerta dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale, riorganizzando il sistema in modo da

garantire il trattamento più adeguato ed appropriato, coniugando l'esigenza tuttavia di deospedalizzare il malato (costi, aspetti psicologici, riabilitativi);

Stante che l'obiettivo della programmazione è quello di indicare i criteri per la definizione dei livelli e delle forme dell'offerta, per la produzione efficiente dei servizi, per garantire uniformità dei servizi nel territorio, al fine di garantire la concentrazione dei livelli di attività e della casistica correlata consentendo di conseguenza una elevata esperienza professionale;

Considerato che in atto la media dei posti letto di nefrologia in Sicilia è pari a 38 posti letto per milione di abitanti, mentre la media dei posti letto a livello nazionale è pari a 47 posti letto per milione di abitanti, come rilevato dal documento SIN richiamato;

Considerato che attualmente il sistema dell'assistenza ai pazienti nefropatici rileva alcuni punti critici rappresentati da:

- carenza di programmi di prevenzione primaria e secondaria;
- parcellizzazione delle strutture nefrologiche ospedaliere molte delle quali hanno un numero esiguo o sono sprovviste di posti letto;
- distribuzione dei pazienti dializzati prevalentemente nel settore privato (74% trattati in centri privati e 26% nelle strutture pubbliche);
- insufficiente ricorso alla dialisi peritoneale domiciliare: appena il 6% del totale su una media nazionale del 10% viene trattato con dialisi peritoneale e dei 38 centri pubblici esistenti di nefrologia ben 20 non trattano nessun paziente con questa metodica;
- indice di prevalenza di pazienti in dialisi superiore alla media nazionale (938 pazienti in dialisi per milione di abitanti contro i 734 della media nazionale);
- eccesso di programmi di trapianto di rene (quattro, di cui tre a Palermo e uno a Catania) a fronte di un tasso di donazioni insufficiente (12,4 donatori per milione di abitanti nel 2009 contro una media nazionale di 22);
- sistema di controllo periodico dei pazienti portatori di trapianto renale disomogeneo e non coerente con l'effettiva disponibilità di competenze e di procedure diagnostiche e terapeutiche;

Ritenuto, pertanto, di dovere procedere ad una riorganizzazione della rete assistenziale nefrologica, con particolare riferimento alle U.O. ospedaliere di nefrologia, sviluppando contestualmente azioni per la promozione della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali facendo anche riferimento all'attività svolta secondo le linee di indirizzo del PSR sull'organizzazione in rete dei servizi per patologia, volume e complessità;

Ritenuto di avviare programmi di prevenzione primaria e secondaria attraverso un'integrazione operativa tra i medici di famiglia, gli ambulatori specialistici delle A.S.P. e i vari presidi ospedalieri di nefrologia, realizzando campagne d'informazione della popolazione generale nonché di screening ad ampio raggio e delineando un iter assistenziale organizzato secondo livelli crescenti di complessità e intensità di cure (medico di base - specialista nefrologo - ricovero ospedaliero e viceversa) con possibilità di ritorno in senso inverso;

Ritenuto di riequilibrare l'offerta di prestazioni di dialisi tra il settore pubblico e quello privato incentivando la dialisi domiciliare e favorendo l'espansione del pool di pazienti in trattamento, istituendo presso i centri ospedalieri i centri satellite (CAD e CAL);

Ritenuto necessario creare un percorso integrato tra i centri di trapianto e le altre strutture sanitarie per la valutazione, la gestione in lista di attesa e il follow-up post-trapianto dei pazienti con insufficienza renale terminale;

Ritenuto, conseguenzialmente di dovere fare riferimento per la programmazione della rete nefrologica al PSR, al documento SIN del 2009 per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali e ai relativi allegati, nonché alle linee guida approvate dalla conferenza Stato-Regioni e alle linee di indirizzo emanate dal Centro nazionale trapianti in tema di requisiti e standard per lo svolgimento dell'attività di trapianto di rene;

Ritenuto di dovere garantire la continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli che consentano la distinzione tra pazienti a rischio standard e pazienti ad elevato rischio clinico, tra prestazioni a basso livello di complessità e prestazioni con elevato indice di complessità, attivando in tal senso un sistema fortemente integrato al fine di una collaborazione funzionale tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e sociosanitario, sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, comprensivo dell'ospedale, il distretto territoriale e ospedaliero e gli ambulatori privati accreditati di dialisi;

Preso atto che, dai dati raccolti dal registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto al 31 dicembre 2010, risultavano attivi sul territorio regionale 88 centri di dialisi privati accreditati e 33 U.O. di nefrologia.

Preso atto, altresì che i dati relativi alla dotazione di posti rene e alle prestazioni diagnostiche terapeutiche disponibili presso i presidi ospedalieri su cui insistono le suddette U.O. sono quelli trasmessi dai rispettivi responsabili al servizio 4 di programmazione ospedaliera del dipartimento per la pianificazione strategica;

Considerato che il comitato del governo clinico della società italiana di nefrologia distingue le U.O. di nefrologia in quattro tipi di strutture nefrologiche:

1) strutture complesse di nefrologia (SCN) che rappresentano l'elemento cardine dell'assistenza nefrologica nazionale e sono composte da un'area di degenza, un'area di dialisi e un'area ambulatori. Ogni SCN dovrebbe disporre di uno o più centri satelliti (Centri ad assistenza limitata - CAL e centri ad assistenza decentrata CAD) distribuiti sul territorio di competenza ad essa dipendenti e collegati in rete. Secondo la commissione SIN è da ritenere congrua una SCN ogni 200.000-250.000 abitanti (media italiana di 1/218.000 abitanti, ma con ampio range da 1/100.000 a 1/325.000 abitanti);

2) strutture complesse di nefrologia con trapianto (SCNT) sono le SCN che hanno al loro interno un programma di trapianto e che operano in stretta collaborazione con la componente più propriamente chirurgica del trapianto. Queste strutture, in aggiunta alle attività proprie delle SCN, concorrono alla gestione delle liste d'attesa, alla selezione e alla preparazione dei pazienti all'intervento di trapianto, e alla gestione medica dei pazienti trapiantati nel periodo immediatamente post-operatorio. Il follow-up successivo avviene in stretta collaborazione con le SCN di provenienza del paziente. Il censimento SIN 2004 ha evidenziato 40 SCNT sul territorio nazionale con una media di 1 SCNT ogni 1.500.000 circa di abitanti;

3) strutture semplici nefrologiche di dialisi (SSND) che sono le strutture sanitarie di sola dialisi sono prive di posti letto di degenza e, secondo la commissione SIN, dovrebbero essere classificate tutte come strutture semplici oppure debbono essere inserite in un contesto di afferenza a SCN e considerate pertanto dei centri satellite. Quando per dimensioni, volume e tipologia dell'attività nefrologica sia più funzionale un'autonomia, si ritiene opportuna una trasformazione dell'unità in SCN con conseguente assegnazione di posti letto;

4) strutture private di dialisi (SPND - SPD) Le strutture private di dialisi dovrebbero essere assimilate alle strutture semplici nefrologiche di dialisi;

Ritenuto, in coerenza con le indicazioni del PSR, del centro nazionale trapianti e del comitato di governo clinico della società italiana di nefrologia, di riorganizzare i presidi nefrologici della rete nefrologica regionale su tre diversi livelli organizzativi prevedendo un I livello, un II livello e un III livello con standards operativi differenziati, in funzione non solo della presenza di posti letto, ma anche della copertura nell'ambito del territorio e bacino di appartenenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche complementari e indispensabili per la corretta gestione del paziente nefropatico. Ritenendo di potere procedere, in seguito alla prima identificazione, all'eventuale modifica del livello assegnato alle singole strutture sulla scorta della presenza di parametri adeguati nel corso del triennio di validità del PSR, verificati attraverso i piani attuativi aziendali entro il periodo di vigenza dell'attuale PSR in base ai seguenti criteri:

a) dotazione di posti letto secondo il modulo previsto dal PSR;

b) dotazione di posti rene non inferiore a 6;

c) attività di degenza ordinaria e in regime di day hospital;

d) presenza di un programma attivo di dialisi peritoneale con un numero di pazienti in DP non inferiore al 10% dei pazienti in trattamento sostitutivo;

e) disponibilità di ambulatorio dedicato per i pazienti candidati al trapianto e già trapiantati;

f) disponibilità presso i rispettivi P.O. dei servizi di terapia intensiva, UTIC, chirurgia generale, microbiologia e virologia, anatomia patologica, laboratori attrezzati per determinazione dei livelli ematici dei farmaci immunosoppressori;

Ritenuto di fondamentale importanza analizzare i dati di attività del triennio di validità del PSR al fine di valutare criticamente il mantenimento/disattivazione dei punti della rete pubblici e privati accreditati in relazione a volume e tipologia di prestazioni erogate, definendone per ognuno il trend di attività e valutandone contestualmente l'attività sia in relazione all'appropriatezza delle prestazioni, sia al ruolo di riferimento territoriale che assolvono, ritenendo pertanto non esaustivo come standard il riferimento alla disponibilità di posti letto;

Rilevato che la rete nefrologica debba essere riorganizzata secondo il modello Hub e Spoke in:

- centri spoke corrispondenti alle SSND e SPND - SPD individuati come strutture sanitarie di I livello, senza dotazione di posti letto, che svolgono attività in sinergia con il centro di II e III livello ed in grado di effettuare prestazioni di diagnosi primaria e di dialisi per pazienti a rischio clinico standard;

- centri hub corrispondenti alle SNC e SNCT individuati come strutture ospedaliere di II e III livello con dotazione di posti letto secondo lo standard minimo previsto

dal PSR, in grado di erogare tutte le prestazioni necessarie per la gestione delle nefropatie acute e croniche nonché di espletare le indagini necessarie per la valutazione di idoneità al trapianto, contribuire alla gestione peri-operatoria dei pazienti sottoposti a trapianto e gestione dei controlli post-trapianto;

Ritenuto che le aziende ospedaliere autorizzate alla esecuzione degli interventi di trapianto di rene potranno individuare le specifiche modalità organizzative per la gestione integrata del programma dei trapianti;

Ritenuto in analogia con il PSR 2011/2013 di individuare due poli regionali di trapianto, uno a Palermo presso l'ARNAS Civico e Ismett ed uno a Catania presso il Policlinico;

Ravvisata, pertanto, la necessità di modificare la rete dei presidi nefrologici ospedalieri secondo quanto già definito nei singoli D.A. di rimodulazione del 25 maggio 2010, al fine di renderli coerenti alla diversa modalità organizzativa adottata, di garantire standards elevati e migliorare le performances professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica; nell'ottica di una complessiva ed adeguata utilizzazione delle risorse disponibili e di contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni erogate;

Ritenuto in considerazione dell'esigua dimensione numerica e delle caratteristiche del tutto peculiari delle nefropatie pediatriche, di dovere rinviare ad altro provvedimento, inserito nel contesto della rete pediatrica, la riorganizzazione dell'assistenza ai pazienti nefropatici in età pediatrica;

Pertanto la rete nefrologica regionale in Sicilia è organizzata in 88 centri ambulatoriali privati accreditati e 33 unità operative ospedaliere articolate per ambito territoriale e per livelli crescenti di complessità di attività e di prestazioni come di seguito indicato:

• 2 strutture ospedaliere di III livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Palermo	ARNAS "Civico"-Ismett	Palermo	32
Sicilia Orientale	Catania	AOUP	Catania	32
<i>Totale</i>				64

• 11 strutture ospedaliere di II livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Agrigento	San Giovanni di Dio	Agrigento	16
	Trapani	S. Antonio Abate	Trapani	16
	Palermo	Villa Sofia-Cervello	Palermo	16
Sicilia Centrale	Caltanissetta	Vittorio Emanuele	Gela	16
	Enna	Umberto I	Enna	16
Sicilia Orientale	Catania	Cannizzaro	Catania	24
	Messina	AOUP	Messina	24
	Ragusa	Maggiore	Modica	16
	Siracusa	Umberto I	Siracusa	16
<i>Totale</i>				160

• 20 strutture ospedaliere di I livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede
Sicilia Occidentale	Agrigento	Civili Riuniti	Sciacca
		CAL	Licata
	Palermo	AOUP	Palermo
		Termini Imerese	Palermo
		CAL	Partinico
	Trapani	Vittorio Emanuele II	Castelvetrano
S. Biagio		Marsala	
Nagar		Pantelleria	
Sicilia Centrale	Caltanissetta	S. Elia	Caltanissetta
		CAL	Mussomeli
	Enna	C. Basilotta	Nicosia
		Chiello	Pza Armerina
Sicilia Orientale	Catania	ARNAS "Garibaldi"	Catania
		Gravina	Caltagirone
		S. Maria e S. Venera	Acireale
		AOUP	Catania
	Messina	Papardo/Piemonte	Messina
		Barone Romeo	Patti
		Generale	Milazzo
		S. Vincenzo	Taormina
		Generale	Lipari
	Ragusa	Civile Arezzo	Ragusa
		CAL	Scicli
	Siracusa	Generale	Lentini
		G. Di Maria	Avola

• 88 Strutture private di dialisi (SPND - SPD)

Ritenuto, altresì, di dovere disporre che i direttori generali delle aziende sanitarie provvedano ad un sistematico monitoraggio delle attività, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, per individuare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa;

Ritenuto indispensabile assicurarsi l'attività di verifica, con periodicità semestrale, sugli adempimenti richiesti al direttore generale e sui risultati conseguiti, al fine di adottare, ove necessario, le eventuali modifiche alla rete nefrologica regionale;

Ritenuto utile istituire un Comitato di monitoraggio e verifica, che effettuino audit clinico-organizzativi per la valutazione della qualità del servizio e delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, composto come di seguito:

- referente regionale programmazione ospedaliera;
- referente regionale programmazione territoriale;
- responsabile del CRT;
- 2 referenti dirigenti di nefrologia pubblica;
- 2 referenti dirigenti di nefrologia privata accreditata;
- 1 referente Mmg;
- 1 rappresentante utenza;

Ritenuto di assegnare ai direttori generali delle aziende sanitarie il limite temporale massimo del triennio di validità del PSR, per la disattivazione delle U.O. di nefrologia secondo quanto previsto nel presente provvedimento;

Ravvisata la necessità di implementare il sistema di elaborazione e diffusione di linee guida, protocolli assistenziali e raccomandazioni sulla sicurezza del percorso assistenziale in tema di malattie croniche del rene;

Decreta:

Art. 1

La rete nefrologica regionale, viste le indicazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate, è costituita dalle strutture ospedaliere articolate per ambito territoriale e per livelli crescenti di complessità di attività e di prestazioni e da 88 ambulatori di dialisi privati dalle strutture private come di seguito:

• 2 strutture ospedaliere di III livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Palermo	ARNAS "Civico"-Ismett	Palermo	32
Sicilia Orientale	Catania	AOUP	Catania	32
<i>Totale</i>				64

• 11 strutture ospedaliere di II livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Agrigento	San Giovanni di Dio	Agrigento	16
	Trapani	S. Antonio Abate	Trapani	16
	Palermo	Villa Sofia-Cervello	Palermo	16
Sicilia Centrale	Caltanissetta	Vittorio Emanuele	Gela	16
	Enna	Umberto I	Enna	16
Sicilia Orientale	Catania	Cannizzaro	Catania	24
	Messina	AOUP	Messina	24
	Ragusa	Maggiore	Modica	16
	Siracusa	Umberto I	Siracusa	16
<i>Totale</i>				160

• 20 strutture ospedaliere di I livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede
Sicilia Occidentale	Agrigento	Civili Riuniti	Sciacca
		CAL	Licata
	Palermo	AOUP	Palermo
		Termini Imerese	Palermo
		CAL	Partinico
	Trapani	Vittorio Emanuele II	Castelvetrano
		S. Biagio	Marsala
		Nagar	Pantelleria

Sicilia Centrale	Caltanissetta	S. Elia	Caltanissetta
		CAL	Mussomeli
	Enna	C. Basilotta	Nicosia
		Chiello	P.za Armerina
Sicilia Orientale	Catania	ARNAS "Garibaldi"	Catania
		Gravina	Caltagirone
		S. Marta e S. Venera	Acireale
		AOUP	Catania
	Messina	Papardo/Piemonte	Messina
		Barone Romeo	Patti
		Generale	Milazzo
		S. Vincenzo	Taormina
		Generale	Lipari
	Ragusa	Civile Arezzo	Ragusa
		CAL	Scicli
	Siracusa	Generale	Lentini
G. Di Maria		Avola	

- 88 Strutture private di dialisi.

#### Art. 2

I direttori generali delle aziende sanitarie dovranno operare un monitoraggio sistematico delle attività delle strutture nefrologiche con riferimento ai criteri di cui all'allegato 1, nonché ai LEA, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, per identificare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa.

#### Art. 3

È assegnata alle aziende ospedaliere autorizzate alla esecuzione degli interventi di trapianto di rene la gestione

del programma di trapianto renale secondo le specifiche modalità organizzative previste dall'azienda ospedaliera.

#### Art. 4

Si fa carico al direttore generale dell'azienda sanitaria di dare in modo coordinato la più ampia e diffusa informazione agli utenti in ordine alla nuova articolazione della rete al fine di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza del percorso assistenziale delle malattie croniche del rene.

#### Art. 5

È assegnato ai direttori generali delle aziende sanitarie il limite temporale massimo del triennio di validità del PSR, per la disattivazione delle U.O. di nefrologia secondo quanto previsto nel presente provvedimento.

#### Art. 6

È costituito un comitato di monitoraggio e verifica utile al fine di valutare la performance delle strutture pubbliche e private accreditate composto come di seguito:

- referente regionale programmazione ospedaliera;
- referente regionale programmazione territoriale;
- responsabile del CRT;
- 2 referenti dirigenti di nefrologia pubblica;
- 2 referenti dirigenti di nefrologia privata accreditata;
- 1 referente Mmg;
- 1 rappresentante utenza.

#### Art. 7

Il servizio 4 programmazione ospedaliera è preposto al coordinamento della rete.

#### Art. 8

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 26 ottobre 2012.

RUSSO

(2012.45.3268)102

## DISPOSIZIONI E COMUNICATI

### ASSESSORATO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE

**Provvedimenti concernenti nomina di commissari ad acta presso alcuni comuni della Regione per l'adozione del piano urbanistico commerciale.**

Con decreto dell'Assessore per le attività produttive n. 922/Gab del 12 ottobre 2012, il sig. Giuseppe Lucisano è stato nominato commissario ad acta presso l'amministrazione comunale di Catania per l'adozione, in via sostitutiva del competente organo comunale, del piano urbanistico commerciale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 28/99.

(2012.44.3184)035

Con decreto dell'Assessore per le attività produttive n. 923/Gab del 12 ottobre 2012, il sig. Giuseppe Lucisano è stato nominato com-

missario ad acta presso l'amministrazione comunale di Modica per l'adozione, in via sostitutiva del competente organo comunale, del piano urbanistico commerciale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 28/99.

(2012.44.3885)035

Con decreto dell'Assessore per le attività produttive n. 926/Gab del 18 ottobre 2012, il sig. Giuseppe Lucisano è stato nominato commissario ad acta presso l'amministrazione comunale di Marsala per l'adozione, in via sostitutiva del competente organo comunale, del piano urbanistico commerciale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 28/99.

(2012.44.3186)035