



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 137/10

di iniziativa del Consigliere D. BATTAGLIA, G. NERI, G. NUCERA, S. ROMEO
recante:

"Cambio di denominazione dell'"Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli
di Reggio Calabria"

relatore: M. MIRABELLO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	14/4/2016
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	15/4/2016
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	19/04/2016
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 29/04/2016

Testo del Provvedimento

P. L. 137/10[^] - Relazione pag. 4

Cambio di denominazione dell'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria

P. L. 137/10[^] - Articolato pag. 7

Cambio di denominazione dell'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria

Normativa citata

Costituzione Italiana - art. 118 pag. 8

L. 7 aprile 2014, n. 56 pag. 9

Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 pag. 31

P.O. 2016-2018 -Intervento 2.1.1. -Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 - allegato pag. 37

Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 - allegato 1a pag. 105

Posti letto erogatori pubblici

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 - allegato 1b pag. 115

Posti letto erogatori privati accreditati

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 - allegato 2 pag. 117

Tabella standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 - allegato 3 pag. 118

Copertura Rete EMUR attuale

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - 3 marzo 2016 n. 30 - allegato 4 pag. 119

Rete SCA - Sindrome Coronarica Acuta

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - pag. 140
3 marzo 2016 n. 30 - allegato 5

Rete Stroke

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - pag. 153
3 marzo 2016 n. 30 - allegato 6

Rete politrauma

Decreto Commissario ad acta piano di rientro da disavanzo SSR Calabria - pag. 172
3 marzo 2016 n. 30 - allegato 7

Rete per il trasporto neonatale

Proposta di legge n. 137/10 di iniziativa dei Consiglieri regionali Battaglia, Neri, Nucera e Romeo, recante: “Cambio di denominazione dell'Azienda Ospedaliera Bianchi -Melacrino - Morelli di Reggio Calabria”.

Relazione

L'approvazione della legge 7 aprile 2014, n.56, in vigore dall'8 aprile 2014, segna una svolta fondamentale nel governo territoriale del Paese: con la definizione di procedure e di tempi certi, è stato concretamente avviato il processo attuativo delle città metropolitane, che dal 1° gennaio 2015 sono subentrate alle province.

La legge 7 aprile 2014, n. 56, "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni" (c.d. legge Delrio), composta da un articolo di 151 commi, ha ridisegnato confini e competenze dell'amministrazione locale, prevedendo la costituzione delle città metropolitane, ridefinendo il sistema delle province e disciplinando le unioni e fusioni di comuni. In particolare, le città metropolitane sono state costituite nel nostro ordinamento dall'8 aprile 2014 e il 1° gennaio 2015 hanno sostituito le preesistenti province, subentrando ad esse in tutti i rapporti e in tutte le funzioni.

L'articolo 1, comma 2, definisce le città metropolitane "enti territoriali di area vasta con le funzioni di cui ai commi da 44 a 46 e con le seguenti finalità istituzionali generali: cura dello sviluppo strategico del territorio metropolitano; promozione e gestione integrata dei servizi, delle infrastrutture e delle reti di comunicazione di interesse della città metropolitana; cura delle relazioni istituzionali afferenti al proprio livello, ivi comprese quelle con le città e le aree metropolitane europee".

Le funzioni assegnate alle città metropolitane possono essere raggruppate in quattro diverse categorie:

- le funzioni fondamentali elencate nelle lettere a), b), c), d) e) ed f) del comma 44 (si tratta di funzioni afferenti alla pianificazione strategica e alla pianificazione territoriale generale, alla regolazione dei servizi pubblici, alla promozione dello sviluppo economico e sociale e alla promozione dei sistemi di informatizzazione in ambito metropolitano);
- le funzioni che le città metropolitane eserciteranno in qualità di enti che succedono alle corrispondenti province;
- le funzioni attribuite alle città metropolitane nell'ambito del processo di riordino delle funzioni delle province;

-le ulteriori funzioni attribuite alle città metropolitane dallo Stato e dalle regioni in attuazione dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza di cui al primo comma dell'articolo 118 della Costituzione.

In attesa della riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione e delle relative norme di attuazione, la legge ha disciplinato le città metropolitane di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria.

Per quanto concerne la città metropolitana di Reggio Calabria, il comma 18 ha disposto una specifica disciplina, stabilendo che la stessa sia costituita "alla scadenza naturale degli organi della provincia ovvero comunque entro trenta giorni dalla decadenza o scioglimento anticipato dei medesimi organi e, comunque, non entra in funzione prima del rinnovo degli organi del comune di Reggio Calabria".

La disciplina specifica dettata per la costituzione della città metropolitana di Reggio Calabria era dovuta al commissariamento del comune.

Pertanto, la città metropolitana di Reggio Calabria vedrà la luce il 03 giugno 2016.

In questo contesto giuridico e territoriale, l'Azienda Ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria sarà l'Azienda della costituenda città metropolitana e rivestirà un ruolo sempre più importante e fondamentale all'interno del sistema sanitario regionale e nazionale. L'attuale presidio ospedaliero "Riuniti" della stessa azienda è l'unico HUB dell'area Sud ed il nuovo DCA n. 30/2016 emanato dalla struttura commissariale, ha previsto un sostanziale aumento dei posti letto passando dagli attuali 495 a 578. La nuova amministrazione guidata dal Direttore Generale Frank Benedetto, solo dopo 12 mesi di attività, rilevata nell'immediatezza l'allarmante situazione infrastrutturale in cui versa l'attuale ospedale di Reggio Calabria e nell'ottica di aumentare sia l'offerta di servizi qualificati che la capacità competitiva della città nel contesto sanitario sovregionale, ha adottato con Delibera A.D. n.565 del 19/08/2015, il documento di programmazione aziendale, richiedendo il finanziamento di Euro 180 milioni per la costruzione del nuovo ospedale metropolitano e partecipando, in data 11/09/2015, ad una manifestazione d'interesse indetta dall'INAIL che ha dato un primo esito favorevole.

La Giunta Comunale di Reggio Calabria ha già deliberato un atto d'indirizzo al dirigente del Settore Pianificazione Urbana per la destinazione d'uso sanitaria/opedaliera dell'area urbana del Viale Europa attigua all'attuale presidio "Morelli" nell'ambito del redigendo Piano Strutturale Comunale permettendo alla stessa Azienda di entrare in possesso dei terreni e dei manufatti sui quali dovrà insistere il nuovo ospedale.

Diviene, pertanto, indispensabile proseguire in questa azione sinergica, nella ferma convinzione che esistano tutti i presupposti affinché Reggio Calabria, con un nuovo ospedale, possa offrire un adeguato sistema di assistenza medica, degno di una città metropolitana.

Dal ch  l'opportunit  di modificare la denominazione dell'Azienda ospedaliera HUB di Reggio Calabria in "Grande Ospedale Metropolitano" dell'Area Sud del territorio della Calabria, in concomitanza con l'entrata in vigore della nuova riforma istituzionale.

Il P.D.L quindi   composto da tre articoli. L'articolo 1 definisce la nuova denominazione dell'azienda ospedaliera, l'articolo 2 dispone la clausola di invarianza finanziaria derivante dall'applicazione della presente legge e l'articolo 3 stabilisce l'entrata in vigore della legge stessa il giorno successivo a quello di pubblicazione di tali norme sul BURC.

Relazione economica-finanziaria

Si tratta di una norma esclusivamente di tipo ordinamentale che non incide sul bilancio della Regione Calabria in termini di nuove o maggiori spese in quanto si tratta solo di un cambio di denominazione dell'A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria.

Proposta di legge n. 137/10 di iniziativa dei Consiglieri regionali Battaglia, Neri, Nucera e Romeo, recante: “Cambio di denominazione dell'Azienda Ospedaliera Bianchi -Melacrino - Morelli di Reggio Calabria”.

Art. 1

(Cambio denominazione A.O. "Bianchi -Melacrino -Morelli di Reggio Calabria)

1. L'Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria, a far data dal 3 Giugno 2016, assume la seguente nuova denominazione: “Grande Ospedale Metropolitano Bianchi-Melacrino-Morelli” dell' Area Sud del territorio della Calabria.

Art. 2

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall’attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri finanziari a carico del Bilancio della Regione Calabria.

Art. 3

(Entrata in vigore)

1. La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare come legge della Regione Calabria.

Costituzione Italiana art. 118

Parte II

Ordinamento della Repubblica

Titolo V

Le Regioni, le Province, i Comuni

Articolo 118

Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

I Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze.

La legge statale disciplina forme di coordinamento fra Stato e Regioni nelle materie di cui alle lettere *b)* e *h)* del secondo comma dell'articolo [117](#), e disciplina inoltre forme di intesa e coordinamento nella materia della tutela dei beni culturali.

Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 7 aprile 2014, n. 56.

Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

1. La presente legge detta disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni al fine di adeguare il loro ordinamento ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza.

2. Le città metropolitane sono enti territoriali di area vasta con le funzioni di cui ai commi da 44 a 46 e con le seguenti finalità istituzionali generali: cura dello sviluppo strategico del territorio metropolitano; promozione e gestione integrata dei servizi, delle infrastrutture e delle reti di comunicazione di interesse della città metropolitana; cura delle relazioni istituzionali afferenti al proprio livello, ivi comprese quelle con le città e le aree metropolitane europee.

3. Le province sono enti territoriali di area vasta disciplinati ai sensi dei commi da 51 a 100. Alle province con territorio interamente montano e confinanti con Paesi stranieri sono riconosciute le specificità di cui ai commi da 51 a 57 e da 85 a 97.

4. Le unioni di comuni sono enti locali costituiti da due o più comuni per l'esercizio associato di funzioni o servizi di loro competenza; le unioni e le fusioni di comuni sono disciplinate dai commi da 104 a 141.

5. In attesa della riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione e delle relative norme di attuazione, le città metropolitane di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria sono disciplinate dalla presente legge, ai sensi e nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 114 e 117, secondo comma, lettera *p*), della Costituzione e ferma restando la competenza regionale ai sensi del predetto articolo 117. I principi della presente legge valgono come principi di grande riforma economica e sociale per la disciplina di città e aree metropolitane da adottare dalla regione Sardegna, dalla Regione siciliana e dalla regione Friuli-Venezia Giulia, in conformità ai rispettivi statuti.

6. Il territorio della città metropolitana coincide con quello della provincia omonima, ferma restando l'iniziativa dei comuni, ivi compresi i comuni capoluogo delle province limitrofe, ai sensi dell'articolo 133, primo comma, della Costituzione, per la modifica delle circoscrizioni provinciali limitrofe e per l'adesione alla città metropolitana. Qualora la regione interessata, entro trenta giorni dalla richiesta nell'ambito della procedura di cui al predetto articolo 133, esprima parere contrario, in tutto o

in parte, con riguardo alle proposte formulate dai comuni, il Governo promuove un'intesa tra la regione e i comuni interessati, da definire entro novanta giorni dalla data di espressione del parere. In caso di mancato raggiungimento dell'intesa entro il predetto termine, il Consiglio dei ministri, sentita la relazione del Ministro per gli affari regionali e del Ministro dell'interno, udito il parere del presidente della regione, decide in via definitiva in ordine all'approvazione e alla presentazione al Parlamento del disegno di legge contenente modifiche territoriali di province e di città metropolitane, ai sensi dell'articolo 133, primo comma, della Costituzione.

7. Sono organi della città metropolitana:

- a) il sindaco metropolitano;
- b) il consiglio metropolitano;
- c) la conferenza metropolitana.

8. Il sindaco metropolitano rappresenta l'ente, convoca e presiede il consiglio metropolitano e la conferenza metropolitana, sovrintende al funzionamento dei servizi e degli uffici e all'esecuzione degli atti; esercita le altre funzioni attribuite dallo statuto. Il consiglio metropolitano è l'organo di indirizzo e controllo, propone alla conferenza lo statuto e le sue modifiche, approva regolamenti, piani e programmi; approva o adotta ogni altro atto ad esso sottoposto dal sindaco metropolitano; esercita le altre funzioni attribuite dallo statuto. Su proposta del sindaco metropolitano, il consiglio adotta gli schemi di bilancio da sottoporre al parere della conferenza metropolitana. A seguito del parere espresso dalla conferenza metropolitana con i voti che rappresentino almeno un terzo dei comuni compresi nella città metropolitana e la maggioranza della popolazione complessivamente residente, il consiglio approva in via definitiva i bilanci dell'ente. La conferenza metropolitana ha poteri propositivi e consultivi, secondo quanto disposto dallo statuto, nonché i poteri di cui al comma 9.

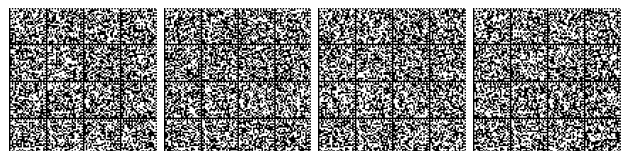
9. La conferenza metropolitana adotta o respinge lo statuto e le sue modifiche proposti dal consiglio metropolitano con i voti che rappresentino almeno un terzo dei comuni compresi nella città metropolitana e la maggioranza della popolazione complessivamente residente.

10. Nel rispetto della presente legge lo statuto stabilisce le norme fondamentali dell'organizzazione dell'ente, ivi comprese le attribuzioni degli organi nonché l'articolazione delle loro competenze, fermo restando quanto disposto dai commi 8 e 9.

11. Oltre alle materie di cui al comma 10, lo statuto:

a) regola le modalità e gli strumenti di coordinamento dell'azione complessiva di governo del territorio metropolitano;

b) disciplina i rapporti tra i comuni e le loro unioni facenti parte della città metropolitana e la città metropolitana in ordine alle modalità di organizzazione e di esercizio delle funzioni metropolitane e comunali, prevedendo anche forme di organizzazione in comune, eventualmente differenziate per aree territoriali. Mediante convenzione che regola le modalità di utilizzo di risorse umane, stru-



mentali e finanziarie, i comuni e le loro unioni possono avvalersi di strutture della città metropolitana, e viceversa, per l'esercizio di specifiche funzioni ovvero i comuni e le loro unioni possono delegare il predetto esercizio a strutture della città metropolitana, e viceversa, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

c) può prevedere, anche su proposta della regione e comunque d'intesa con la medesima, la costituzione di zone omogenee, per specifiche funzioni e tenendo conto delle specificità territoriali, con organismi di coordinamento collegati agli organi della città metropolitana, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La mancata intesa può essere superata con decisione della conferenza metropolitana a maggioranza dei due terzi dei componenti;

d) regola le modalità in base alle quali i comuni non compresi nel territorio metropolitano possono istituire accordi con la città metropolitana.

12. Le città metropolitane di cui al comma 5, primo periodo, salvo quanto previsto dal comma 18 per la città metropolitana di Reggio Calabria, e ai commi da 101 a 103 sono costituite alla data di entrata in vigore della presente legge nel territorio delle province omonime.

13. Il sindaco del comune capoluogo indice le elezioni per una conferenza statutaria per la redazione di una proposta di statuto della città metropolitana. La conferenza è costituita con un numero di componenti pari a quanto previsto dal comma 20, per il consiglio metropolitano, ed è eletta in conformità alle disposizioni di cui ai commi da 25 a 39. Le liste sono presentate presso l'amministrazione provinciale il quinto giorno antecedente la data delle elezioni. La conferenza è presieduta dal sindaco del comune capoluogo. La conferenza termina i suoi lavori il 30 settembre 2014 trasmettendo al consiglio metropolitano la proposta di statuto.

14. In deroga alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 325, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, il presidente della provincia e la giunta provinciale, in carica alla data di entrata in vigore della presente legge, restano in carica, a titolo gratuito, fino al 31 dicembre 2014 per l'ordinaria amministrazione, comunque nei limiti di quanto disposto per la gestione provvisoria degli enti locali dall'articolo 163, comma 2, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e successive modificazioni, di seguito denominato «testo unico», e per gli atti urgenti e improrogabili; il presidente assume fino a tale data anche le funzioni del consiglio provinciale. Ove alla data di entrata in vigore della presente legge la provincia sia commissariata, il commissariamento è prorogato fino al 31 dicembre 2014. Alle funzioni della provincia si applicano le disposizioni di riordino di cui ai commi da 85 a 97.

15. Entro il 30 settembre 2014 si svolgono le elezioni del consiglio metropolitano, indette dal sindaco del comune capoluogo, e si insediano il consiglio metropolitano e la conferenza metropolitana. Entro il 31 dicembre 2014 il consiglio metropolitano approva lo statuto.

16. Il 1° gennaio 2015 le città metropolitane subentrano alle province omonime e succedono ad esse in tutti i rapporti attivi e passivi e ne esercitano le funzioni, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e degli obiettivi del

patto di stabilità interno; alla predetta data il sindaco del comune capoluogo assume le funzioni di sindaco metropolitano e la città metropolitana opera con il proprio statuto e i propri organi, assumendo anche le funzioni proprie di cui ai commi da 44 a 46. Ove alla predetta data non sia approvato lo statuto della città metropolitana, si applica lo statuto della provincia. Le disposizioni dello statuto della provincia relative al presidente della provincia e alla giunta provinciale si applicano al sindaco metropolitano; le disposizioni relative al consiglio provinciale si applicano al consiglio metropolitano.

17. In caso di mancata approvazione dello statuto entro il 30 giugno 2015 si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

18. La città metropolitana di Reggio Calabria è costituita, con le procedure di cui ai commi da 12 a 17, alla scadenza naturale degli organi della provincia ovvero comunque entro trenta giorni dalla decadenza o scioglimento anticipato dei medesimi organi e, comunque, non entra in funzione prima del rinnovo degli organi del comune di Reggio Calabria. I termini di cui ai commi da 12 a 17 sono conseguentemente rideterminati sostituendo la predetta data di costituzione della città metropolitana a quella di entrata in vigore della presente legge. In ogni caso il termine del 30 settembre 2014 è sostituito dal centottantesimo giorno dalla predetta data di costituzione. I termini del 31 dicembre 2014 e del 1° gennaio 2015 sono sostituiti dal duecentoquarantesimo giorno dalla scadenza degli organi provinciali. Il termine del 30 giugno 2015 è sostituito dal trecentosessantacinquesimo giorno dalla scadenza degli organi provinciali.

19. Il sindaco metropolitano è di diritto il sindaco del comune capoluogo.

20. Il consiglio metropolitano è composto dal sindaco metropolitano e da:

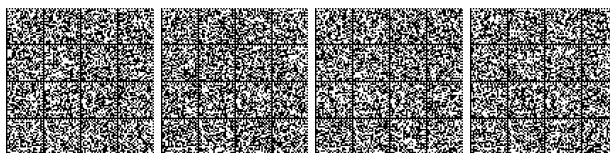
a) ventiquattro consiglieri nelle città metropolitane con popolazione residente superiore a 3 milioni di abitanti;

b) diciotto consiglieri nelle città metropolitane con popolazione residente superiore a 800.000 e inferiore o pari a 3 milioni di abitanti;

c) quattordici consiglieri nelle altre città metropolitane.

21. Il consiglio metropolitano dura in carica cinque anni. In caso di rinnovo del consiglio del comune capoluogo, si procede a nuove elezioni del consiglio metropolitano entro sessanta giorni dalla proclamazione del sindaco del comune capoluogo.

22. Lo statuto della città metropolitana può prevedere l'elezione diretta del sindaco e del consiglio metropolitano con il sistema elettorale che sarà determinato con legge statale. È inoltre condizione necessaria, affinché si possa far luogo a elezione del sindaco e del consiglio metropolitano a suffragio universale, che entro la data di indizione delle elezioni si sia proceduto ad articolare il territorio del comune capoluogo in più comuni. A tal fine il comune capoluogo deve proporre la predetta articolazione territoriale, con deliberazione del consiglio comunale, adottata secondo la procedura prevista dall'artico-



lo 6, comma 4, del testo unico. La proposta del consiglio comunale deve essere sottoposta a *referendum* tra tutti i cittadini della città metropolitana, da effettuare sulla base delle rispettive leggi regionali, e deve essere approvata dalla maggioranza dei partecipanti al voto. È altresì necessario che la regione abbia provveduto con propria legge all'istituzione dei nuovi comuni e alla loro denominazione ai sensi dell'articolo 133 della Costituzione. In alternativa a quanto previsto dai periodi precedenti, per le sole città metropolitane con popolazione superiore a tre milioni di abitanti, è condizione necessaria, affinché si possa far luogo ad elezione del sindaco e del consiglio metropolitano a suffragio universale, che lo statuto della città metropolitana preveda la costituzione di zone omogenee, ai sensi del comma 11, lettera c), e che il comune capoluogo abbia realizzato la ripartizione del proprio territorio in zone dotate di autonomia amministrativa, in coerenza con lo statuto della città metropolitana.

23. Al testo unico sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 60, comma 1:

1) all'alea, dopo le parole: «consigliere comunale,» sono inserite le seguenti: «consigliere metropolitano,»;

2) il numero 12) è sostituito dal seguente:

«12) i sindaci, presidenti di provincia, consiglieri metropolitani, consiglieri comunali, provinciali o circoscrizionali in carica, rispettivamente, in altro comune, città metropolitana, provincia o circoscrizione»;

b) all'articolo 63, comma 1, alea, dopo le parole: «consigliere comunale,» sono inserite le seguenti: «consigliere metropolitano,»;

c) l'articolo 65 è sostituito dal seguente:

«Art. 65 (*Incompatibilità per consigliere regionale, comunale e circoscrizionale*). — 1. Le cariche di presidente provinciale, nonché di sindaco e di assessore dei comuni compresi nel territorio della regione, sono incompatibili con la carica di consigliere regionale.

2. Le cariche di consigliere comunale e circoscrizionale sono incompatibili, rispettivamente, con quelle di consigliere comunale di altro comune e di consigliere circoscrizionale di altra circoscrizione, anche di altro comune.

3. La carica di consigliere comunale è incompatibile con quella di consigliere di una circoscrizione dello stesso o di altro comune».

24. L'incarico di sindaco metropolitano, di consigliere metropolitano e di componente della conferenza metropolitana, anche con riferimento agli organi di cui ai commi da 12 a 18 è esercitato a titolo gratuito.

25. Il consiglio metropolitano è eletto dai sindaci e dai consiglieri comunali dei comuni della città metropolitana. Sono eleggibili a consigliere metropolitano i sindaci e i consiglieri comunali in carica. La cessazione dalla carica comunale comporta la decadenza da consigliere metropolitano.

26. L'elezione avviene sulla base di liste concorrenti, composte da un numero di candidati non inferiore alla metà dei consiglieri da eleggere, sottoscritte da almeno il 5 per cento degli aventi diritto al voto.

27. Nelle liste nessuno dei due sessi può essere rappresentato in misura superiore al 60 per cento del numero dei candidati, con arrotondamento all'unità superiore qualora il numero dei candidati del sesso meno rappresentato contenga una cifra decimale inferiore a 50 centesimi. In caso contrario, l'ufficio elettorale di cui al comma 29 riduce la lista, cancellando i nomi dei candidati appartenenti al sesso più rappresentato, procedendo dall'ultimo della lista, in modo da assicurare il rispetto della disposizione di cui al primo periodo. La lista che, all'esito della cancellazione delle candidature eccedenti, contenga un numero di candidati inferiore a quello minimo prescritto dal comma 26 è inammissibile.

28. Nei primi cinque anni dalla data di entrata in vigore della legge 23 novembre 2012, n. 215, non si applica il comma 27.

29. Le liste sono presentate presso l'ufficio elettorale appositamente costituito presso gli uffici del consiglio metropolitano e, in sede di prima applicazione, presso l'amministrazione provinciale dalle ore otto del ventunesimo giorno alle ore dodici del ventesimo giorno antecedente la votazione.

30. Il consiglio metropolitano è eletto con voto diretto, libero e segreto, attribuito a liste di candidati concorrenti in un unico collegio elettorale corrispondente al territorio della città metropolitana. L'elezione avviene in unica giornata presso l'ufficio elettorale di cui al comma 29.

31. Le schede di votazione sono fornite a cura dell'ufficio elettorale di cui al comma 29 in colori diversi a seconda della dimensione del comune di appartenenza degli aventi diritto al voto, secondo le fasce di popolazione stabilite ai sensi del comma 33. Agli aventi diritto è consegnata la scheda del colore relativo al comune in cui sono in carica.

32. Ciascun elettore esprime un voto che viene ponderato sulla base di un indice determinato in relazione alla popolazione complessiva della fascia demografica del comune di cui è sindaco o consigliere, determinata ai sensi del comma 33.

33. Ai fini delle elezioni, i comuni della città metropolitana sono ripartiti nelle seguenti fasce:

a) comuni con popolazione fino a 3.000 abitanti;

b) comuni con popolazione superiore a 3.000 e fino a 5.000 abitanti;

c) comuni con popolazione superiore a 5.000 e fino a 10.000 abitanti;

d) comuni con popolazione superiore a 10.000 e fino a 30.000 abitanti;

e) comuni con popolazione superiore a 30.000 e fino a 100.000 abitanti;

f) comuni con popolazione superiore a 100.000 e fino a 250.000 abitanti;

g) comuni con popolazione superiore a 250.000 e fino a 500.000 abitanti;

h) comuni con popolazione superiore a 500.000 e fino a 1.000.000 di abitanti;

i) comuni con popolazione superiore a 1.000.000 di abitanti.



34. L'indice di ponderazione per ciascuna delle fasce demografiche dei comuni appartenenti alla città metropolitana è determinato secondo le modalità, le operazioni e i limiti indicati nell'allegato A annesso alla presente legge.

35. Ciascun elettore può esprimere, inoltre, nell'apposita riga della scheda, un voto di preferenza per un candidato alla carica di consigliere metropolitano compreso nella lista, scrivendone il cognome o, in caso di omonimia, il nome e il cognome, il cui valore è ponderato ai sensi del comma 34.

36. La cifra elettorale di ciascuna lista è costituita dalla somma dei voti ponderati validi riportati da ciascuna di esse. Per l'assegnazione del numero dei consiglieri a ciascuna lista si divide la cifra elettorale di ciascuna lista successivamente per 1, 2, 3, 4 ... fino a concorrenza del numero dei consiglieri da eleggere; quindi si scelgono, tra i quozienti così ottenuti, quelli più alti, in numero eguale a quello dei consiglieri da eleggere, disponendoli in una graduatoria decrescente. Ciascuna lista consegue tanti rappresentanti eletti quanti sono i quozienti a essa appartenenti compresi nella graduatoria. A parità di quoziente, nelle cifre intere e decimali, il posto è attribuito alla lista che ha ottenuto la maggiore cifra elettorale e, a parità di quest'ultima, per sorteggio.

37. L'ufficio elettorale, costituito ai sensi del comma 29, terminate le operazioni di scrutinio:

- a) determina la cifra elettorale ponderata di ciascuna lista;
- b) determina la cifra individuale ponderata dei singoli candidati sulla base dei voti di preferenza ponderati;
- c) procede al riparto dei seggi tra le liste e alle relative proclamazioni.

38. A parità di cifra individuale ponderata, è proclamato eletto il candidato appartenente al sesso meno rappresentato tra gli eletti della lista; in caso di ulteriore parità, è proclamato eletto il candidato più giovane.

39. I seggi che rimangono vacanti per qualunque causa, ivi compresa la cessazione dalla carica di sindaco o di consigliere di un comune della città metropolitana, sono attribuiti ai candidati che, nella medesima lista, hanno ottenuto la maggiore cifra individuale ponderata. Non si considera cessato dalla carica il consigliere eletto o rieletto sindaco o consigliere in un comune della città metropolitana.

40. Il sindaco metropolitano può nominare un vicesindaco, scelto tra i consiglieri metropolitani, stabilendo le eventuali funzioni a lui delegate e dandone immediata comunicazione al consiglio. Il vicesindaco esercita le funzioni del sindaco in ogni caso in cui questi ne sia impedito. Qualora il sindaco metropolitano cessi dalla carica per cessazione dalla titolarità dell'incarico di sindaco del proprio comune, il vicesindaco rimane in carica fino all'insediamento del nuovo sindaco metropolitano.

41. Il sindaco metropolitano può altresì assegnare deleghe a consiglieri metropolitani, nel rispetto del principio di collegialità, secondo le modalità e nei limiti stabiliti dallo statuto.

42. La conferenza metropolitana è composta dal sindaco metropolitano, che la convoca e la presiede, e dai sindaci dei comuni appartenenti alla città metropolitana.

43. Lo statuto determina le maggioranze per le deliberazioni della conferenza metropolitana, fatto salvo quanto previsto dai commi da 5 a 11.

44. A valere sulle risorse proprie e trasferite, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e comunque nel rispetto dei vincoli del patto di stabilità interno, alla città metropolitana sono attribuite le funzioni fondamentali delle province e quelle attribuite alla città metropolitana nell'ambito del processo di riordino delle funzioni delle province ai sensi dei commi da 85 a 97 del presente articolo, nonché, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione, le seguenti funzioni fondamentali:

a) adozione e aggiornamento annuale di un piano strategico triennale del territorio metropolitano, che costituisce atto di indirizzo per l'ente e per l'esercizio delle funzioni dei comuni e delle unioni di comuni compresi nel predetto territorio, anche in relazione all'esercizio di funzioni delegate o assegnate dalle regioni, nel rispetto delle leggi delle regioni nelle materie di loro competenza;

b) pianificazione territoriale generale, ivi comprese le strutture di comunicazione, le reti di servizi e delle infrastrutture appartenenti alla competenza della comunità metropolitana, anche fissando vincoli e obiettivi all'attività e all'esercizio delle funzioni dei comuni compresi nel territorio metropolitano;

c) strutturazione di sistemi coordinati di gestione dei servizi pubblici, organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale di ambito metropolitano. D'intesa con i comuni interessati la città metropolitana può esercitare le funzioni di predisposizione dei documenti di gara, di stazione appaltante, di monitoraggio dei contratti di servizio e di organizzazione di concorsi e procedure selettive;

d) mobilità e viabilità, anche assicurando la compatibilità e la coerenza della pianificazione urbanistica comunale nell'ambito metropolitano;

e) promozione e coordinamento dello sviluppo economico e sociale, anche assicurando sostegno e supporto alle attività economiche e di ricerca innovative e coerenti con la vocazione della città metropolitana come delineata nel piano strategico del territorio di cui alla lettera a);

f) promozione e coordinamento dei sistemi di informatizzazione e di digitalizzazione in ambito metropolitano.

45. Restano comunque ferme le funzioni spettanti allo Stato e alle regioni nelle materie di cui all'articolo 117 della Costituzione, nonché l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 118 della Costituzione.

46. Lo Stato e le regioni, ciascuno per le proprie competenze, possono attribuire ulteriori funzioni alle città metropolitane in attuazione dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza di cui al primo comma dell'articolo 118 della Costituzione.

47. Spettano alla città metropolitana il patrimonio, il personale e le risorse strumentali della provincia a cui ciascuna città metropolitana succede a titolo universale in tutti i rapporti attivi e passivi, ivi comprese le entrate provinciali, all'atto del subentro alla provincia. Il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili è esente da oneri fiscali.



48. Al personale delle città metropolitane si applicano le disposizioni vigenti per il personale delle province; il personale trasferito dalle province mantiene, fino al prossimo contratto, il trattamento economico in godimento.

49. In considerazione della necessità di garantire il tempestivo adempimento degli obblighi internazionali già assunti dal Governo, nonché dell'interesse regionale concorrente con il preminente interesse nazionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la regione Lombardia, anche mediante società dalla stessa controllate, subentra in tutte le partecipazioni azionarie di controllo detenute dalla provincia di Milano nelle società che operano direttamente o per tramite di società controllate o partecipate nella realizzazione e gestione di infrastrutture comunque connesse all'esposizione universale denominata Expo 2015. Entro quaranta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite con decreto del Ministro per gli affari regionali, da adottare di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze e delle infrastrutture e dei trasporti, le direttive e le disposizioni esecutive necessarie a disciplinare il trasferimento, in esenzione fiscale, alla regione Lombardia delle partecipazioni azionarie di cui al precedente periodo. Alla data del 31 ottobre 2015 le predette partecipazioni sono trasferite in regime di esenzione fiscale alla città metropolitana.

50. Alle città metropolitane si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni in materia di comuni di cui al testo unico, nonché le norme di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

51. In attesa della riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione e delle relative norme di attuazione, le province sono disciplinate dalla presente legge.

52. Restano comunque ferme le funzioni delle regioni nelle materie di cui all'articolo 117, commi terzo e quarto, della Costituzione, e le funzioni esercitate ai sensi dell'articolo 118 della Costituzione. Le regioni riconoscono alle province di cui al comma 3, secondo periodo, forme particolari di autonomia nelle materie di cui al predetto articolo 117, commi terzo e quarto, della Costituzione.

53. Le norme di cui ai commi da 51 a 100 non si applicano alle province autonome di Trento e di Bolzano e alla regione Valle d'Aosta.

54. Sono organi delle province di cui ai commi da 51 a 53 esclusivamente:

- a) il presidente della provincia;
- b) il consiglio provinciale;
- c) l'assemblea dei sindaci.

55. Il presidente della provincia rappresenta l'ente, convoca e presiede il consiglio provinciale e l'assemblea dei sindaci, sovrintende al funzionamento dei servizi e degli uffici e all'esecuzione degli atti; esercita le altre funzioni attribuite dallo statuto. Il consiglio è l'organo di indirizzo e controllo, propone all'assemblea lo statuto, approva regolamenti, piani, programmi; approva o adotta ogni altro atto ad esso sottoposto dal presidente della provincia; esercita le altre funzioni attribuite dallo statuto. Su proposta del presidente della provincia il consiglio adotta gli schemi di bilancio da sottoporre al parere dell'assem-

blea dei sindaci. A seguito del parere espresso dall'assemblea dei sindaci con i voti che rappresentino almeno un terzo dei comuni compresi nella provincia e la maggioranza della popolazione complessivamente residente, il consiglio approva in via definitiva i bilanci dell'ente. L'assemblea dei sindaci ha poteri propositivi, consultivi e di controllo secondo quanto disposto dallo statuto. L'assemblea dei sindaci adotta o respinge lo statuto proposto dal consiglio e le sue successive modificazioni con i voti che rappresentino almeno un terzo dei comuni compresi nella provincia e la maggioranza della popolazione complessivamente residente.

56. L'assemblea dei sindaci è costituita dai sindaci dei comuni appartenenti alla provincia.

57. Gli statuti delle province di cui al comma 3, secondo periodo, possono prevedere, d'intesa con la regione, la costituzione di zone omogenee per specifiche funzioni, con organismi di coordinamento collegati agli organi provinciali senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

58. Il presidente della provincia è eletto dai sindaci e dai consiglieri dei comuni della provincia.

59. Il presidente della provincia dura in carica quattro anni.

60. Sono eleggibili a presidente della provincia i sindaci della provincia, il cui mandato scada non prima di diciotto mesi dalla data di svolgimento delle elezioni.

61. L'elezione avviene sulla base di presentazione di candidature, sottoscritte da almeno il 15 per cento degli aventi diritto al voto. Le candidature sono presentate presso l'ufficio elettorale appositamente costituito presso la sede della provincia dalle ore otto del ventunesimo giorno alle ore dodici del ventesimo giorno antecedente la votazione.

62. Il presidente della provincia è eletto con voto diretto, libero e segreto. L'elezione avviene in unica giornata presso un unico seggio elettorale costituito presso l'ufficio elettorale di cui al comma 61 dalle ore otto alle ore venti. Le schede di votazione sono fornite a cura dell'ufficio elettorale.

63. Ciascun elettore vota per un solo candidato alla carica di presidente della provincia. Il voto è ponderato ai sensi dei commi 33 e 34.

64. È eletto presidente della provincia il candidato che consegue il maggior numero di voti, sulla base della ponderazione di cui ai commi 33 e 34. In caso di parità di voti, è eletto il candidato più giovane.

65. Il presidente della provincia decade dalla carica in caso di cessazione dalla carica di sindaco.

66. Il presidente della provincia può nominare un vicepresidente, scelto tra i consiglieri provinciali, stabilendo le eventuali funzioni a lui delegate e dandone immediata comunicazione al consiglio. Il vicepresidente esercita le funzioni del presidente in ogni caso in cui questi ne sia impedito. Il presidente può altresì assegnare deleghe a consiglieri provinciali, nel rispetto del principio di collegialità, secondo le modalità e nei limiti stabiliti dallo statuto.



67. Il consiglio provinciale è composto dal presidente della provincia e da sedici componenti nelle province con popolazione superiore a 700.000 abitanti, da dodici componenti nelle province con popolazione da 300.000 a 700.000 abitanti, da dieci componenti nelle province con popolazione fino a 300.000 abitanti.

68. Il consiglio provinciale dura in carica due anni.

69. Il consiglio provinciale è eletto dai sindaci e dai consiglieri comunali dei comuni della provincia. Sono eleggibili a consigliere provinciale i sindaci e i consiglieri comunali in carica. La cessazione dalla carica comunale comporta la decadenza da consigliere provinciale.

70. L'elezione avviene sulla base di liste, composte da un numero di candidati non superiore al numero dei consiglieri da eleggere e non inferiore alla metà degli stessi, sottoscritte da almeno il 5 per cento degli aventi diritto al voto.

71. Nelle liste nessuno dei due sessi può essere rappresentato in misura superiore al 60 per cento del numero dei candidati, con arrotondamento all'unità superiore qualora il numero dei candidati del sesso meno rappresentato contenga una cifra decimale inferiore a 50 centesimi. In caso contrario, l'ufficio elettorale riduce la lista, cancellando i nomi dei candidati appartenenti al sesso più rappresentato, procedendo dall'ultimo della lista, in modo da assicurare il rispetto della disposizione di cui al primo periodo. La lista che, all'esito della cancellazione delle candidature eccedenti, contenga un numero di candidati inferiore a quello minimo prescritto dal comma 70 è inammissibile.

72. Nei primi cinque anni dalla data di entrata in vigore della legge 23 novembre 2012, n. 215, non si applica il comma 71.

73. Le liste sono presentate presso l'ufficio elettorale di cui al comma 61 dalle ore otto del ventunesimo giorno alle ore dodici del ventesimo giorno antecedente la votazione.

74. Il consiglio provinciale è eletto con voto diretto, libero e segreto, attribuito ai singoli candidati all'interno delle liste, in un unico collegio elettorale corrispondente al territorio della provincia. L'elezione avviene in unica giornata presso l'ufficio elettorale di cui al comma 61.

75. Le schede di votazione sono fornite a cura dell'ufficio elettorale di cui al comma 61 in colori diversi a seconda della fascia demografica del comune di appartenenza degli aventi diritto al voto, secondo le fasce di popolazione stabilite ai sensi del comma 33. Agli aventi diritto è consegnata la scheda del colore relativo al comune in cui sono in carica.

76. Ciascun elettore esprime un solo voto per uno dei candidati, che viene ponderato ai sensi dei commi 32, 33 e 34.

77. L'ufficio elettorale, terminate le operazioni di scrutinio, determina la cifra individuale ponderata dei singoli candidati sulla base dei voti espressi e proclama eletti i candidati che conseguono la maggiore cifra individuale ponderata. A parità di cifra individuale ponderata, è proclamato eletto il candidato appartenente al sesso meno rappresentato tra gli eletti; in caso di ulteriore parità, è proclamato eletto il candidato più giovane.

78. I seggi che rimangono vacanti per qualunque causa, ivi compresa la cessazione dalla carica di sindaco o di consigliere di un comune della provincia, sono attribuiti ai candidati che, nella medesima lista, hanno ottenuto la maggiore cifra individuale ponderata. Non si considera cessato dalla carica il consigliere eletto o rieletto sindaco o consigliere in un comune della provincia.

79. In sede di prima applicazione della presente legge, l'elezione ai sensi dei commi da 67 a 78 del consiglio provinciale, presieduto dal presidente della provincia o dal commissario, è indetta:

a) entro il 30 settembre 2014 per le province i cui organi scadono per fine mandato nel 2014;

b) successivamente a quanto previsto alla lettera a), entro trenta giorni dalla scadenza per fine del mandato ovvero dalla decadenza o scioglimento anticipato degli organi provinciali.

80. Per le elezioni di cui al comma 79, sono eleggibili anche i consiglieri provinciali uscenti.

81. Nel caso di cui al comma 79, lettera a), il consiglio provinciale eletto ai sensi dei commi da 67 a 78 svolge fino al 31 dicembre 2014 le funzioni relative ad atti preparatori e alle modifiche statutarie conseguenti alla presente legge; l'assemblea dei sindaci, su proposta del consiglio provinciale, approva le predette modifiche entro il 31 dicembre 2014. Entro la medesima data, si procede quindi all'elezione del presidente ai sensi dei commi da 58 a 65. Per le prime elezioni di cui al precedente periodo sono eleggibili anche i consiglieri provinciali uscenti. In caso di mancata approvazione delle modifiche statutarie entro il 30 giugno 2015 si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

82. Nel caso di cui al comma 79, lettera a), in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 325, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, il presidente della provincia in carica alla data di entrata in vigore della presente legge ovvero, qualora la provincia sia commissariata, il commissario, assumendo anche le funzioni del consiglio provinciale, nonché la giunta provinciale, restano in carica a titolo gratuito per l'ordinaria amministrazione, comunque nei limiti di quanto disposto per la gestione provvisoria degli enti locali dall'articolo 163, comma 2, del testo unico, e per gli atti urgenti e indifferibili, fino all'insediamento del presidente della provincia eletto ai sensi dei commi da 58 a 65 e comunque non oltre il 31 dicembre 2014.

83. Nel caso di cui al comma 79, lettera b), l'assemblea dei sindaci approva le modifiche statutarie conseguenti alla presente legge entro sei mesi dall'insediamento del consiglio provinciale. In caso di mancata approvazione delle modifiche statutarie entro la predetta data si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

84. Gli incarichi di presidente della provincia, di consigliere provinciale e di componente dell'assemblea dei sindaci sono esercitati a titolo gratuito.



85. Le province di cui ai commi da 51 a 53, quali enti con funzioni di area vasta, esercitano le seguenti funzioni fondamentali:

a) pianificazione territoriale provinciale di coordinamento, nonché tutela e valorizzazione dell'ambiente, per gli aspetti di competenza;

b) pianificazione dei servizi di trasporto in ambito provinciale, autorizzazione e controllo in materia di trasporto privato, in coerenza con la programmazione regionale, nonché costruzione e gestione delle strade provinciali e regolazione della circolazione stradale ad esse inerente;

c) programmazione provinciale della rete scolastica, nel rispetto della programmazione regionale;

d) raccolta ed elaborazione di dati, assistenza tecnico-amministrativa agli enti locali;

e) gestione dell'edilizia scolastica;

f) controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio provinciale.

86. Le province di cui al comma 3, secondo periodo, esercitano altresì le seguenti ulteriori funzioni fondamentali:

a) cura dello sviluppo strategico del territorio e gestione di servizi in forma associata in base alle specificità del territorio medesimo;

b) cura delle relazioni istituzionali con province, province autonome, regioni, regioni a statuto speciale ed enti territoriali di altri Stati, con esse confinanti e il cui territorio abbia caratteristiche montane, anche stipulando accordi e convenzioni con gli enti predetti.

87. Le funzioni fondamentali di cui al comma 85 sono esercitate nei limiti e secondo le modalità stabilite dalla legislazione statale e regionale di settore, secondo la rispettiva competenza per materia ai sensi dell'articolo 117, commi secondo, terzo e quarto, della Costituzione.

88. La provincia può altresì, d'intesa con i comuni, esercitare le funzioni di predisposizione dei documenti di gara, di stazione appaltante, di monitoraggio dei contratti di servizio e di organizzazione di concorsi e procedure selettive.

89. Fermo restando quanto disposto dal comma 88, lo Stato e le regioni, secondo le rispettive competenze, attribuiscono le funzioni provinciali diverse da quelle di cui al comma 85, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione, nonché al fine di conseguire le seguenti finalità: individuazione dell'ambito territoriale ottimale di esercizio per ciascuna funzione; efficacia nello svolgimento delle funzioni fondamentali da parte dei comuni e delle unioni di comuni; sussistenza di riconosciute esigenze unitarie; adozione di forme di avvalimento e deleghe di esercizio tra gli enti territoriali coinvolti nel processo di riordino, mediante intese o convenzioni. Sono altresì valorizzate forme di esercizio associato di funzioni da parte di più enti locali, nonché le autonomie funzionali. Le funzioni che nell'ambito del processo di riordino sono trasferite dalle province ad altri enti territoriali continuano ad essere da esse esercitate fino alla data dell'effettivo avvio di esercizio da parte dell'ente subentrante; tale data è determinata nel decreto del Presidente del Consiglio dei

ministri di cui al comma 92 per le funzioni di competenza statale ovvero è stabilita dalla regione ai sensi del comma 95 per le funzioni di competenza regionale.

90. Nello specifico caso in cui disposizioni normative statali o regionali di settore riguardanti servizi di rilevanza economica prevedano l'attribuzione di funzioni di organizzazione dei predetti servizi, di competenza comunale o provinciale, ad enti o agenzie in ambito provinciale o sub-provinciale, si applicano le seguenti disposizioni, che costituiscono principi fondamentali della materia e principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione:

a) il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 92 ovvero le leggi statali o regionali, secondo le rispettive competenze, prevedono la soppressione di tali enti o agenzie e l'attribuzione delle funzioni alle province nel nuovo assetto istituzionale, con tempi, modalità e forme di coordinamento con regioni e comuni, da determinare nell'ambito del processo di riordino di cui ai commi da 85 a 97, secondo i principi di adeguatezza e sussidiarietà, anche valorizzando, ove possibile, le autonomie funzionali;

b) per le regioni che approvano le leggi che riorganizzano le funzioni di cui al presente comma, prevedendo la soppressione di uno o più enti o agenzie, sono individuate misure premiali con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per gli affari regionali, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

91. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, lo Stato e le regioni individuano in modo puntuale, mediante accordo sancito nella Conferenza unificata, le funzioni di cui al comma 89 oggetto del riordino e le relative competenze.

92. Entro il medesimo termine di cui al comma 91 e nel rispetto di quanto previsto dal comma 96, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'interno e del Ministro per gli affari regionali, di concerto con i Ministri per la semplificazione e la pubblica amministrazione e dell'economia e delle finanze, sono stabiliti, previa intesa in sede di Conferenza unificata, i criteri generali per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative connesse all'esercizio delle funzioni che devono essere trasferite, ai sensi dei commi da 85 a 97, dalle province agli enti subentranti, garantendo i rapporti di lavoro a tempo indeterminato in corso, nonché quelli a tempo determinato in corso fino alla scadenza per essi prevista. In particolare, sono considerate le risorse finanziarie, già spettanti alle province ai sensi dell'articolo 119 della Costituzione, che devono essere trasferite agli enti subentranti per l'esercizio delle funzioni loro attribuite, dedotte quelle necessarie alle funzioni fondamentali e fatto salvo comunque quanto previsto dal comma 88. Sullo schema di decreto, per quanto attiene alle risorse umane, sono consultate le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dispone anche direttamente in ordine alle funzioni amministrative delle province in materie di competenza statale.



93. In caso di mancato raggiungimento dell'accordo di cui al comma 91 ovvero di mancato raggiungimento dell'intesa di cui al comma 92, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al medesimo comma 92 dispone comunque sulle funzioni amministrative delle province di competenza statale.

94. Al fine di tener conto degli effetti anche finanziari derivanti dal trasferimento dell'esercizio delle funzioni, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 92 possono essere modificati gli obiettivi del patto di stabilità interno e le facoltà di assumere delle province e degli enti subentranti, fermo restando l'obiettivo complessivo. L'attuazione della presente disposizione non deve determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

95. La regione, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, a dare attuazione all'accordo di cui al comma 91. Decorso il termine senza che la regione abbia provveduto, si applica l'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

96. Nei trasferimenti delle funzioni oggetto del riordino si applicano le seguenti disposizioni:

a) il personale trasferito mantiene la posizione giuridica ed economica, con riferimento alle voci del trattamento economico fondamentale e accessorio, in godimento all'atto del trasferimento, nonché l'anzianità di servizio maturata; le corrispondenti risorse sono trasferite all'ente destinatario; in particolare, quelle destinate a finanziare le voci fisse e variabili del trattamento accessorio, nonché la progressione economica orizzontale, secondo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali vigenti, vanno a costituire specifici fondi, destinati esclusivamente al personale trasferito, nell'ambito dei più generali fondi delle risorse decentrate del personale delle categorie e dirigenziale. I compensi di produttività, la retribuzione di risultato e le indennità accessorie del personale trasferito rimangono determinati negli importi goduti antecedentemente al trasferimento e non possono essere incrementati fino all'applicazione del contratto collettivo decentrato integrativo sottoscritto conseguentemente al primo contratto collettivo nazionale di lavoro stipulato dopo la data di entrata in vigore della presente legge;

b) il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili è esente da oneri fiscali; l'ente che subentra nei diritti relativi alle partecipazioni societarie attinenti alla funzione trasferita può provvedere alla dismissione con procedura semplificata stabilita con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze;

c) l'ente che subentra nella funzione succede anche nei rapporti attivi e passivi in corso, compreso il contenzioso; il trasferimento delle risorse tiene conto anche della passività; sono trasferite le risorse incassate relative a pagamenti non ancora effettuati, che rientrano nei rapporti trasferiti;

d) gli effetti derivanti dal trasferimento delle funzioni non rilevano, per gli enti subentranti, ai fini della disciplina sui limiti dell'indebitamento, nonché di ogni altra disposizione di legge che, per effetto del trasferimento, può determinare inadempimenti dell'ente subentrante, nell'ambito di variazioni compensative a livello regio-

nale ovvero tra livelli regionali o locali e livello statale, secondo modalità individuate con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per gli affari regionali, sentita la Conferenza unificata, che stabilisce anche idonei strumenti di monitoraggio.

97. Il Governo è delegato ad adottare, entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 92, uno o più decreti legislativi, previo parere della Conferenza unificata, della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica e delle Commissioni parlamentari competenti per materia, in materia di adeguamento della legislazione statale sulle funzioni e sulle competenze dello Stato e degli enti territoriali e di quella sulla finanza e sul patrimonio dei medesimi enti, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) salva la necessità di diversa attribuzione per esigenze di tutela dell'unità giuridica ed economica della Repubblica e in particolare dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, applicazione coordinata dei principi di riordino delle funzioni di cui alla presente legge e di quelli di cui agli articoli 1 e 2 e ai capi II, III, IV, V e VII della legge 5 maggio 2009, n. 42, e successive modificazioni, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

b) le risorse finanziarie, già spettanti alle province ai sensi dell'articolo 119 della Costituzione, dedotte quelle necessarie alle funzioni fondamentali e fatto salvo quanto previsto dai commi da 5 a 11, sono attribuite ai soggetti che subentrano nelle funzioni trasferite, in relazione ai rapporti attivi e passivi oggetto della successione, compresi i rapporti di lavoro e le altre spese di gestione.

98. Al commissario di cui all'articolo 141 del testo unico, e successive modificazioni, nonché ad eventuali sub-commissari si applica, per quanto compatibile, la disciplina di cui all'articolo 38, comma 1-bis, del decreto legislativo 8 luglio 1999, n. 270, nonché quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro dello sviluppo economico 10 aprile 2013, n. 60, in materia di professionalità e onorabilità dei commissari giudiziari e straordinari delle procedure di amministrazione straordinaria delle grandi imprese in crisi. Nei confronti degli stessi soggetti si applicano, altresì, le disposizioni del testo unico di cui al decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235.

99. I prefetti, nella nomina dei sub-commissari a supporto dei commissari straordinari dell'ente provincia, sono tenuti ad avvalersi di dirigenti o funzionari del comune capoluogo, senza oneri aggiuntivi.

100. In applicazione di quanto previsto dal comma 99, gli eventuali sub-commissari nominati in base a criteri diversi decadono alla data di entrata in vigore della presente legge.

101. Salvo quanto previsto dai commi 102 e 103, la città metropolitana di Roma capitale è disciplinata dalle norme relative alle città metropolitane di cui alla presente legge.

102. Le disposizioni dei decreti legislativi 17 settembre 2010, n. 156, 18 aprile 2012, n. 61, e 26 aprile 2013, n. 51, restano riferite a Roma capitale, come definita dall'articolo 24, comma 2, della legge 5 maggio 2009, n. 42.



103. Lo statuto della città metropolitana di Roma capitale, con le modalità previste al comma 11, disciplina i rapporti tra la città metropolitana, il comune di Roma capitale e gli altri comuni, garantendo il migliore assetto delle funzioni che Roma è chiamata a svolgere quale sede degli organi costituzionali nonché delle rappresentanze diplomatiche degli Stati esteri, ivi presenti, presso la Repubblica italiana, presso lo Stato della Città del Vaticano e presso le istituzioni internazionali.

104. I commi 4, 5 e 6 dell'articolo 19 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e i commi da 1 a 13 dell'articolo 16 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, e successive modificazioni, sono abrogati.

105. All'articolo 32 del testo unico, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il terzo periodo del comma 3 è sostituito dal seguente: «Il consiglio è composto da un numero di consiglieri definito nello statuto, eletti dai singoli consigli dei comuni associati tra i propri componenti, garantendo la rappresentanza delle minoranze e assicurando la rappresentanza di ogni comune»;

b) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. L'unione ha potestà statutaria e regolamentare e ad essa si applicano, in quanto compatibili e non derogati con le disposizioni della legge recante disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni, i principi previsti per l'ordinamento dei comuni, con particolare riguardo allo *status* degli amministratori, all'ordinamento finanziario e contabile, al personale e all'organizzazione. Lo statuto dell'unione stabilisce le modalità di funzionamento degli organi e ne disciplina i rapporti. In fase di prima istituzione lo statuto dell'unione è approvato dai consigli dei comuni partecipanti e le successive modifiche sono approvate dal consiglio dell'unione»;

c) dopo il comma 5-*bis* è inserito il seguente:

«5-*ter*. Il presidente dell'unione di comuni si avvale del segretario di un comune facente parte dell'unione, senza che ciò comporti l'erogazione di ulteriori indennità e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Sono fatti salvi gli incarichi per le funzioni di segretario già affidati ai dipendenti delle unioni o dei comuni anche ai sensi del comma 557 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Ai segretari delle unioni di comuni si applicano le disposizioni dell'articolo 8 della legge 23 marzo 1981, n. 93, e successive modificazioni».

106. Per quanto non previsto dai commi 3, 4 e 5-*ter* dell'articolo 32 del testo unico, come modificati dal comma 105, lo statuto dell'unione di comuni deve altresì rispettare i principi di organizzazione e di funzionamento e le soglie demografiche minime eventualmente disposti con legge regionale e assicurare la coerenza con gli ambienti territoriali dalle medesime previsti.

107. All'articolo 14 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 28-*bis* è sostituito dal seguente:

«28-*bis*. Per le unioni di cui al comma 28 si applica l'articolo 32 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e successive modificazioni»;

b) il comma 31 è sostituito dal seguente:

«31. Il limite demografico minimo delle unioni e delle convenzioni di cui al presente articolo è fissato in 10.000 abitanti, ovvero in 3.000 abitanti se i comuni appartengono o sono appartenuti a comunità montane, fermo restando che, in tal caso, le unioni devono essere formate da almeno tre comuni, e salvi il diverso limite demografico ed eventuali deroghe in ragione di particolari condizioni territoriali, individuati dalla regione. Il limite non si applica alle unioni di comuni già costituite».

108. Tutte le cariche nell'unione sono esercitate a titolo gratuito.

109. Per il primo mandato amministrativo, agli amministratori del nuovo comune nato dalla fusione di più comuni cui hanno preso parte comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti e agli amministratori delle unioni di comuni comprendenti comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti si applicano le disposizioni in materia di ineleggibilità, incandidabilità, inconferibilità e incompatibilità previste dalla legge per i comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti.

110. Le seguenti attività possono essere svolte dalle unioni di comuni in forma associata anche per i comuni che le costituiscono, con le seguenti modalità:

a) le funzioni di responsabile anticorruzione sono svolte da un funzionario nominato dal presidente dell'unione tra i funzionari dell'unione e dei comuni che la compongono;

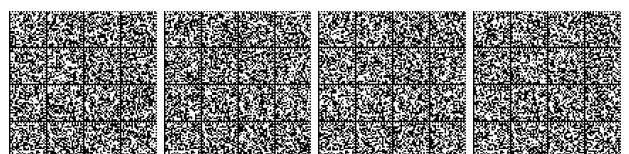
b) le funzioni di responsabile per la trasparenza sono svolte da un funzionario nominato dal presidente dell'unione tra i funzionari dell'unione e dei comuni che la compongono;

c) le funzioni dell'organo di revisione, per le unioni formate da comuni che complessivamente non superano 10.000 abitanti, sono svolte da un unico revisore e, per le unioni che superano tale limite, da un collegio di revisori;

d) le funzioni di competenza dell'organo di valutazione e di controllo di gestione sono attribuite dal presidente dell'unione, sulla base di apposito regolamento approvato dall'unione stessa.

111. Il presidente dell'unione di comuni, ove previsto dallo statuto, svolge le funzioni attribuite al sindaco dall'articolo 2 della legge 7 marzo 1986, n. 65, nel territorio dei comuni che hanno conferito all'unione la funzione fondamentale della polizia municipale.

112. Qualora i comuni appartenenti all'unione conferiscano all'unione la funzione della protezione civile, all'unione spettano l'approvazione e l'aggiornamento dei piani di emergenza di cui all'articolo 15, commi 3-*bis* e 3-*ter*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225, nonché le connesse attività di prevenzione e approvvigionamento, mentre i sindaci dei comuni restano titolari delle funzioni di cui all'articolo 15, comma 3, della predetta legge n. 225 del 1992.



113. Le disposizioni di cui all'articolo 57, comma 1, lettera b), del codice di procedura penale, e di cui all'articolo 5, comma 1, della legge 7 marzo 1986, n. 65, relative all'esercizio delle funzioni di polizia giudiziaria nell'ambito territoriale di appartenenza del personale della polizia municipale, si intendono riferite, in caso di esercizio associato delle funzioni di polizia municipale mediante unione di comuni, al territorio dei comuni in cui l'unione esercita le funzioni stesse.

114. In caso di trasferimento di personale dal comune all'unione di comuni, le risorse già quantificate sulla base degli accordi decentrati e destinate nel precedente anno dal comune a finanziare istituti contrattuali collettivi ulteriori rispetto al trattamento economico fondamentale, confluiscono nelle corrispondenti risorse dell'unione.

115. Le disposizioni normative previste per i piccoli comuni si applicano alle unioni composte da comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti.

116. In caso di fusione di uno o più comuni, fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del testo unico, il comune risultante dalla fusione adotta uno statuto che può prevedere anche forme particolari di collegamento tra il nuovo comune e le comunità che appartenevano ai comuni oggetto della fusione.

117. L'articolo 15, comma 2, del testo unico è sostituito dal seguente:

«2. I comuni che hanno dato avvio al procedimento di fusione ai sensi delle rispettive leggi regionali possono, anche prima dell'istituzione del nuovo ente, mediante approvazione di testo conforme da parte di tutti i consigli comunali, definire lo statuto che entrerà in vigore con l'istituzione del nuovo comune e rimarrà vigente fino alle modifiche dello stesso da parte degli organi del nuovo comune istituito. Lo statuto del nuovo comune dovrà prevedere che alle comunità dei comuni oggetto della fusione siano assicurate adeguate forme di partecipazione e di decentramento dei servizi».

118. Al comune istituito a seguito di fusione tra comuni aventi ciascuno meno di 5.000 abitanti si applicano, in quanto compatibili, le norme di maggior favore, incentivazione e semplificazione previste per i comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti e per le unioni di comuni.

119. I comuni istituiti a seguito di fusione possono utilizzare i margini di indebitamento consentiti dalle norme vincolistiche in materia a uno o più dei comuni originari e nei limiti degli stessi, anche nel caso in cui dall'unificazione dei bilanci non risultino ulteriori possibili spazi di indebitamento per il nuovo ente.

120. Il commissario nominato per la gestione del comune derivante da fusione è coadiuvato, fino all'elezione dei nuovi organi, da un comitato consultivo composto da coloro che, alla data dell'estinzione dei comuni, svolgevano le funzioni di sindaco e senza maggiori oneri per la finanza pubblica. Il comitato è comunque consultato sullo schema di bilancio e sull'eventuale adozione di varianti agli strumenti urbanistici. Il commissario convoca periodicamente il comitato, anche su richiesta della maggioranza dei componenti, per informare sulle attività programmate e su quelle in corso.

121. Gli obblighi di esercizio associato di funzioni comunali derivanti dal comma 28 dell'articolo 14 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, si applicano ai comuni derivanti da fusione entro i limiti stabiliti dalla legge regionale, che può fissare una diversa decorrenza o modularne i contenuti. In mancanza di diversa normativa regionale, i comuni istituiti mediante fusione che raggiungono una popolazione pari o superiore a 3.000 abitanti, oppure a 2.000 abitanti se appartenenti o appartenuti a comunità montane, e che devono obbligatoriamente esercitare le funzioni fondamentali dei comuni, secondo quanto previsto dal citato comma 28 dell'articolo 14, sono esentati da tale obbligo per un mandato elettorale.

122. I consiglieri comunali cessati per effetto dell'estinzione del comune derivante da fusione continuano a esercitare, fino alla nomina dei nuovi rappresentanti da parte del nuovo comune, gli incarichi esterni loro eventualmente attribuiti. Tutti i soggetti nominati dal comune estinto per fusione in enti, aziende, istituzioni o altri organismi continuano a esercitare il loro mandato fino alla nomina dei successori.

123. Le risorse destinate, nell'anno di estinzione del comune, alle politiche di sviluppo delle risorse umane e alla produttività del personale di cui al contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al comparto regioni e autonomie locali del 1° aprile 1999, pubblicato nel supplemento ordinario n. 81 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 95 del 24 aprile 1999, dei comuni oggetto di fusione confluiscono, per l'intero importo, a decorrere dall'anno di istituzione del nuovo comune, in un unico fondo del nuovo comune avente medesima destinazione.

124. Salva diversa disposizione della legge regionale:

a) tutti gli atti normativi, i piani, i regolamenti, gli strumenti urbanistici e i bilanci dei comuni oggetto della fusione vigenti alla data di estinzione dei comuni restano in vigore, con riferimento agli ambiti territoriali e alla relativa popolazione dei comuni che li hanno approvati, fino alla data di entrata in vigore dei corrispondenti atti del commissario o degli organi del nuovo comune;

b) alla data di istituzione del nuovo comune, gli organi di revisione contabile dei comuni estinti decadono. Fino alla nomina dell'organo di revisione contabile del nuovo comune le funzioni sono svolte provvisoriamente dall'organo di revisione contabile in carica, alla data dell'estinzione, nel comune di maggiore dimensione demografica;

c) in assenza di uno statuto provvisorio, fino alla data di entrata in vigore dello statuto e del regolamento di funzionamento del consiglio comunale del nuovo comune si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni dello statuto e del regolamento di funzionamento del consiglio comunale del comune di maggiore dimensione demografica tra quelli estinti.

125. Il comune risultante da fusione:

a) approva il bilancio di previsione, in deroga a quanto previsto dall'articolo 151, comma 1, del testo unico, entro novanta giorni dall'istituzione o dal diverso termine di proroga eventualmente previsto per l'approvazione dei bilanci e fissato con decreto del Ministro dell'interno;



b) ai fini dell'applicazione dell'articolo 163 del testo unico, per l'individuazione degli stanziamenti dell'anno precedente assume come riferimento la sommatoria delle risorse stanziare nei bilanci definitivamente approvati dai comuni estinti;

c) approva il rendiconto di bilancio dei comuni estinti, se questi non hanno già provveduto, e subentra negli adempimenti relativi alle certificazioni del patto di stabilità e delle dichiarazioni fiscali.

126. Ai fini di cui all'articolo 37, comma 4, del testo unico, la popolazione del nuovo comune corrisponde alla somma delle popolazioni dei comuni estinti.

127. Dalla data di istituzione del nuovo comune e fino alla scadenza naturale resta valida, nei documenti dei cittadini e delle imprese, l'indicazione della residenza con riguardo ai riferimenti dei comuni estinti.

128. L'istituzione del nuovo comune non priva i territori dei comuni estinti dei benefici che a essi si riferiscono, stabiliti in loro favore dall'Unione europea e dalle leggi statali. Il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili dai comuni estinti al nuovo comune è esente da oneri fiscali.

129. Nel nuovo comune istituito mediante fusione possono essere conservati distinti codici di avviamento postale dei comuni preesistenti.

130. I comuni possono promuovere il procedimento di incorporazione in un comune contiguo. In tal caso, fermo restando il procedimento previsto dal comma 1 dell'articolo 15 del testo unico, il comune incorporante conserva la propria personalità, succede in tutti i rapporti giuridici al comune incorporato e gli organi di quest'ultimo decadono alla data di entrata in vigore della legge regionale di incorporazione. Lo statuto del comune incorporante prevede che alle comunità del comune cessato siano assicurate adeguate forme di partecipazione e di decentramento dei servizi. A tale scopo lo statuto è integrato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale di incorporazione. Le popolazioni interessate sono sentite ai fini dell'articolo 133 della Costituzione mediante referendum consultivo comunale, svolto secondo le discipline regionali e prima che i consigli comunali deliberino l'avvio della procedura di richiesta alla regione di incorporazione. Nel caso di aggregazioni di comuni mediante incorporazione è data facoltà di modificare anche la denominazione del comune. Con legge regionale sono definite le ulteriori modalità della procedura di fusione per incorporazione.

131. Le regioni, nella definizione del patto di stabilità verticale, possono individuare idonee misure volte a incentivare le unioni e le fusioni di comuni, fermo restando l'obiettivo di finanza pubblica attribuito alla medesima regione.

132. I comuni risultanti da una fusione, ove istituiscano municipi, possono mantenere tributi e tariffe differenziati per ciascuno dei territori degli enti preesistenti alla fusione, non oltre l'ultimo esercizio finanziario del primo mandato amministrativo del nuovo comune.

133. I comuni risultanti da una fusione hanno tempo tre anni dall'istituzione del nuovo comune per adeguarsi alla normativa vigente che prevede l'omogeneizzazione degli ambiti territoriali ottimali di gestione e la razionalizzazio-

ne della partecipazione a consorzi, aziende e società pubbliche di gestione, salve diverse disposizioni specifiche di maggior favore.

134. Per l'anno 2014, è data priorità nell'accesso alle risorse di cui all'articolo 18, comma 9, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, ai progetti presentati dai comuni istituiti per fusione nonché a quelli presentati dalle unioni di comuni.

135. All'articolo 16, comma 17, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le lettere a) e b) sono sostituite dalle seguenti:

«a) per i comuni con popolazione fino a 3.000 abitanti, il consiglio comunale è composto, oltre che dal sindaco, da dieci consiglieri e il numero massimo degli assessori è stabilito in due;

b) per i comuni con popolazione superiore a 3.000 e fino a 10.000 abitanti, il consiglio comunale è composto, oltre che dal sindaco, da dodici consiglieri e il numero massimo di assessori è stabilito in quattro»;

b) le lettere c) e d) sono abrogate.

136. I comuni interessati dalla disposizione di cui al comma 135 provvedono, prima di applicarla, a rideterminare con propri atti gli oneri connessi con le attività in materia di *status* degli amministratori locali, di cui al titolo III, capo IV, della parte prima del testo unico, al fine di assicurare l'invarianza della relativa spesa in rapporto alla legislazione vigente, previa specifica attestazione del collegio dei revisori dei conti.

137. Nelle giunte dei comuni con popolazione superiore a 3.000 abitanti, nessuno dei due sessi può essere rappresentato in misura inferiore al 40 per cento, con arrotondamento aritmetico.

138. Ai comuni con popolazione fino a 3.000 abitanti non si applicano le disposizioni di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 51 del testo unico; ai sindaci dei medesimi comuni è comunque consentito un numero massimo di tre mandati.

139. All'articolo 13, comma 3, primo periodo, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, le parole: «5.000 abitanti» sono sostituite dalle seguenti: «15.000 abitanti».

140. Il Governo è delegato ad adottare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro dell'interno e del Ministro per gli affari regionali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, un decreto legislativo recante la disciplina organica delle disposizioni concernenti il comune di Campione d'Italia, secondo le modalità e i principi e i criteri direttivi di cui all'articolo 20 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e successive modificazioni, nonché nel rispetto del seguente principio e criterio direttivo: riordino delle specialità presenti nelle disposizioni vigenti in ragione della collocazione territoriale separata del predetto comune e della conseguente peculiare realtà istituzionale, socio-economica, urbanistica, valutaria, sanitaria, doganale, fiscale e finanziaria.



141. Dall'attuazione del comma 140 non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

142. All'articolo 1, comma 1, e all'articolo 2, comma 1, della legge 7 giugno 1991, n. 182, e successive modificazioni, le parole: «e provinciali» sono soppresse.

143. Il comma 115 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, è abrogato.

144. Le regioni sono tenute ad adeguare la propria legislazione alle disposizioni della presente legge entro dodici mesi dalla data della sua entrata in vigore.

145. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni a statuto speciale Friuli-Venezia Giulia e Sardegna e la Regione siciliana adeguano i propri ordinamenti interni ai principi della medesima legge. Le disposizioni di cui ai commi da 104 a 141 sono applicabili nelle regioni a statuto speciale Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

146. Con riferimento alle città metropolitane e alle province trasformate ai sensi della presente legge, fino a una revisione del patto di stabilità che tenga conto delle funzioni a esse attribuite, i nuovi enti sono tenuti a conseguire gli obiettivi di finanza pubblica assegnati alle province di cui alla legislazione previgente ovvero alle quali subentrano.

147. Fermi restando gli interventi di riduzione organizzativa e gli obiettivi complessivi di economicità e di revisione della spesa previsti dalla legislazione vigente, il livello provinciale e delle città metropolitane non costituisce ambito territoriale obbligatorio o di necessaria corrispondenza per l'organizzazione periferica delle pubbliche amministrazioni. Conseguentemente le pubbliche amministrazioni riorganizzano la propria rete periferica individuando ambiti territoriali ottimali di esercizio delle funzioni non obbligatoriamente corrispondenti al livello provinciale o della città metropolitana. La riorganizzazione avviene secondo piani adottati dalle pubbliche amministrazioni entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge; i piani sono comunicati al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero dell'interno per il coordinamento della logistica sul territorio, al Commissario per la revisione della spesa e alle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari. I piani indicano i risparmi attesi dalla riorganizzazione nel successivo triennio. Qualora le amministrazioni statali o gli enti pubblici nazionali non presentino i predetti piani nel termine indicato, il Presidente del Consiglio dei ministri nomina, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato, un commissario per la redazione del piano.

148. Le disposizioni della presente legge non modificano l'assetto territoriale degli ordini, dei collegi professionali e dei relativi organismi nazionali previsto dalle rispettive leggi istitutive, nonché delle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura.

149. Al fine di procedere all'attuazione di quanto previsto dall'articolo 9 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché per accompagnare e sostenere l'applicazione degli interventi di riforma di cui alla presente legge, il Ministro per gli affari regionali predisporre, entro

sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, appositi programmi di attività contenenti modalità operative e altre indicazioni finalizzate ad assicurare, anche attraverso la nomina di commissari, il rispetto dei termini previsti per gli adempimenti di cui alla presente legge e la verifica dei risultati ottenuti. Su proposta del Ministro per gli affari regionali, con accordo sancito nella Conferenza unificata, sono stabilite le modalità di monitoraggio sullo stato di attuazione della riforma.

150. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

151. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 7 aprile 2014

NAPOLITANO

RENZI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

ALFANO, *Ministro dell'interno*

LANZETTA, *Ministro per gli affari regionali*

BOSCHI, *Ministro per le riforme costituzionali e i rapporti con il Parlamento*

Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

ALLEGATO A

(articolo 1, comma 34)

Criteria e operazioni per la determinazione dell'indice ponderato cui è commisurato il voto per l'elezione degli organi elettivi delle città metropolitane e delle province

Per la determinazione degli indici di ponderazione relativi a ciascuna città metropolitana e a ciascuna provincia si procede secondo le seguenti operazioni:

a) con riferimento alla popolazione legale accertata e alle fasce demografiche in cui sono ripartiti i comuni ai sensi del comma 33 si determina il totale della popolazione di ciascuna delle fasce demografiche cui appartengono i comuni della città metropolitana o della provincia, la cui somma costituisce il totale della popolazione della città metropolitana o della provincia;

b) per ciascuna delle suddette fasce demografiche, si determina il valore percentuale, calcolato sino alla terza cifra decimale, del rapporto fra la popolazione di ciascuna fascia demografica e la popolazione dell'intera città metropolitana o provincia;



c) qualora il valore percentuale del rapporto fra la popolazione di un comune e la popolazione dell'intera città metropolitana o provincia sia maggiore di 45, il valore percentuale del comune è ridotto a detta cifra; il valore percentuale eccedente è assegnato in aumento al valore percentuale delle fasce demografiche cui non appartiene il comune, ripartendolo fra queste in misura proporzionale alla rispettiva popolazione;

d) qualora per una o più fasce demografiche il valore percentuale di cui alla lettera b), eventualmente rideterminato ai sensi della lettera c), sia maggiore di 35, il valore percentuale della fascia demografica è ridotto a detta cifra; è esclusa da tale riduzione la fascia demografica cui appartiene il comune di cui alla lettera c); il valore percentuale eccedente è assegnato in aumento al valore percentuale delle altre fasce demografiche della medesima città metropolitana, ovvero della provincia, ripartendolo fra queste in misura proporzionale alla rispettiva popolazione, in modo tale che il valore percentuale di nessuna di esse superi comunque la cifra 35; è esclusa da tale operazione la fascia demografica cui appartiene il comune di cui alla lettera c);

e) si determina infine l'indice di ponderazione del voto degli elettori dei comuni di ciascuna fascia demografica; tale indice è dato, con approssimazione alla terza cifra decimale, dal risultato della divisione del valore percentuale determinato per ciascuna fascia demografica, secondo quanto stabilito dalla lettera c), ovvero d), per il numero complessivo dei sindaci e dei consiglieri appartenenti alla medesima fascia demografica, moltiplicato per 1.000.

LAVORI PREPARATORI

Camera dei deputati (atto n. 1542):

Presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (LETTA), dal Ministro dell'interno (ALFANO), dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie (DEL RIO) e dal Ministro delle riforme costituzionali (QUAGLIARELLO) il 20 agosto 2013.

Assegnato alla I commissione (affari costituzionali), in sede referente, il 5 settembre 2013 con pareri delle commissioni II, III, V, VI, VII, VIII, IX, XI, XIV e questioni regionali.

Esaminato dalla I commissione, in sede referente, il 9, 15, 16, 22, 24, 29 e 30 ottobre 2013; il 7, 19, 20, 21, 26, 27 e 28 novembre 2013; il 21 dicembre 2013.

Esaminato in aula il 25 settembre 2013; il 2, 9, 10, e 11 dicembre 2013 e approvato il 21 dicembre 2013.

Senato della Repubblica (atto n. 1212):

Assegnato alla 1ª commissione (affari costituzionali), in sede referente, il 3 gennaio 2014 con pareri delle commissioni 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª e questioni regionali.

Esaminato dalla 1ª commissione, in sede referente, l'8, 14, 16, 22 e 23 gennaio 2014; l'11 febbraio 2014; il 4, 11, 12, 13, 18, 19, 20 e 25 marzo 2014; il 1º aprile 2014.

Esaminato in aula il 20 e 25 marzo 2014 e approvato, con modificazioni, il 26 marzo 2014.

Camera dei deputati (atto n. 1542-B):

Assegnato alla I commissione (affari costituzionali), in sede referente, il 27 marzo 2014 con pareri delle commissioni V, VI, VII, VIII, XI e questioni regionali.

Esaminato dalla I commissione, in sede referente, il 1º aprile 2014.

Esaminato in aula il 2 aprile 2014 e approvato il 3 aprile 2014.

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art.10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n.1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note all'art. 1:

Comma 5

— Si riporta il testo degli articoli 114 e 117 della Costituzione:

«Art. 114. La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione.

Roma è la capitale della Repubblica. La legge dello Stato disciplina il suo ordinamento.»

«Art. 117. La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;

b) immigrazione;

c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;

d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;

e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; armonizzazione dei bilanci pubblici; perequazione delle risorse finanziarie;

f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;

g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;

h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;

i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;

l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

n) norme generali sull'istruzione;

o) previdenza sociale;

p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;

q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;

r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;

s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione



dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinate da leggi dello Stato.»

Comma 6

— Si riporta il testo dell'art. 133 della Costituzione:

«Art. 133. Il mutamento delle circoscrizioni provinciali e la istituzione di nuove Province nell'ambito d'una Regione sono stabiliti con leggi della Repubblica, su iniziativa dei Comuni, sentita la stessa Regione.

La Regione, sentite le popolazioni interessate, può con sue leggi istituire nel proprio territorio nuovi Comuni e modificare le loro circoscrizioni e denominazioni.»

Comma 14

— Si riporta il testo del comma 325 dell'art. 1, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2014):

«Omissis.

325. Le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 115, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, relative al commissariamento delle amministrazioni provinciali si applicano ai casi di scadenza naturale del mandato nonché di cessazione anticipata degli organi provinciali che intervengono in una data compresa tra il 1° gennaio e il 30 giugno 2014.

«Omissis.»

— Si riporta il testo del comma 2 dell'art. 163 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali) pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 settembre 2000, n. 227, S.O.:

«Omissis.

2. Ove non sia stato deliberato il bilancio di previsione, è consentita esclusivamente una gestione provvisoria, nei limiti dei corrispondenti stanziamenti di spesa dell'ultimo bilancio approvato, ove esistenti. La gestione provvisoria è limitata all'assolvimento delle obbligazioni già assunte, delle obbligazioni derivanti da provvedimenti giurisdizionali esecutivi e di obblighi speciali tassativamente regolati dalla legge, al pagamento delle spese di personale, di residui passivi, di rate di mutuo, di canoni, imposte e tasse, ed, in generale, limitata alle sole operazioni necessarie per evitare che siano arrecati danni patrimoniali certi e gravi all'ente.

«Omissis.

Comma 17

— Si riporta il testo dell'art. 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3):

«Art. 8 (Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo) - 1. Nei casi e per le finalità previsti dall'articolo 120,

secondo comma, della Costituzione, il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente per materia, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, assegna all'ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari; decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, sentito l'organo interessato, su proposta del Ministro competente o del Presidente del Consiglio dei ministri, adotta i provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina un apposito commissario. Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale della Regione interessata al provvedimento.

2. Qualora l'esercizio del potere sostitutivo si renda necessario al fine di porre rimedio alla violazione della normativa comunitaria, gli atti ed i provvedimenti di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro per le politiche comunitarie e del Ministro competente per materia. L'articolo 11 della legge 9 marzo 1989, n. 86, è abrogato.

3. Fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale, qualora l'esercizio dei poteri sostitutivi riguardi Comuni, Province o Città metropolitane, la nomina del commissario deve tenere conto dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione. Il commissario provvede, sentito il Consiglio delle autonomie locali qualora tale organo sia stato istituito.

4. Nei casi di assoluta urgenza, qualora l'intervento sostitutivo non sia procrastinabile senza mettere in pericolo le finalità tutelate dall'articolo 120 della Costituzione, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, adotta i provvedimenti necessari, che sono immediatamente comunicati alla Conferenza Stato-Regioni o alla Conferenza Stato-Città e autonomie locali, allargata ai rappresentanti delle Comunità montane, che possono chiederne il riesame.

5. I provvedimenti sostitutivi devono essere proporzionati alle finalità perseguite.

6. Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.»

Comma 22

— Si riporta il testo del comma 4 dell'art. 6 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali):

«Omissis.

«4. Gli statuti sono deliberati dai rispettivi consigli con il voto favorevole dei due terzi dei consiglieri assegnati. Qualora tale maggioranza non venga raggiunta, la votazione è ripetuta in successive sedute da tenersi entro trenta giorni e lo statuto è approvato se ottiene per due volte il voto favorevole della maggioranza assoluta dei consiglieri assegnati. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche alle modifiche statutarie.

«Omissis.»

Comma 23

— Si riporta il testo degli articoli 60, comma 1, e 63, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), come modificati dalla presente legge:

«Art. 60 - (Ineleggibilità) - 1. Non sono eleggibili a sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, *consigliere metropolitano*, provinciale e circoscrizionale:

1) il Capo della polizia, i vice capi della polizia, gli ispettori generali di pubblica sicurezza che prestano servizio presso il Ministero dell'interno, i dipendenti civili dello Stato che svolgono le funzioni di direttore generale o equiparate o superiori;

2) nel territorio, nel quale esercitano le loro funzioni, i Commissari di Governo, i prefetti della Repubblica, i vice prefetti ed i funzionari di pubblica sicurezza;

3)



4) nel territorio, nel quale esercitano il loro ufficio, gli ecclesiastici ed i ministri di culto, che hanno giurisdizione e cura di anime e coloro che ne fanno ordinariamente le veci;

5) i titolari di organi individuali ed i componenti di organi collegiali che esercitano poteri di controllo istituzionale sull'amministrazione del comune o della provincia nonché i dipendenti che dirigono o coordinano i rispettivi uffici;

6) nel territorio, nel quale esercitano le loro funzioni, i magistrati addetti alle corti di appello, ai tribunali, ai tribunali amministrativi regionali, nonché i giudici di pace;

7) i dipendenti del comune e della provincia per i rispettivi consigli;

8) il direttore generale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere;

9) i legali rappresentanti ed i dirigenti delle strutture convenzionate per i consigli del comune il cui territorio coincide con il territorio dell'azienda sanitaria locale o ospedaliera con cui sono convenzionati o lo ricomprende, ovvero dei comuni che concorrono a costituire l'azienda sanitaria locale o ospedaliera con cui sono convenzionate;

10) i legali rappresentanti ed i dirigenti delle società per azioni con capitale superiore al 50 per cento rispettivamente del comune o della provincia;

11) gli amministratori ed i dipendenti con funzioni di rappresentanza o con poteri di organizzazione o coordinamento del personale di istituto, consorzio o azienda dipendente rispettivamente dal comune o dalla provincia;

12) i sindaci, presidenti di provincia, consiglieri comunali, provinciali o circoscrizionali in carica, rispettivamente in altro comune, provincia o circoscrizione.

Omissis.»

«Art. 63 - (Incompatibilità) - 1. Non può ricoprire la carica di sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, *consigliere metropolitano*, provinciale o circoscrizionale:

1) l'amministratore o il dipendente con poteri di rappresentanza o di coordinamento di ente, istituto o azienda soggetti a vigilanza in cui vi sia almeno il 20 per cento di partecipazione rispettivamente da parte del comune o della provincia o che dagli stessi riceva, in via continuativa, una sovvenzione in tutto o in parte facoltativa, quando la parte facoltativa superi nell'anno il dieci per cento del totale delle entrate dell'ente;

2) colui che, come titolare, amministratore, dipendente con poteri di rappresentanza o di coordinamento ha parte, direttamente o indirettamente, in servizi, esazioni di diritti, somministrazioni o appalti, nell'interesse del comune o della provincia, ovvero in società ed imprese volte al profitto di privati, sovvenzionate da detti enti in modo continuativo, quando le sovvenzioni non siano dovute in forza di una legge dello Stato o della regione, fatta eccezione per i comuni con popolazione non superiore a 3.000 abitanti qualora la partecipazione dell'ente locale di appartenenza sia inferiore al 3 per cento e fermo restando quanto disposto dall'articolo 1, comma 718, della legge 27 dicembre 2006, n. 296; (122)

3) il consulente legale, amministrativo e tecnico che presta opera in modo continuativo in favore delle imprese di cui ai numeri 1) e 2) del presente comma;

4) colui che ha lite pendente, in quanto parte di un procedimento civile od amministrativo, rispettivamente, con il comune o la provincia. La pendenza di una lite in materia tributaria ovvero di una lite promossa ai sensi dell'articolo 9 del presente decreto non determina incompatibilità. Qualora il contribuente venga eletto amministratore comunale, competente a decidere sul suo ricorso è la commissione del comune capoluogo di circondario sede di tribunale ovvero sezione staccata di tribunale. Qualora il ricorso sia proposto contro tale comune, competente a decidere è la commissione del comune capoluogo di provincia. Qualora il ricorso sia proposto contro quest'ultimo comune, competente a decidere è, in ogni caso, la commissione del comune capoluogo di regione. Qualora il ricorso sia proposto contro quest'ultimo comune, competente a decidere è la commissione del capoluogo di provincia territorialmente più vicino. La lite promossa a seguito di o conseguente a sentenza di condanna determina incompatibilità soltanto in caso di affermazione di responsabilità con sentenza passata in giudicato. La costituzione di parte civile nel processo penale non costituisce causa di incompatibilità. La presente disposizione si applica anche ai procedimenti in corso;

5) colui che, per fatti compiuti allorché era amministratore o impiegato, rispettivamente, del comune o della provincia ovvero di istituto o azienda da esso dipendente o vigilato, è stato, con sentenza passata in giudicato, dichiarato responsabile verso l'ente, istituto od azienda e non ha ancora estinto il debito;

6) colui che, avendo un debito liquido ed esigibile, rispettivamente, verso il comune o la provincia ovvero verso istituto od azienda da essi dipendenti è stato legalmente messo in mora ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile per imposte, tasse e tributi nei riguardi di detti enti, abbia ricevuto invano notificazione dell'avviso di cui all'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602;

7) colui che, nel corso del mandato, viene a trovarsi in una condizione di ineleggibilità prevista nei precedenti articoli.

Omissis.»

Comma 28

— La legge 23 novembre 2012, n. 215 (Disposizioni per promuovere il riequilibrio delle rappresentanze di genere nei consigli e nelle giunte degli enti locali e nei consigli regionali. Disposizioni in materia di pari opportunità nella composizione delle commissioni di concorso nelle pubbliche amministrazioni) è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale*. 11 dicembre 2012, n. 288.

Comma 45

— Si riporta il testo dell'art.118 della Costituzione:

«Art. 118. Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

I Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze.

La legge statale disciplina forme di coordinamento fra Stato e Regioni nelle materie di cui alle lettere *b)* e *h)* del secondo comma dell'articolo 117, e disciplina inoltre forme di intesa e coordinamento nella materia della tutela dei beni culturali.

Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.»

Comma 50

— Si riporta il testo dell'art. 4 della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3):

«Art. 4. (Attuazione dell'articolo 114, secondo comma, e dell'articolo 117, sesto comma, della Costituzione in materia di potestà normativa degli enti locali) - I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà normativa secondo i principi fissati dalla Costituzione. La potestà normativa consiste nella potestà statutaria e in quella regolamentare.

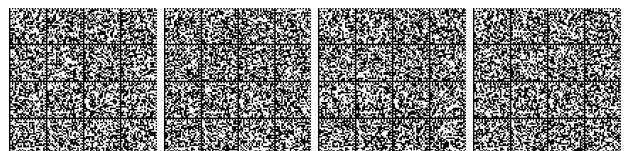
2. Lo statuto, in armonia con la Costituzione e con i principi generali in materia di organizzazione pubblica, nel rispetto di quanto stabilito dalla legge statale in attuazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera *p)*, della Costituzione, stabilisce i principi di organizzazione e funzionamento dell'ente, le forme di controllo, anche sostitutivo, nonché le garanzie delle minoranze e le forme di partecipazione popolare.

3. L'organizzazione degli enti locali è disciplinata dai regolamenti nel rispetto delle norme statutarie.

4. La disciplina dell'organizzazione, dello svolgimento e della gestione delle funzioni dei Comuni, delle Province e delle Città metropolitane è riservata alla potestà regolamentare dell'ente locale, nell'ambito della legislazione dello Stato o della Regione, che ne assicura i requisiti minimi di uniformità, secondo le rispettive competenze, conformemente a quanto previsto dagli articoli 114, 117, sesto comma, e 118 della Costituzione.

5. Il potere normativo è esercitato anche dalle unioni di Comuni, dalle Comunità montane e isolate.

6. Fino all'adozione dei regolamenti degli enti locali, si applicano le vigenti norme statali e regionali, fermo restando quanto previsto dal presente articolo.»



Comma 72

— La legge 23 novembre 2012, n. 215 (Disposizioni per promuovere il riequilibrio delle rappresentanze di genere nei consigli e nelle giunte degli enti locali e nei consigli regionali. Disposizioni in materia di pari opportunità nella composizione delle commissioni di concorso nelle pubbliche amministrazioni) è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* dell'11-12-2012, n.288.

— Per il testo del comma 2 dell'art. 163 del citato decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 si veda la nota al comma 14.

Comma 90

— Si riporta il testo dell'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - città' ed autonomie locali):

«Art. 8 - (Conferenza Stato - città' ed autonomie locali e Conferenza unificata). La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è unificata per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la Conferenza Stato-regioni.

2. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali nella materia di rispettiva competenza; ne fanno parte altresì il Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, il Ministro delle finanze, il Ministro dei lavori pubblici, il Ministro della sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani - UNCEM. Ne fanno parte inoltre quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

3. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisa la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM.

4. La Conferenza unificata di cui al comma 1 è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Le sedute sono presiedute dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli affari regionali o, se tale incarico non è conferito, dal Ministro dell'interno.»

Comma 92

— Si riporta il testo dell'art. 119 della Costituzione:

«Art. 119 - I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci, e concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di partecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.

La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.

Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato. Possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento, con la contestuale definizione di piani di ammortamento e a condizione che per il complesso degli enti di ciascuna Regione sia rispettato l'equilibrio di bilancio. È esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dagli stessi contratti. È esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dagli stessi contratti.»

Comma 97

— La legge 5 maggio 2009, n. 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione) è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 6-5-2009, n. 103.

Comma 98

— Si riporta il testo dell'art. 141 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali):

«Art. 141 - (Scioglimento e sospensione dei consigli comunali e provinciali) - 1. I consigli comunali e provinciali vengono sciolti con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro dell'interno:

a) quando compiano atti contrari alla Costituzione o per gravi e persistenti violazioni di legge, nonché per gravi motivi di ordine pubblico;

b) quando non possa essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi per le seguenti cause:

1) impedimento permanente, rimozione, decadenza, decesso del sindaco o del presidente della provincia;

2) dimissioni del sindaco o del presidente della provincia;

3) cessazione dalla carica per dimissioni contestuali, ovvero rese anche con atti separati purché contemporaneamente presentati al protocollo dell'ente, della metà più uno dei membri assegnati, non computando a tal fine il sindaco o il presidente della provincia;

4) riduzione dell'organo assembleare per impossibilità di surroga alla metà dei componenti del consiglio;

c) quando non sia approvato nei termini il bilancio;

c-bis) nelle ipotesi in cui gli enti territoriali al di sopra dei mille abitanti siano sprovvisti dei relativi strumenti urbanistici generali e non adottino tali strumenti entro diciotto mesi dalla data di elezione degli organi. In questo caso, il decreto di scioglimento del consiglio è adottato su proposta del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti

2. Nella ipotesi di cui alla lettera c) del comma 1, trascorso il termine entro il quale il bilancio deve essere approvato senza che sia stato predisposto dalla giunta il relativo schema, l'organo regionale di controllo nomina un commissario affinché lo predisponga d'ufficio per sottoporlo al consiglio. In tal caso e comunque quando il consiglio non abbia approvato nei termini di legge lo schema di bilancio predisposto dalla giunta, l'organo regionale di controllo assegna al consiglio, con lettera notificata ai singoli consiglieri, un termine non superiore a 20 giorni per la sua approvazione, decorso il quale si sostituisce, mediante apposito commissario, all'amministrazione inadempiente. Del provvedimento sostitutivo è data comunicazione al prefetto che inizia la procedura per lo scioglimento del consiglio.

2-bis. Nell'ipotesi di cui alla lettera c-bis) del comma 1, trascorso il termine entro il quale gli strumenti urbanistici devono essere adottati, la regione segnala al prefetto gli enti inadempienti. Il prefetto invita gli enti che non abbiano provveduto ad adempiere all'obbligo nel termine di quattro mesi. A tal fine gli enti locali possono attivare gli interventi, anche sostitutivi, previsti dallo statuto secondo criteri di neutralità, di sussidiarietà e di adeguatezza. Decorso infruttuosamente il termine di quattro mesi, il prefetto inizia la procedura per lo scioglimento del consiglio.

3. Nei casi diversi da quelli previsti dal numero 1) della lettera b) del comma 1, con il decreto di scioglimento si provvede alla nomina di un commissario, che esercita le attribuzioni conferitegli con il decreto stesso.

4. Il rinnovo del consiglio nelle ipotesi di scioglimento deve coincidere con il primo turno elettorale utile previsto dalla legge.

5. I consiglieri cessati dalla carica per effetto dello scioglimento continuano ad esercitare, fino alla nomina dei successori, gli incarichi esterni loro eventualmente attribuiti.

6. Al decreto di scioglimento è allegata la relazione del Ministro contenente i motivi del provvedimento; dell'adozione del decreto di scioglimento è data immediata comunicazione al Parlamento. Il decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

7. Iniziata la procedura di cui ai commi precedenti ed in attesa del decreto di scioglimento, il prefetto, per motivi di grave e urgente necessità, può sospendere, per un periodo comunque non superiore a novanta giorni, i consigli comunali e provinciali e nominare un commissario per la provvisoria amministrazione dell'ente.



8. Ove non diversamente previsto dalle leggi regionali le disposizioni di cui al presente articolo si applicano, in quanto compatibili, agli altri enti locali di cui all'articolo 2, comma 1 ed ai consorzi tra enti locali. Il relativo provvedimento di scioglimento degli organi comunque denominati degli enti locali di cui al presente comma è disposto con decreto del Ministro dell'interno.».

— Si riporta il testo del comma 1-bis, dell'art. 38 del decreto legislativo 8 luglio 1999, n. 270 (Nuova disciplina dell'amministrazione straordinaria delle grandi imprese in stato di insolvenza, a norma dell'articolo 1 della legge 30 luglio 1998, n. 274):

«Omissis.

1-bis. Non può essere nominato commissario straordinario e, se nominato, decade dal suo ufficio, l'interdetto, l'inabilitato, chi sia stato dichiarato fallito o chi sia stato condannato ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici. Non possono inoltre essere nominati commissari straordinari il coniuge, i parenti ed affini entro il quarto grado dell'imprenditore insolvente, ovvero chi, avendo intrattenuto con l'impresa, personalmente o quale socio, amministratore, o dipendente di altra organizzazione imprenditoriale o professionale, rapporti non occasionali di collaborazione o consulenza professionale, abbia preso parte o si sia comunque ingerito nella gestione che ha portato al dissesto dell'impresa. Il commissario straordinario, nell'accettare l'incarico, dichiara sotto la propria responsabilità, che non ricorre alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui al presente comma.».

Omissis.».

— Il Decreto 10 aprile 2013, n. 60 (Regolamento recante determinazione dei requisiti di professionalità ed onorabilità dei commissari giudiziali e straordinari delle procedure di amministrazione straordinaria delle grandi imprese in crisi, ai sensi dell'articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 8 luglio 1999, n. 270) è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 31-5-2013, n. 126.

— Il decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 (Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190) è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 4-1-2013, n. 3.

Comma 102

— Il decreto legislativo 17 settembre 2010, n. 156 (Disposizioni recanti attuazione dell'articolo 24 della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di ordinamento transitorio di Roma Capitale) è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18-9-2010, n. 219.

— Il decreto legislativo 18 aprile 2012, n. 61 (Ulteriori disposizioni recanti attuazione dell'articolo 24 della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di ordinamento di Roma Capitale) pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18-5-2012, n. 115.

— Il decreto legislativo 26 aprile 2013, n. 51 (Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 18 aprile 2012, n. 61, concernente ulteriori disposizioni di attuazione dell'articolo 24 della legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di ordinamento di Roma Capitale) pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 15-5-2013, n. 112.

— Si riporta il testo del comma 2 dell'art. 24 della citata legge 5 maggio 2009, n. 42 :

«2. Roma capitale è un ente territoriale, i cui attuali confini sono quelli del comune di Roma, e dispone di speciale autonomia, statutaria, amministrativa e finanziaria, nei limiti stabiliti dalla Costituzione. L'ordinamento di Roma capitale è diretto a garantire il miglior assetto delle funzioni che Roma è chiamata a svolgere quale sede degli organi costituzionali nonché delle rappresentanze diplomatiche degli Stati esteri, ivi presenti presso la Repubblica italiana, presso lo Stato della Città del Vaticano e presso le istituzioni internazionali...».

Comma 104

— Il testo dei commi 4, 5 e 6 dell'art. 19 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini), abrogati dalla presente legge, è pubblicato nella Gazz. Uff. 6 luglio 2012, n. 156, S.O.

— Il testo dei commi da 1 a 13, dell'art. 16 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, e successive modificazioni (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari), abrogati dalla presente legge, è pubblicato nella Gazz. Uff. 13 agosto 2011, n. 188.

Comma 105

— Si riporta il testo dell'art. 32 del citato decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, come modificato dalla presente legge:

«Art. 32 – (Unioni di comuni) - 1. L'unione di comuni è l'ente locale costituito da due o più comuni, di norma contermini, finalizzato all'esercizio associato di funzioni e servizi. Ove costituita in prevalenza da comuni montani, essa assume la denominazione di unione di comuni montani e può esercitare anche le specifiche competenze di tutela e di promozione della montagna attribuite in attuazione dell'articolo 44, secondo comma, della Costituzione e delle leggi in favore dei territori montani.

2. Ogni comune può far parte di una sola unione di comuni. Le unioni di comuni possono stipulare apposite convenzioni tra loro o con singoli comuni.

3. Gli organi dell'unione, presidente, giunta e consiglio, sono formati, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, da amministratori in carica dei comuni associati e a essi non possono essere attribuite retribuzioni, gettoni e indennità o emolumenti in qualsiasi forma percepiti. Il presidente è scelto tra i sindaci dei comuni associati e la giunta tra i componenti dell'esecutivo dei comuni associati. *Il consiglio è composto da un numero di consiglieri definito nello statuto, eletti dai singoli consigli dei comuni associati tra i propri componenti, garantendo la rappresentanza delle minoranze e assicurandola rappresentanza di ogni comune.*

4. *L'unione ha potestà statutaria e regolamentare e ad essa si applicano, in quanto compatibili e non derogate con le disposizioni della legge recante disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni, i principi previsti per l'ordinamento dei comuni, con particolare riguardo allo status degli amministratori, all'ordinamento finanziario e contabile, al personale e all'organizzazione. Lo statuto dell'unione stabilisce le modalità di funzionamento degli organi e ne disciplina i rapporti. In fase di prima istituzione lo statuto dell'unione è approvato dai consigli dei comuni partecipanti e le successive modifiche sono approvate dal consiglio dell'unione.*

5. All'unione sono conferite dai comuni partecipanti le risorse umane e strumentali necessarie all'esercizio delle funzioni loro attribuite. Fermi restando i vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di personale, la spesa sostenuta per il personale dell'Unione non può comportare, in sede di prima applicazione, il superamento della somma delle spese di personale sostenute precedentemente dai singoli comuni partecipanti. A regime, attraverso specifiche misure di razionalizzazione organizzativa e una rigorosa programmazione dei fabbisogni, devono essere assicurati progressivi risparmi di spesa in materia di personale.

5-bis. Previa apposita convenzione, i sindaci dei comuni facenti parte dell'Unione possono delegare le funzioni di ufficiale dello stato civile e di anagrafe a personale idoneo dell'Unione stessa, o dei singoli comuni associati, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, e dall'articolo 4, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, recante regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

5-ter. *Il presidente dell'unione di comuni si avvale del segretario di un comune facente parte dell'unione, senza che ciò comporti l'erogazione di ulteriori indennità e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Sono fatti salvi gli incarichi per la funzione di segretario già affidati ai dipendenti delle unioni o dei comuni anche ai sensi del comma 557 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Ai segretari delle unioni di comuni si applicano le disposizioni dell'articolo 8 della legge 30 marzo 1981, n. 93, e successive modificazioni.*

6. L'atto costitutivo e lo statuto dell'unione sono approvati dai consigli dei comuni partecipanti con le procedure e con la maggioranza richieste per le modifiche statutarie. Lo statuto individua le funzioni svolte dall'unione e le corrispondenti risorse.

7. Alle unioni competono gli introiti derivanti dalle tasse, dalle tariffe e dai contributi sui servizi ad esse affidati.



8. Gli statuti delle unioni sono inviati al Ministero dell'interno per le finalità di cui all'articolo 6, commi 5 e 6.».

— Si riporta il testo del comma 557 dell'art.1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2005):

«557. I comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, i consorzi tra enti locali gerenti servizi a rilevanza non industriale, le comunità montane e le unioni di comuni possono servirsi dell'attività lavorativa di dipendenti a tempo pieno di altre amministrazioni locali purché autorizzati dall'amministrazione di provenienza.».

— Si riporta il testo dell'articolo 8 della legge 23 marzo 1981 n. 93 (Disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna):

« Art. 8. (Segretari delle comunità montane). Sono abilitati a rogare, nell'esclusivo interesse delle comunità montane, gli atti e i contratti di cui all'articolo 87 del testo unico della legge comunale e provinciale, approvato con regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, e successive modificazioni e integrazioni, i segretari delle comunità montane che siano in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione al concorso di segretario comunale.

Per il rogito degli atti e contratti di cui ai precedenti commi, alle comunità montane e ai consorzi di comuni spettano i diritti di segreteria nella misura del 90 per cento, mentre il rimanente 10 per cento viene versato in apposito fondo da costituire presso il Ministero dell'interno. Ai segretari roganti è attribuito il 75 per cento della quota spettante alla comunità montana e al consorzio di comuni, fino ad un massimo di un terzo della base presa in considerazione per i segretari comunali.

Circa le misure dei diritti di segreteria, le modalità di riscossione, le finalità del fondo e quant'altro riguardi la disciplina della materia si applicano, in quanto compatibili, gli artt. 40, 41, 42 e la relativa tabella D della L. 8 giugno 1962, n. 604, e successive modificazioni ed integrazioni».

Comma 107

— Si riporta il testo dei commi 28-bis e 31 dell'art. 14 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica):

«28-bis. Per le unioni di cui al comma 28 si applica l'articolo 32 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e successive modificazioni.»

«31. Il limite demografico minimo delle unioni e delle convenzioni di cui al presente articolo è fissato in 10.000 abitanti, ovvero in 3.000 abitanti se i comuni appartengono o sono appartenuti a comunità montane, fermo restando che in tal caso, le unioni devono essere formate da almeno tre comuni, e salvi il diverso limite demografico ed eventuali deroghe in ragione di particolari condizioni territoriali, individuati dalla regione. Il limite non si applica alle unioni di comuni già costituite.

Comma 111

— Si riporta il testo dell'art. 2 della legge 7 marzo 1986, n. 65 recante (Legge-quadro sull'ordinamento della polizia municipale):

«Art. 2 - (Funzioni del sindaco). Il sindaco o l'assessore da lui delegato, nell'esercizio delle funzioni di cui al precedente articolo 1, impartisce le direttive, vigila sull'espletamento del servizio e adotta i provvedimenti previsti dalle leggi e dai regolamenti.».

Comma 112

— Si riporta il testo dei commi 3, 3-bis e 3-ter dell'art.15 della legge 24 febbraio 1992, n. 225 (Istituzione del Servizio nazionale della protezione civile):

«3. Il sindaco è autorità comunale di protezione civile. Al verificarsi dell'emergenza nell'ambito del territorio comunale, il sindaco assume la direzione dei servizi di emergenza che insistono sul territorio del comune, nonché il coordinamento dei servizi di soccorso e di assistenza alle popolazioni colpite e provvede agli interventi necessari dandone immediata comunicazione al prefetto e al presidente della giunta regionale.

3-bis. Il comune approva con deliberazione consiliare, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il piano di emergenza comunale previsto dalla normativa vigente in materia di protezione civile, redatto secondo i criteri e le modalità di cui alle indicazioni operative adottate dal Dipartimento della protezione civile e dalle giunte regionali.

3-ter. Il comune provvede alla verifica e all'aggiornamento periodico del proprio piano di emergenza comunale, trasmettendone copia alla regione, alla prefettura-ufficio territoriale del Governo e alla provincia territorialmente competenti.».

Comma 113

— Si riporta il testo dell'art. 57 del codice di procedura penale:

«Art. 57 - (Ufficiali e agenti di polizia giudiziaria). 1. Salve le disposizioni delle leggi speciali, sono ufficiali di polizia giudiziaria:

a) i dirigenti, i commissari, gli ispettori, i sovrintendenti e gli altri appartenenti alla polizia di Stato ai quali l'ordinamento dell'amministrazione della pubblica sicurezza riconosce tale qualità;

b) gli ufficiali superiori e inferiori e i sottufficiali dei carabinieri, della guardia di finanza, degli agenti di custodia e del corpo forestale dello Stato nonché gli altri appartenenti alle predette forze di polizia ai quali l'ordinamento delle rispettive amministrazioni riconosce tale qualità;

c) il sindaco dei comuni ove non abbia sede un ufficio della polizia di Stato ovvero un comando dell'arma dei carabinieri o della guardia di finanza.

2. Sono agenti di polizia giudiziaria:

a) il personale della polizia di Stato al quale l'ordinamento dell'amministrazione della pubblica sicurezza riconosce tale qualità;

b) i carabinieri, le guardie di finanza, gli agenti di custodia, le guardie forestali e, nell'ambito territoriale dell'ente di appartenenza, le guardie delle province e dei comuni quando sono in servizio.

3. Sono altresì ufficiali e agenti di polizia giudiziaria, nei limiti del servizio cui sono destinate e secondo le rispettive attribuzioni, le persone alle quali le leggi e i regolamenti attribuiscono le funzioni previste.».

— Si riporta il testo dell'art. 5 della citata legge 7 marzo 1986, n. 65:

«Art. 5 - (Funzioni di polizia giudiziaria, di polizia stradale, di pubblica sicurezza)1. Il personale che svolge servizio di polizia municipale, nell'ambito territoriale dell'ente di appartenenza e nei limiti delle proprie attribuzioni, esercita anche:

a) funzioni di polizia giudiziaria, rivestendo a tal fine la qualità di agente di polizia giudiziaria, riferita agli operatori, o di ufficiale di polizia giudiziaria, riferita ai responsabili del servizio o del Corpo e agli addetti al coordinamento e al controllo, ai sensi dell'articolo 221, terzo comma, del codice di procedura penale;

b) servizio di polizia stradale, ai sensi dell'articolo 137 del testo unico delle norme sulla circolazione stradale approvato con decreto del Presidente della Repubblica 15 giugno 1959, numero 393;

c) funzioni ausiliarie di pubblica sicurezza ai sensi dell'articolo 3 della presente legge.

2. A tal fine il prefetto conferisce al suddetto personale, previa comunicazione del sindaco, la qualità di agente di pubblica sicurezza, dopo aver accertato il possesso dei seguenti requisiti:

a) godimento dei diritti civili e politici;

b) non aver subito condanna a pena detentiva per delitto non colposo o non essere stato sottoposto a misura di prevenzione;

c) non essere stato espulso dalle Forze armate o dai Corpi militarmente organizzati o destituito dai pubblici uffici.

3. Il prefetto, sentito il sindaco, dichiara la perdita della qualità di agente di pubblica sicurezza qualora accerti il venir meno di alcuno dei suddetti requisiti.

4. Nell'esercizio delle funzioni di agente e di ufficiale di polizia giudiziaria e di agente di pubblica sicurezza, il personale di cui sopra, messo a disposizione dal sindaco, dipende operativamente dalla competente autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza nel rispetto di eventuali intese fra le dette autorità e il sindaco.

5. Gli addetti al servizio di polizia municipale ai quali è conferita la qualità di agente di pubblica sicurezza possono, previa deliberazione in tal senso del consiglio comunale, portare, senza licenza, le armi, di cui possono essere dotati in relazione al tipo di servizio nei termini e nelle modalità previsti dai rispettivi regolamenti, anche fuori dal servizio, purché nell'ambito territoriale dell'ente di appartenenza e nei casi di cui all'articolo 4. Tali modalità e casi sono stabiliti, in via generale, con apposito regolamento approvato con decreto del Ministro dell'interno, sentita l'Associazione nazionale dei comuni d'Italia. Detto regolamento stabilisce anche la tipologia, il numero delle armi in dotazione e l'accesso ai poligoni di tiro per l'addestramento al loro uso.».



Comma 116

— Si riporta il testo dell'art. 16 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali):

«Art.16 – (Municipi) - 1. Nei comuni istituiti mediante fusione di due o più comuni contigui lo statuto comunale può prevedere l'istituzione di municipi nei territori delle comunità di origine o di alcune di esse.

2. Lo statuto e il regolamento disciplinano l'organizzazione e le funzioni dei municipi, potendo prevedere anche organi eletti a suffragio universale diretto. — Si applicano agli amministratori dei municipi le norme previste per gli amministratori dei comuni con pari popolazione.»

Comma 117

— Si riporta il testo dell'art. 15 del citato decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, come modificato dalla presente legge:

«Art.15 – (Modifiche territoriali fusione ed istituzione di comuni). A norma degli articoli 117 e 133 della Costituzione, le regioni possono modificare le circoscrizioni territoriali dei comuni sentite le popolazioni interessate, nelle forme previste dalla legge regionale. Salvo i casi di fusione tra più comuni, non possono essere istituiti nuovi comuni con popolazione inferiore ai 10.000 abitanti o la cui costituzione comporti, come conseguenza, che altri comuni scendano sotto tale limite.

2. *I comuni che hanno dato avvio al procedimento di fusione ai sensi delle rispettive leggi regionali possono, anche prima dell'istituzione del nuovo ente, mediante approvazione di testo conforme da parte di tutti i consigli comunali, definire lo statuto che entrerà in vigore con l'istituzione del nuovo comune e rimarrà vigente fino alle modifiche dello stesso da parte degli organi del nuovo comune istituito. Lo statuto del nuovo comune dovrà prevedere che alle comunità dei comuni oggetto della fusione siano assicurate adeguate forme di partecipazione e di decentramento dei servizi.*

3. Al fine di favorire la fusione dei comuni, oltre ai contributi della regione, lo Stato eroga, per i dieci anni successivi alla fusione stessa, appositi contributi straordinari commisurati ad una quota dei trasferimenti spettanti ai singoli comuni che si fondono.

4. La denominazione delle borgate e frazioni è attribuita ai comuni ai sensi dell'articolo 118 della Costituzione.»

Comma 121

— Si riporta il testo del comma 28 dell'art. 14 del citato decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78:

«28. I comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, ovvero fino a 3.000 abitanti se appartengono o sono appartenuti a comunità montane, esclusi i comuni il cui territorio coincide integralmente con quello di una o di più isole e il comune di Campione d'Italia, esercitano obbligatoriamente in forma associata, mediante unione di comuni o convenzione, le funzioni fondamentali dei comuni di cui al comma 27, ad esclusione della lettera l). Se l'esercizio di tali funzioni è legato alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, i comuni le esercitano obbligatoriamente in forma associata secondo le modalità stabilite dal presente articolo, fermo restando che tali funzioni comprendono la realizzazione e la gestione di infrastrutture tecnologiche, rete dati, fonia, apparati, di banche dati, di applicativi software, l'approvvigionamento di licenze per il software, la formazione informatica e la consulenza nel settore dell'informatica.»

Comma 123

— Il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al comparto regioni e autonomie locali del 1° aprile 1999, è stato pubblicato nel supplemento ordinario n. 81 alla Gazzetta Ufficiale del 24 aprile 1999, n. 95.

Comma 125

— Si riporta il testo dell'art. 151 del citato decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267:

«Art.151 – (Principi in materia di contabilità) - 1. Gli enti locali deliberano entro il 31 dicembre il bilancio di previsione per l'anno successivo, osservando i principi di unità, annualità, universalità ed integrità, veridicità, pareggio finanziario e pubblicità. Il termine può essere differito con decreto del Ministro dell'interno, d'intesa con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, in presenza di motivate esigenze.

2. Il bilancio è corredato di una relazione previsionale e programmatica, di un bilancio pluriennale di durata pari a quello della regione di appartenenza e degli allegati previsti dall'articolo 172 o da altre norme di legge.

3. I documenti di bilancio devono comunque essere redatti in modo da consentirne la lettura per programmi, servizi ed interventi.

4. I provvedimenti dei responsabili dei servizi che comportano impegni di spesa sono trasmessi al responsabile del servizio finanziario e sono esecutivi con l'apposizione del visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria.

5. I risultati di gestione sono rilevati anche mediante contabilità economica e dimostrati nel rendiconto comprendente il conto del bilancio e il conto del patrimonio.

6. Al rendiconto è allegata una relazione illustrativa della giunta che esprime le valutazioni di efficacia dell'azione condotta sulla base dei risultati conseguiti in rapporto ai programmi ed ai costi sostenuti.

7. Il rendiconto è deliberato dall'organo consiliare entro il 30 aprile dell'anno successivo.»

— Si riporta il testo dell'art. 163 del citato decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267:

«Art. 163 (Esercizio provvisorio e gestione provvisoria). 1. Nelle more dell'approvazione del bilancio di previsione da parte dell'organo regionale di controllo, l'organo consiliare dell'ente delibera l'esercizio provvisorio, per un periodo non superiore a due mesi, sulla base del bilancio già deliberato. Gli enti locali possono effettuare, per ciascun intervento, spese in misura non superiore mensilmente ad un dodicesimo delle somme previste nel bilancio deliberato, con esclusione delle spese tassativamente regolate dalla legge o non suscettibili di pagamento frazionato in dodicesimi.

2. Ove non sia stato deliberato il bilancio di previsione, è consentita esclusivamente una gestione provvisoria, nei limiti dei corrispondenti stanziamenti di spesa dell'ultimo bilancio approvato, ove esistenti. La gestione provvisoria è limitata all'assolvimento delle obbligazioni già assunte, delle obbligazioni derivanti da provvedimenti giurisdizionali esecutivi e di obblighi speciali tassativamente regolati dalla legge, al pagamento delle spese di personale, di residui passivi, di rate di mutuo, di canoni, imposte e tasse, ed, in generale, limitata alle sole operazioni necessarie per evitare che siano arrecati danni patrimoniali certi e gravi all'ente.

3. Ove la scadenza del termine per la deliberazione del bilancio di previsione sia stata fissata da norme statali in un periodo successivo all'inizio dell'esercizio finanziario di riferimento, l'esercizio provvisorio si intende automaticamente autorizzato sino a tale termine e si applicano le modalità di gestione di cui al comma 1, intendendosi come riferimento l'ultimo bilancio definitivamente approvato. »

Comma 126

— Si riporta il testo dell'art. 37 del citato decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267:

«Art. 37 – (Composizione dei consigli) - 1. Il consiglio comunale è composto dal sindaco e:

Il consiglio comunale è composto dal sindaco e:

a) da 60 membri nei comuni con popolazione superiore ad un milione di abitanti;

b) da 50 membri nei comuni con popolazione superiore a 500.000 abitanti;

c) da 46 membri nei comuni con popolazione superiore a 250.000 abitanti;

d) da 40 membri nei comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti o che, pur avendo popolazione inferiore, siano capoluoghi di provincia;

e) da 30 membri nei comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti;

f) da 20 membri nei comuni con popolazione superiore a 10.000 abitanti;

g) da 16 membri nei comuni con popolazione superiore a 3.000 abitanti;

h) da 12 membri negli altri comuni.

2. Il consiglio provinciale è composto dal presidente della provincia e:

a) da 45 membri nelle province con popolazione residente superiore a 1.400.000 abitanti;



b) da 36 membri nelle province con popolazione residente superiore a 700.000 abitanti;

c) da 30 membri nelle province con popolazione residente superiore a 300.000 abitanti;

d) da 24 membri nelle altre province.

3. Il presidente della provincia e i consiglieri provinciali rappresentano la intera provincia.

4. La popolazione è determinata in base ai risultati dell'ultimo censimento ufficiale.»

Comma 130

— Per il testo dell'art. 15 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 si veda la nota al comma 117.

— Per il testo dell'articolo 133 della Costituzione si veda la nota al comma 6.

Comma 134

— Si riporta il testo del comma 9, dell'art. 18 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, recante disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia):

«9. A valere sul Fondo di cui al comma 1, in deroga alla procedura indicata al comma 2, l'importo di 100 milioni di euro per l'anno 2014, da iscriversi nello stato di previsione del Ministero delle infrastrutture e dei Trasporti, è destinato alla realizzazione del primo Programma «6000 Campanili» concernente interventi infrastrutturali di adeguamento, ristrutturazione e nuova costruzione di edifici pubblici, ivi compresi gli interventi relativi all'adozione di misure antisismiche, ovvero di realizzazione e manutenzione di reti viarie e infrastrutture accessorie e funzionali alle stesse o reti telematiche di NGN e WI-FI, nonché di salvaguardia e messa in sicurezza del territorio. Possono accedere al finanziamento solo gli interventi muniti di tutti i pareri, autorizzazioni, permessi e nulla osta previsti dal decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e dal decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con apposita convenzione tra il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti - Dipartimento per le infrastrutture, gli affari generali e il personale - e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), da approvare con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e pubblicare sulla *Gazzetta Ufficiale*, sono disciplinati i criteri per l'accesso all'utilizzo delle risorse degli interventi che fanno parte del Programma. I Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti, le unioni composte da comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti e i comuni risultanti da fusione tra comuni, ciascuno dei quali con popolazione inferiore a 5.000 abitanti, per il tramite dell'ANCI, presentano entro 60 giorni dalla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana della sopra citata convenzione, le richieste di contributo finanziario al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti. Il contributo richiesto per il singolo progetto non può essere inferiore a 500.000 euro e maggiore di 1.000.000 di euro e il costo totale del singolo intervento può superare il contributo richiesto soltanto nel caso in cui le risorse finanziarie aggiuntive necessarie siano già immediatamente disponibili e spendibili da parte del Comune proponente. Ogni Comune può presentare un solo progetto. Il Programma degli interventi che accedono al finanziamento è approvato con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti.»

Comma 135

— Si riporta il testo del comma 17 dell'art. 16 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari):

«17. A decorrere dal primo rinnovo di ciascun consiglio comunale successivo alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto:

a) per i comuni con popolazione fino a 3.000 abitanti, il consiglio comunale è composto, oltre che dal sindaco, da dieci consiglieri e il numero massimo degli assessori è stabilito in due;

b) per i comuni con popolazione superiore a 3.000 e fino a 10.000 abitanti, il consiglio comunale è composto, oltre che dal sindaco, da dodici consiglieri ed il numero massimo di assessori è stabilito in quattro;

c). (abrogata).

d). (abrogata). ».

Comma 136

— Il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 settembre 2000, n. 227, S.O.

Comma 138

— Si riporta il testo dell'art. 51 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267:

«Art. 51. - (Durata del mandato del sindaco, del presidente della provincia e dei consigli. Limitazione dei mandati) .1. Il sindaco e il consiglio comunale, il presidente della provincia e il consiglio provinciale durano in carica per un periodo di cinque anni.

2. Chi ha ricoperto per due mandati consecutivi la carica di sindaco e di presidente della provincia non è, allo scadere del secondo mandato, immediatamente rieleggibile alle medesime cariche.

3. È consentito un terzo mandato consecutivo se uno dei due mandati precedenti ha avuto durata inferiore a due anni, sei mesi e un giorno, per causa diversa dalle dimissioni volontarie.»

Comma 139

— Si riporta il testo del comma 3, dell'art. 13 del citato decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 recante (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari):

«3. Fermo restando quanto previsto dalla legge 20 luglio 2004, n. 215, e successive modificazioni, le cariche di deputato e di senatore, nonché le cariche di governo di cui all'articolo 1, comma 2, della citata legge n. 215 del 2004, sono incompatibili con qualsiasi altra carica pubblica elettiva di natura monocratica relativa ad organi di governo di enti pubblici territoriali aventi, alla data di indizione delle elezioni o della nomina, popolazione superiore a 5.000 abitanti, fermo restando quanto previsto dall'articolo 62 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267. Le incompatibilità di cui al primo periodo si applicano a decorrere dalla data di indizione delle elezioni relative alla prima legislatura parlamentare successiva alla data di entrata in vigore del presente decreto. A decorrere dalla data di indizione delle relative elezioni successive alla data di entrata in vigore del presente decreto, le incompatibilità di cui al primo periodo si applicano, altresì, alla carica di membro del Parlamento europeo spettante all'Italia, fermo restando quanto previsto dall'articolo 6, commi secondo, terzo, quarto, quinto e sesto, della legge 24 gennaio 1979, n. 18, e successive modificazioni. Resta fermo in ogni caso il divieto di cumulo con ogni altro emolumento; fino al momento dell'esercizio dell'opzione, non spetta alcun trattamento per la carica sopraggiunta.»

Comma 140

— Si riporta il testo dell'art. 20 della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa):

«Art. 20. - 1. Il Governo, sulla base di un programma di priorità di interventi, definito, con deliberazione del Consiglio dei Ministri, in relazione alle proposte formulate dai Ministri competenti, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro la data del 30 aprile, presenta al Parlamento, entro il 31 maggio di ogni anno, un disegno di legge per la semplificazione e il riassetto normativo, volto a definire, per l'anno successivo, gli indirizzi, i criteri, le modalità e le materie di intervento, anche ai fini della ridefinizione dell'area di incidenza delle pubbliche funzioni con particolare riguardo all'assetto delle competenze dello Stato, delle regioni e degli enti locali. In allegato al disegno di legge è presentata una relazione sullo stato di attuazione della semplificazione e del riassetto.

2. Il disegno di legge di cui al comma 1 prevede l'emanazione di decreti legislativi, relativamente alle norme legislative sostanziali e procedurali, nonché di regolamenti ai sensi dell'articolo 17, commi 1 e 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, per le norme regolamentari di competenza dello Stato.

3. Salvi i principi e i criteri direttivi specifici per le singole materie, stabiliti con la legge annuale di semplificazione e riassetto normativo, l'esercizio delle deleghe legislative di cui ai commi 1 e 2 si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:



a) definizione del riassetto normativo e codificazione della normativa primaria regolante la materia, previa acquisizione del parere del Consiglio di Stato, reso nel termine di novanta giorni dal ricevimento della richiesta, con determinazione dei principi fondamentali nelle materie di legislazione concorrente;

a-bis) coordinamento formale e sostanziale del testo delle disposizioni vigenti, apportando le modifiche necessarie per garantire la coerenza giuridica, logica e sistematica della normativa e per adeguare, aggiornare e semplificare il linguaggio normativo;

b) indicazione esplicita delle norme abrogate, fatta salva l'applicazione dell'articolo 15 delle disposizioni sulla legge in generale premesse al codice civile;

c) indicazione dei principi generali, in particolare per quanto attiene alla informazione, alla partecipazione, al contraddittorio, alla trasparenza e pubblicità che regolano i procedimenti amministrativi ai quali si attengono i regolamenti previsti dal comma 2 del presente articolo, nell'ambito dei principi stabiliti dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni;

d) eliminazione degli interventi amministrativi autorizzatori e delle misure di condizionamento della libertà contrattuale, ove non vi contrastino gli interessi pubblici alla difesa nazionale, all'ordine e alla sicurezza pubblica, all'amministrazione della giustizia, alla regolazione dei mercati e alla tutela della concorrenza, alla salvaguardia del patrimonio culturale e dell'ambiente, all'ordinato assetto del territorio, alla tutela dell'igiene e della salute pubblica;

e) sostituzione degli atti di autorizzazione, licenza, concessione, nulla osta, permesso e di consenso comunque denominati che non implicino esercizio di discrezionalità amministrativa e il cui rilascio dipenda dall'accertamento dei requisiti e presupposti di legge, con una denuncia di inizio di attività da presentare da parte dell'interessato all'amministrazione competente corredata dalle attestazioni e dalle certificazioni eventualmente richieste;

f) determinazione dei casi in cui le domande di rilascio di un atto di consenso, comunque denominato, che non implichi esercizio di discrezionalità amministrativa, corredate dalla documentazione e dalle certificazioni relative alle caratteristiche tecniche o produttive dell'attività da svolgere, eventualmente richieste, si considerano accolte qualora non venga comunicato apposito provvedimento di diniego entro il termine fissato per categorie di atti in relazione alla complessità del procedimento, con esclusione, in ogni caso, dell'equivalenza tra silenzio e diniego o rifiuto;

g) revisione e riduzione delle funzioni amministrative non direttamente rivolte:

1) alla regolazione ai fini dell'incentivazione della concorrenza;

2) alla eliminazione delle rendite e dei diritti di esclusività, anche alla luce della normativa comunitaria;

3) alla eliminazione dei limiti all'accesso e all'esercizio delle attività economiche e lavorative;

4) alla protezione di interessi primari, costituzionalmente rilevanti, per la realizzazione della solidarietà sociale;

5) alla tutela dell'identità e della qualità della produzione tipica e tradizionale e della professionalità;

h) promozione degli interventi di autoregolazione per standard qualitativi e delle certificazioni di conformità da parte delle categorie produttive, sotto la vigilanza pubblica o di organismi indipendenti, anche privati, che accertino e garantiscano la qualità delle fasi delle attività economiche e professionali, nonché dei processi produttivi e dei prodotti o dei servizi;

i) per le ipotesi per le quali sono soppressi i poteri amministrativi autorizzatori o ridotte le funzioni pubbliche condizionanti l'esercizio delle attività private, previsione dell'autoconformazione degli interessati a modelli di regolazione, nonché di adeguati strumenti di verifica e controllo successivi. I modelli di regolazione vengono definiti dalle amministrazioni competenti in relazione all'incentivazione della concorrenzialità, alla riduzione dei costi privati per il rispetto dei parametri di pubblico interesse, alla flessibilità dell'adeguamento dei parametri stessi alle esigenze manifestatesi nel settore regolato;

l) attribuzione delle funzioni amministrative ai comuni, salvo il conferimento di funzioni a province, città metropolitane, regioni e Stato al fine di assicurarne l'esercizio unitario in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza; determinazione dei principi fondamentali di attribuzione delle funzioni secondo gli stessi criteri da parte delle regioni nelle materie di competenza legislativa concorrente;

m) definizione dei criteri di adeguamento dell'organizzazione amministrativa alle modalità di esercizio delle funzioni di cui al presente comma;

n) indicazione esplicita dell'autorità competente a ricevere il rapporto relativo alle sanzioni amministrative, ai sensi dell'articolo 17 della legge 24 novembre 1981, n. 689.

3-bis. Il Governo, nelle materie di competenza esclusiva dello Stato, completa il processo di codificazione di ciascuna materia emanando, anche contestualmente al decreto legislativo di riassetto, una raccolta organica delle norme regolamentari regolanti la medesima materia, se del caso adeguandole alla nuova disciplina di livello primario e semplificandole secondo i criteri di cui ai successivi commi.

4. I decreti legislativi e i regolamenti di cui al comma 2, emanati sulla base della legge di semplificazione e riassetto normativo annuale, per quanto concerne le funzioni amministrative mantenute, si attengono ai seguenti principi:

a) semplificazione dei procedimenti amministrativi, e di quelli che agli stessi risultano strettamente connessi o strumentali, in modo da ridurre il numero delle fasi procedurali e delle amministrazioni intervenienti, anche riordinando le competenze degli uffici, accorpando le funzioni per settori omogenei, sopprimendo gli organi che risultino superflui e costituendo centri interservizi dove ricollocare il personale degli organi soppressi e raggruppare competenze diverse ma confluenti in un'unica procedura, nel rispetto dei principi generali indicati ai sensi del comma 3, lettera c), e delle competenze riservate alle regioni;

b) riduzione dei termini per la conclusione dei procedimenti e uniformazione dei tempi di conclusione previsti per procedimenti tra loro analoghi;

c) regolazione uniforme dei procedimenti dello stesso tipo che si svolgono presso diverse amministrazioni o presso diversi uffici della medesima amministrazione;

d) riduzione del numero di procedimenti amministrativi e accorpamento dei procedimenti che si riferiscono alla medesima attività;

e) semplificazione e accelerazione delle procedure di spesa e contabili, anche mediante l'adozione di disposizioni che prevedano termini perentori, prorogabili per una sola volta, per le fasi di integrazione dell'efficacia e di controllo degli atti, decorsi i quali i provvedimenti si intendono adottati;

f) aggiornamento delle procedure, prevedendo la più estesa e ottimale utilizzazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, anche nei rapporti con i destinatari dell'azione amministrativa;

f-bis) generale possibilità di utilizzare, da parte delle amministrazioni e dei soggetti a queste equiparati, strumenti di diritto privato, salvo che nelle materie o nelle fattispecie nelle quali l'interesse pubblico non può essere perseguito senza l'esercizio di poteri autoritativi;

f-ter) conformazione ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, nella ripartizione delle attribuzioni e competenze tra i diversi soggetti istituzionali, nella istituzione di sedi stabili di concertazione e nei rapporti tra i soggetti istituzionali ed i soggetti interessati, secondo i criteri dell'autonomia, della leale collaborazione, della responsabilità e della tutela dell'affidamento;

f-quater) riconduzione delle intese, degli accordi e degli atti equiparabili comunque denominati, nonché delle conferenze di servizi, previste dalle normative vigenti, aventi il carattere della ripetitività, ad uno o più schemi base o modelli di riferimento nei quali, ai sensi degli articoli da 14 a 14-quater della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, siano stabilite le responsabilità, le modalità di attuazione e le conseguenze degli eventuali inadempimenti;

f-quinquies) avvalimento di uffici e strutture tecniche e amministrative pubbliche da parte di altre pubbliche amministrazioni, sulla base di accordi conclusi ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

5. I decreti legislativi di cui al comma 2 sono emanati su proposta del Ministro competente, di concerto con il Presidente del Consiglio dei Ministri o il Ministro per la funzione pubblica, con i Ministri interessati e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa acquisizione del parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e, successivamente, dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti che sono resi entro il termine di sessanta giorni dal ricevimento della richiesta.

6. I regolamenti di cui al comma 2 sono emanati con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri o del Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro competente,



previa acquisizione del parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, quando siano coinvolti interessi delle regioni e delle autonomie locali, del parere del Consiglio di Stato nonché delle competenti Commissioni parlamentari. I pareri della Conferenza unificata e del Consiglio di Stato sono resi entro novanta giorni dalla richiesta; quello delle Commissioni parlamentari è reso, successivamente ai precedenti, entro sessanta giorni dalla richiesta. Per la predisposizione degli schemi di regolamento la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ove necessario, promuove, anche su richiesta del Ministro competente, riunioni tra le amministrazioni interessate. Decorsi sessanta giorni dalla richiesta di parere alle Commissioni parlamentari, i regolamenti possono essere comunque emanati.

7. I regolamenti di cui al comma 2, ove non diversamente previsto dai decreti legislativi, entrano in vigore il quindicesimo giorno successivo alla data della loro pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*. Con effetto dalla stessa data sono abrogate le norme, anche di legge, regolatrici dei procedimenti.

8. I regolamenti di cui al comma 2 si conformano, oltre ai principi di cui al comma 4, ai seguenti criteri e principi:

a) trasferimento ad organi monocratici o ai dirigenti amministrativi di funzioni anche decisionali, che non richiedono, in ragione della loro specificità, l'esercizio in forma collegiale, e sostituzione degli organi collegiali con conferenze di servizi o con interventi, nei relativi procedimenti, dei soggetti portatori di interessi diffusi;

b) individuazione delle responsabilità e delle procedure di verifica e controllo;

c) soppressione dei procedimenti che risultino non più rispondenti alle finalità e agli obiettivi fondamentali definiti dalla legislazione di settore o che risultino in contrasto con i principi generali dell'ordinamento giuridico nazionale o comunitario;

d) soppressione dei procedimenti che comportino, per l'amministrazione e per i cittadini, costi più elevati dei benefici conseguibili, anche attraverso la sostituzione dell'attività amministrativa diretta con forme di autoregolamentazione da parte degli interessati, prevedendone comunque forme di controllo;

e) adeguamento della disciplina sostanziale e procedimentale dell'attività e degli atti amministrativi ai principi della normativa comunitaria, anche sostituendo al regime concessorio quello autorizzatorio;

f) soppressione dei procedimenti che derogano alla normativa procedimentale di carattere generale, qualora non sussistano più le ragioni che giustificano una difforme disciplina settoriale;

g) regolazione, ove possibile, di tutti gli aspetti organizzativi e di tutte le fasi del procedimento.

8-bis. Il Governo verifica la coerenza degli obiettivi di semplificazione e di qualità della regolazione con la definizione della posizione italiana da sostenere in sede di Unione europea nella fase di predisposizione della normativa comunitaria, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303. Assicura la partecipazione italiana ai programmi di semplificazione e di miglioramento della qualità della regolazione interna e a livello europeo.

9. I Ministri sono titolari del potere di iniziativa della semplificazione e del riassetto normativo nelle materie di loro competenza, fatti salvi i poteri di indirizzo e coordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che garantisce anche l'uniformità e l'omogeneità degli interventi di riassetto e semplificazione. La Presidenza del Consiglio dei Ministri garantisce, in caso di inerzia delle amministrazioni competenti, l'attivazione di specifiche iniziative di semplificazione e di riassetto normativo.

10. Gli organi responsabili di direzione politica e di amministrazione attiva individuano forme stabili di consultazione e di partecipazione delle organizzazioni di rappresentanza delle categorie economiche e produttive e di rilevanza sociale, interessate ai processi di regolazione e di semplificazione.

11. I servizi di controllo interno compiono accertamenti sugli effetti prodotti dalle norme contenute nei regolamenti di semplificazione e di accelerazione dei procedimenti amministrativi e possono formulare osservazioni e proporre suggerimenti per la modifica delle norme stesse e per il miglioramento dell'azione amministrativa.»

Comma 142

— Si riporta il testo degli articoli 1 e 2 della legge 7 giugno 1991, n. 182, e successive modificazioni (Norme per lo svolgimento delle elezioni dei consigli provinciali, comunali e circoscrizionali):

«Art. 1. - 1. Le elezioni dei consigli comunali e provinciali si svolgono in un turno annuale ordinario da tenersi in una domenica compresa tra il 15 aprile ed il 15 giugno se il mandato scade nel primo semestre dell'anno ovvero nello stesso periodo dell'anno successivo se il mandato scade nel secondo semestre.

2. Il mandato decorre per ciascun consiglio dalla data delle elezioni.

Art. 2. - 1. Le elezioni dei consigli comunali e provinciali che devono essere rinnovati per motivi diversi dalla scadenza del mandato si svolgono nella stessa giornata domenicale di cui all'articolo 1 se le condizioni che rendono necessario il rinnovo si sono verificate entro il 24 febbraio, ovvero nello stesso periodo di cui all'articolo 1 dell'anno successivo, se le condizioni si sono verificate oltre tale data.»

Comma 143

— Si riporta il testo del comma 115 dell'art. 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, abrogato dalla presente legge, è pubblicato nella Gazz. Uff. 29 dicembre 2012, n. 302, S.O.

Comma 145

— La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione) è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 ottobre 2001, n. 248.

Comma 149

— Si riporta il testo vigente dell'art. 9 del citato decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95:

«Art. 9. - 1.

1-bis.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

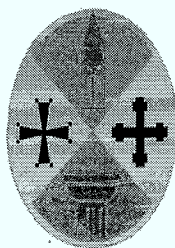
7-bis. All'articolo 15, comma 5, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dopo le parole: «per la Corte dei conti» sono inserite le seguenti: «, per il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro» e dopo le parole: «Presidente della Corte dei conti» sono inserite le seguenti: «, del Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro».

7-ter. All'articolo 22, comma 2, della legge 30 dicembre 1986, n. 936, dopo le parole: «le funzioni previste» sono inserite le seguenti: «dalla legge e» e le parole: «o che gli sono attribuite dall'ufficio di presidenza» sono soppresse.

7-quater. Dall'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 7-bis e 7-ter non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.»

14G00069



**REGIONE CALABRIA****DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA**

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 30 del 3 marzo 2016

OGGETTO: P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" – modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**

REGIONE CALABRIA

DCA n. _____ del _____

OGGETTO: P.O. 2016-2018 – Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" – modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.

IL COMMISSARIO AD ACTA,

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione del Programma operativo 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015, di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza,

appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

DATO ATTO che l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, intervenendo in materia di revisione della spesa pubblica, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;

DATO ATTO che con DCA n. 14 del 2/04/2015, trasmesso formalmente ai Ministeri con prot. n. 75_2015/A, sono stati approvati i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135;

- che, in particolare, il Programma 14 - Intervento 14.1. prevedeva la "Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento)";
- che con DCA n. 9 del 2 Aprile 2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015, si è proceduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, delle reti tempo-dipendenti (rete sindrome coronarica acuta, rete ICTUS, rete politrauma, rete trasporto neonatale) e della rete di emergenza-urgenza, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, pubblica e privata accreditata, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento), per realizzare il risultati programmati di allineamento della rete ospedaliera ai parametri ed agli standard previsti dalla normativa statale di riferimento (adempimento Lea punto f);

VISTO il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 con il quale è stato approvato il Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tale Regolamento, in attuazione delle disposizioni contenute nella legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che le regioni debbano adottare un provvedimento di programmazione teso a ricondurre la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente utilizzati a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ad un livello non su-

periore a 3,7 posti letto (pl) per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (Disposizione contenuta nell'art. 15 comma 13 lett. c) della legge n. 135/2012) garantendo il progressivo adeguamento agli standard previsti nell'arco di un triennio;

DATO ATTO che il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (verbale riunione congiunta del 26 novembre 2015), nel riconoscere la validità della metodologia utilizzata dalla Regione per la definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate, hanno tuttavia dissentito sulle modalità di calcolo dei posti letto, evidenziando che la dotazione programmata risulterebbe inferiore rispetto allo standard corretto per mobilità per le acuzie, di circa 310 posti, mentre per le post-acuzie, la dotazione attesa risulterebbe superiore allo standard corrispondente di 95 posti letti, invitando la struttura commissariale a fare un'ulteriore riflessione sulla opportunità di portare la dotazione dei posti letto per post-acuzie al massimo previsto dal DM n. 70/2015 al netto della mobilità (0,64 pl per 1.000);

Regione Calabria			
Popolazione (al 31 dicembre 2013)			1.930.533
Offerta assistenziale			
	Acuzie	Post-Acuzie	Totale
Da HSP 12-13 (estrazione: marzo 2015)	4.749 (2,4%)	983 (0,5%)	5.732*
Da DCA 18/2010 e ss.mm.ii.	5.018 (2,6%)	1.280 (0,7%)	6.298
Da riorganizzazione proposta	5.130 (2,6%)	1.364 (0,7%)	6.494
Da standard (secco)	5.942	1.386	7.328
Da standard (mobilità)	5.440 (2,7%)	1.269 (0,6%)	6.709
Differenza (riorganizzazione - std mobilità)	-310	+95	-215

Fonte: Mds - elaborazione da flussi HSP - Banca dati NSIS

RICHIAMATO l'art. 1 della Legge 208/2015 il quale dispone che nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni e le province autonome:

- ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;
- predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;
- trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015.

VISTA la nota LEA_CALABRIA-SCLEA-22/02/2016-0000002-P, con la quale, al fine di rendere omogenei i provvedimenti che le Regioni e le Province Autonome devono trasmettere, ai sensi del suddetto disposto normativo, e rendere trasparenti i criteri di valutazione, il Tavolo degli adempimenti e il Comitato per la verifica dell'erogazione dei Lea di cui agli art. 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2015, insieme al Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri di cui al DM 70/2015, hanno predisposto un documento di indicazioni operative, approvato nella seduta congiunta dei predetti Tavoli del 19 febbraio 2016;

DATO ATTO che nella suddetta nota è stata, inoltre, comunicata alla Regione anche l'informazione relativa alla dotazione dei posti letto per mille abitanti corretta per il saldo di mobilità secondo quanto disposto dell'articolo 1, comma 3, lettera b, del DM n. 70/2015, che di seguito si riporta:

Regione	Popolazione residente al 01/01/2015	Popolazione al 01/01/2015 "pesata"	Distribuzione posti letto standard per popolazione "pesata" corretta per mobilità				
			PL acuti - 3 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	PL acuti x 1.000 abitanti	PL post acuti - 0,7 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	Posti letto post acuti x 1.000 abitanti	Totale PL acuti e post acuti - pop. "pesata" corretti per mobilità
CALABRIA	1.976.631	1.991.503	5.554	2,79	1.296	0,65	6.850

- che la dotazione di posti letto per mille abitanti di cui sopra costituisce il tetto massimo per ciascuna Regione, mentre ai fini della programmazione dei posti letto è necessario utilizzare la metodologia esplicitata nel paragrafo 3 del DM n. 70/2015 "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina";

DATO ATTO che nella riunione congiunta del 26 novembre 2016, Tavolo e Comitato, in relazione alle numerose criticità in essere e al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro, la cui realizzazione sta avvenendo con ritardo, hanno chiesto alla struttura commissariale di trasmettere, entro il 15.01.2016, un elenco degli ambiti di intervento dei Programmi operativi 2016-2018 tenendo anche in considerazione gli obiettivi individuati con la metodologia condivisa ex art. 12 del Patto per la salute 2014-2016 e non realizzati, nonché le più recenti disposizioni normative e tecniche;

- che con nota prot. n. 62025 del 25/02/2016 (CALABRIA-180-25/02/2016-0000043-A) è stata trasmessa ai Ministeri affiancanti la bozza dei Programmi Operativi 2016-2018;
- che, in particolare, nell'ambito del suddetto P.O., nell' "AREA RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI", l'intervento 2.1.1. prevede la riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle singole reti tempo dipendenti, la cui scadenza temporale è fissata al mese di febbraio 2016, mediante adeguamento del DCA n. 9/2015 e s.m.i. alle indicazioni del DM n. 70/2015, ai pareri dei Ministeri ed alle indicazioni contenute nel verbale del Tavolo di verifica del 26 novembre 2015;

RITENUTO, in coerenza con il quadro normativo nazionale sopra delineato, di dover dare seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale basato sui seguenti criteri:

- classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, sede di pronto soccorso, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, prevedendo il mantenimento di presidi con funzioni ridotte di pronto soccorso per zone particolarmente disagiate ovvero distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso; presidi ospedalieri DEA di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri DEA di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti);
- definizione della dotazione di strutture organizzative pubbliche e private per disciplina, in relazione ai bacini di utenza ed all'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza, secondo gli standard per singola disciplina e per le alte specialità previsti dal DM 70/2015, pubblicato sulla GU Serie Generale n.127 del 4.6.2015, nonché nel rispetto degli standard previsti dall'art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, in data 26.03.2012, dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato -Regioni del 23.03.2005";

RITENUTO di dover recepire le ulteriori osservazioni formulate dal Tavolo interministeriale nella riunione del 26 novembre 2016, con particolare riferimento al dimensionamento di alcune discipline, all'articolazione delle discipline assegnate agli ospedali di zona disagiata, ai punti nascita, alla convenzione con il "Bambino Gesù", alle reti tempo dipendenti, ecc.;

TENUTO CONTO dell'intesa sulla riorganizzazione della rete ospedaliera relativa alle Aziende Ospedaliere "Mater Domini" e "Pugliese-Ciaccio", espressa dal Rettore dell'Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro, giusta nota prot. n. 47 data 02/03/2016, propedeutica alla stipula del Protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Università, per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 517/1999, trasmessa ai Ministeri affiancanti in data 03/03/2016;

RITENUTO di abrogare tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

ESAMINATO il D.P.G.R. n. 3 del 23/08/2010 che individua la struttura di supporto del Commissario *ad acta* e del sub Commissario nel Dipartimento Tutela della Salute;

IN ESITO all'istruttoria tecnico-procedimentale condotta dal Dirigente del Settore del Dipartimento Tutela della Salute, competente per materia, a supporto delle attività della Struttura commissariale, e delle risultanze degli atti richiamati nelle premesse;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, che si allega quale parte integrante del presente provvedimento, a modifica e integrazione del DCA n. 9 del 2/04/2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare la massima diffusione al predetto documento, di attuare quanto in esso contenuto secondo le indicazioni e la tempistica indicata e di provvedere al monitoraggio di attuazione;

DI STABILIRE che venga effettuato dal Dipartimento Tutela della Salute il monitoraggio semestrale sull'attuazione delle azioni a carico delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali, previste nel documento di riorganizzazione;

DI PRECISARE che l'attuazione delle reti sarà obiettivo prioritario dei Commissari/Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali;

DI ABROGARE tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell' Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

DI DARE ATTO che avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Calabria nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il Sub Commissario
Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura





Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete
dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti

Sommario

1	Premessa	4
2	Rete Ospedaliera	5
2.1	Stato di attuazione della programmazione esistente	5
2.1.1	La rete disegnata nel DPGR n.18/2010 e con DCA n. 9/2015	5
2.1.2	Attivazione a livello Aziendale	7
2.2	Analisi dei consumi ospedalieri della Regione Calabria	7
2.2.1	Produzione ospedaliera effettiva	7
2.2.2	Mobilità attiva	8
2.2.3	Mobilità passiva	8
2.2.4	Consumo di ricoveri	8
2.3	Fabbisogno	9
2.3.1	Il Fabbisogno ex DPGR n.18/2010: criticità ed esigenze di aggiornamento	9
2.3.2	Recupero della mobilità passiva	11
2.3.3	Il nuovo fabbisogno per l'assistenza ospedaliera	21
2.4	Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della rete ospedaliera	25
2.4.1	Concentrazione e specializzazione dell'offerta degli erogatori	26
2.4.2	Ulteriori aspetti organizzativi	27
2.4.3	Protocolli con l'Università	27
2.4.4	Partnership con gli erogatori privati	28
2.4.5	Istituto Nazionale per l'Assistenza contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)	33
2.4.6	Altre disposizioni	34
2.5	Sintesi degli interventi previsti	34
2.6	Indicatori per il monitoraggio	36
2.7	Nuovi Ospedali	37
3	La rete dell'emergenza urgenza e le reti tempo-dipendenti	39
3.1	Rete emergenza-urgenza	39
3.1.1	Introduzione	39
3.1.2	Le azioni prioritarie: i sistemi di comunicazione e i livelli organizzativi	40
3.1.3	Emergenza territoriale	42
3.1.4	Rete ospedaliera dell'emergenza	49
3.1.5	Disegno della Rete EMUR	55
3.1.6	La rete dell'emergenza pediatrica	56
3.1.7	Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete	56
3.1.8	Sintesi prossime azioni da svolgere	57
3.1.9	Monitoraggio	58
3.2	Rete SCA □ Sindrome Coronarica Acuta	58

3.3	Rete Stroke	60
3.4	Rete Politrauma	62
3.5	Rete trasporto neonatale	66
	Indice degli Allegati:	68
	Allegato 1: Tabelle configurazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata	68
-	A: Rete Ospedaliera Pubblica;	68
-	B: Rete Ospedaliera Privata Accreditata	68
	Allegato 2: Tabella □Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina□	68
	Allegato 3: Copertura Rete EMUR attuale	68
	Allegato 4: Rete SCA □Sindrome Coronarica Acuta	68
	Allegato 5: Rete Stroke	68
	Allegato 6: Rete Politrauma	68
	Allegato 7: Rete Trasposto Neonatale	68

1 Premessa

Dopo anni di emergenza economica e obiettivi di risparmi a breve i tempi sono maturi per introdurre una fase costruttiva di realizzazione di un nuovo ed efficace sistema sanitario regionale che garantisca il corretto trattamento delle patologie effettivamente presenti nella regione applicando le più recenti linee guida e gli orientamenti legislativi nazionali.

La riprogettazione effettuata con il DCA n. 9/2015 di programmazione delle reti assistenziali, è partita dalla definizione del fabbisogno della popolazione calabrese considerando, in particolare, quattro macro situazioni critiche: gli interventi fuori regione, gli interventi in urgenza, gli interventi in risposta ai problemi sanitari che meritino un'attenta valutazione e l'impostazione di un percorso di diagnosi e cura e gli interventi in risposta alle malattie croniche.

La dotazione regionale programmata dalla predetta riorganizzazione era pari a n. 6.494 posti letto per acuti, a fronte di n.5.831 all'epoca attivi nei presidi ospedalieri. L'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera determinava pertanto un investimento in termini di maggiore offerta pari a n. 663 posti letto, il cui utilizzo avrebbe consentito di affrontare le attuali criticità del sistema in termini di maggiore risposta ai bisogni delle cittadine e dei cittadini calabresi.

La riorganizzazione della rete contemplava quindi, nel calcolo del fabbisogno, come uno degli obiettivi strategici, la necessità di prevedere un recupero di mobilità passiva che consentiva, già nel breve periodo, di ridurre la migrazione dei cittadini calabresi in altre aree geografiche per farsi curare, abbattendo, così i costi economici e sociali dei nuclei familiari coinvolti e liberando risorse da reinvestire in servizi sanitari.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede però investimenti di personale (competenze specialistiche), risorse tecnologiche, qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta), comfort alberghiero, facilità di accesso alle cure (es. abbattimento delle liste di attesa). La riorganizzazione della rete prevedeva pertanto di programmare gli specifici investimenti nell'ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), con particolare riferimento alla rete oncologica, ai PDTA della tiroide e dell'ortopedia.

Colmare il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria nel trattamento dei tumori rispetto alle altre realtà regionali rappresenta un asse prioritario nella attuazione di quanto programmato relativamente alla rete oncologica regionale. Se da una parte infatti la mobilità è un'inevitabile libera scelta del cittadino, è pur vero che essa si manifesta sempre come distorsione tra domanda e offerta interna. Tra gli obiettivi di riduzione della mobilità passiva relativa alla cura dei tumori bisognerà, pertanto, ricostruire il giusto rapporto tra la quantità e la qualità dell'offerta. In tal senso, in linea con le analisi e la programmazione contenuta nel documento relativo alla rete oncologica, si prevede: un aumento del 20% dei volumi attuali degli interventi chirurgici per le maggiori sedi tumorali che determinerà l'attivazione di una maggiore offerta di posti letto e la contestuale implementazione di una rete di servizi ambulatoriali e di tutti gli altri servizi territoriali di oncologia in modo da garantirne la capillarità dando risposta a tutti i territori, compresi quelli delle zone disagiate.

La rete ospedaliera programmata con il DCA n. 9/2015 è attualmente in corso di implementazione.

Con il presente documento si procede ad aggiornare la programmazione della rete ospedaliera e delle reti tempo dipendenti al fine di recepire le ulteriori esigenze emerse in fase applicativa oltretutto allo scopo di recepire puntualmente le osservazioni espresse dai Tavoli ministeriali di verifica degli adempimenti e gli indirizzi di programmazione sopravvenuti con il DM Salute n. 70/2015 e con le sue circolari esplicative.

2 Rete Ospedaliera

2.1 Stato di attuazione della programmazione esistente

2.1.1 La rete disegnata nel DPGR n.18/2010 e con DCA n. 9/2015

Nel DPGR n. 18/2010 è descritto il percorso metodologico per la determinazione del fabbisogno di prestazioni di ricovero, dei posti letto relativi e della rete ospedaliera. Il fabbisogno di ricoveri è stato definito come il consumo effettivo della popolazione sia presso le strutture regionali, pubbliche e private, sia presso strutture in altre regioni, al netto dei ricoveri non appropriati. Nel calcolo del fabbisogno di posti letto regionali, si è partiti dalle giornate appropriate di ricoveri ordinari e dagli accessi appropriati in day hospital per calcolare un numero di posti letto normalizzati. Non era previsto nessun recupero della mobilità passiva. I posti letto normalizzati contengono quindi sia l'effetto dell'appropriatezza dei ricoveri sia quello del corretto utilizzo dei posti letto ospedalieri.

Il DPGR n. 18/2010 prevedeva un fabbisogno di posti letto pari a 6.395 unità, di cui 5.031 per acuti e di cui 1.364 per post acuti. Tale programmazione è poi stata resa operativa ed integrata dai successivi decreti, per cui sulla base della normativa vigente risultavano assegnati 6.298 posti letto, di cui 5.018 per acuti e 1.280 per postacuti.

In particolare:

- Con DPGR n.106/2011 viene validato il riordino della capacità recettiva di ciascuna Azienda per acuti in regime di ricovero ordinario e/o diurno e per singola disciplina per le ASP di Cosenza, Crotona, Catanzaro, Vibo Valentia, Reggio Calabria, e per le AO di Cosenza e Reggio Calabria. Vengono inoltre fissati per area geografica il numero di Posti letto pubblici e privati per le attività di post-acuzie;
- Il Decreto n.136/2011 determina i posti letto per l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini;
- Con Decreto n.26/2012, viene ridefinita la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno;
- Con Decreto n.106/2012, viene definita la rete per il trattamento delle post acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno dei soggetti pubblici e degli erogatori privati accreditati;
- Con DPGR n.174/2012 vengono assegnati i posti letto residui di post-acuzie (non assegnati con DPGR n.106/2012), dell'Area Nord;
- Con DPGR n.175/2012 vengono rettificati i posti letto di post-acuzie assegnati con DPGR n.106_2012 all'ASP di Crotona assegnandoli tutti alle strutture private;
- Con DPGR n.57/2013 vengono parzialmente rettificati i posti letto di post-acuzie assegnati con DPGR n. 106/2012 all'ASP di Vibo Valentia assegnando 20 pl di lungodegenza alla struttura Villa dei Gerani e ulteriori 10 pl di lungodegenza al PO di Serra San Bruno;
- Con DPGR n.191/2012 (ad integrazione del DPGR n.18/2010) viene individuato un unico spoke, nell'area Nord costituito dai presidi ospedalieri di Castrovillari (previsto Spoke) e di Acri (previsto Ospedale di Zona Montana nel DPGR 18/2010).

Con DCA n. 9/2015 si è quindi provveduto a riportare in un unico documento di programmazione la rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e le reti tempo dipendenti.

Nella tabella seguente, si riporta la dotazione programmata di posti letto così come derivante dal DPGR n. 18/10.

Tabella 1: Dotazione di posti letto programmati DPRG n.18/2010

Posti letto programmati DPGR 18/2010						
	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	4.031	84%	1.000	64%	5.031	79%
Post-acuzie	794	16%	570	36%	1.364	21%
Totale	4.825	100%	1.570	100%	6.395	100%
% sul totale	75%		25%		100%	

Con i successivi DPGR nn. 106-136/2011, 26-106-174-175/2012 e 57/2013 non sono stati assegnati, alle aziende sanitarie ospedaliere, tutti i posti letto programmati dal DPGR n. 18/10 pari a numero 6.395, ma un numero inferiore pari a 6.298 posti letto.

Tabella 2: Dotazione di posti letto assegnati DPGR nn. 106-136/11, 26-106-174-175/12, 57/13

Posti letto assegnati DPGR n. 106-136/11, 26-106-174-175/12, 57/13												
Area	AZIENDA	Abitanti	PL				PL X				Totale	PL x 1.000 ab Totali
			Acuzie Pubbl.	Acuzie Priv.	Tot. Acuzie	PL x 1.000 ab Acuzie	Postac. Pubbl.	Postac. Priv.	Tot. Post acuzie	PL X 1.000 ab PostA		
NORD	ASP Cosenza	714.281	1.458	317	1.775	2,5	160	333	493	0,7	2.268	3,2
Totale Area Nord		714.281	1.458	317	1.775	2,5	160	333	493	0,7	2.268	3,2
CENTRO	ASP Catanzaro	359.716	1.049	233	1.282	3,6	70	142	212	0,6	1.494	4,2
	ASP Crotona	171.666	286	107	393	2,3	-	190	190	1,1	583	3,4
	ASP Vibo Valentia	162.252	222	22	244	1,5	40	50	90	0,6	334	2,1
Totale Area Centro		693.634	1.557	362	1.919	2,8	110	382	492	0,7	2.411	3,5
SUD	ASP Reggio Calabria	550.323	1.027	297	1.324	2,4	110	185	295	0,5	1.619	2,9
Totale Area Sud		550.323	1.027	297	1.324	2,4	110	185	295	0,5	1.619	2,9
REGIONE CALABRIA		1.958.238	4.042	976	5.018	2,6	380	900	1.280	0,7	6.298	3,2

I numerosi provvedimenti di programmazione e attuazione della rete ospedaliera con i quali sono state assegnate le discipline ed i relativi posti letto (DH e ordinari) alle strutture pubbliche e private, non permettevano una visione organica dei processi assistenziali e registravano alcune criticità da risolvere. In sede del Tavolo di Verifica degli Adempimenti del 7 novembre 2012, Tavolo e Comitato LEA rilevavano: «Il permanere di ritardi nell'attuazione delle stesse e [richiedevano] un atto complessivo di programmazione di tutte le reti assistenziali (da trasmettere ai Ministeri affiancanti in preventiva approvazione) che, tenendo conto delle osservazioni ministeriali già espresse, ed in particolare della necessità di ricondurre a coerenza la rete ospedaliera con la costruzione dei nuovi ospedali previsti, [contenesse] i seguenti elementi informativi per la rete ospedaliera: tabelle con i posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati di ogni singola struttura, per ASP e AO, per tipologia (acuzie e post acuzie), regime di ricovero e disciplina, indicando le UOS e le UOC». Tale invito è stato ribadito anche in tutti i successivi Tavoli di Verifica degli Adempimenti (8 aprile, 16 luglio 2013, 4 dicembre 2013).

Pertanto si è provveduto con il DCA n. 9/2015 ad approvare un atto programmatico complessivo di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti.

2.1.2 Attivazione a livello Aziendale

Dall'analisi sulla situazione attuale e di quella programmata con il DCA n. 9/2015, effettuata per singola area geografica e per singola struttura, emerge che il cambiamento effettivo da parte delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate è ancora in corso. Le aziende sanitarie pubbliche hanno dato avvio al processo di riordino per l'attività ospedaliera ma molto lentamente per l'impossibilità di attivare ancora tutti i posti letto per carenza di personale, legata al blocco del turnover fino al mese di luglio 2015. Solo da novembre sono state attivate le procedure concorsuali per l'assunzione di personale, ad oggi ancora non completamente attuate.

Tabella 3: Confronto tra dotazione di posti letto assegnata ed attivata rilevata con flusso HSP al 31 gennaio 2013

Delta tra posti letto assegnati con DPGR e Posti letto da HSP al 31 gennaio 2014													
Area	AZIENDA	Abitanti		PL	PL	Tot.	PL x	PL	PL	Tot.	PL X	Totale	PL x 1.000 ab Totali
				Acuzie Pubbl.	Acuzie Priv.	Acuzie	1.000 ab Acuzie	Postac. Pubbl.	Postac. Priv.	Post acuzie	1.000 ab PostA		
NORD	ASP Cosenza	714.281	DPGR Assegnazione	1.458	317	1.775	2,5	160	333	493	0,7	2.268	3,2
			Modelli HSP	1.282	305	1.587	2,2	50	356	406	0,6	1.993	2,8
			Delta Ass vs HSP	176	12	188		110	(23)	87		275	
CENTRO	ASP Catanzaro	359.716	DPGR Assegnazione	1.049	233	1.282	3,5	70	142	212	0,6	1.494	4,1
			Modelli HSP	985	233	1.218	3,3	28	142	170	0,5	1.388	3,8
			Delta Ass vs HSP	64	-	64		42	-	42		106	
	ASP Crotone	171.666	DPGR Assegnazione	286	107	393	2,3	-	190	190	1,1	583	3,4
			Modelli HSP	307	107	414	2,4	-	190	190	1,1	604	3,5
			Delta Ass vs HSP	(21)	-	(21)		-	-	-		(21)	
ASP Vibo Valentia	162.252	DPGR Assegnazione	222	22	244	1,5	40	50	90	0,6	334	2,1	
		Modelli HSP	198	22	220	1,4	10	30	40	0,2	260	1,6	
		Delta Ass vs HSP	24	-	24		30	20	50		74		
SUD	ASP Reggio Calabria	550.323	DPGR Assegnazione	1.027	297	1.324	2,4	110	185	295	0,5	1.619	2,9
			Modelli HSP	1.024	337	1.361	2,5	40	185	225	0,4	1.586	2,9
			Delta Ass vs HSP	3	(40)	(37)		70	-	70		33	
TOTALE REGIONE	1.958.238	DPGR Assegnazione	4.042	976	5.018	2,6	380	900	1.280	0,7	6.298	3,2	
		Modelli HSP	3.796	1.004	4.800	2,5	128	903	1.031	0,5	5.831	3,0	
		Delta Ass vs HSP	246	(28)	218		252	(3)	249		467		

2.2 Analisi dei consumi ospedalieri della Regione Calabria

2.2.1 Produzione ospedaliera effettiva

Tabella 4: Produzione 2008 da parte delle strutture calabresi (inclusi i Neonati)

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	307.912	99%	81.893	94%	389.805	98%
Postacuzie	2.446	1%	5.305	6%	7.751	2%
Totale	310.358		87.198		397.556	
	78%		22%		100%	

Tabella 5: Produzione 2012 da parte delle strutture calabresi (inclusi i Neonati sani DGR 391, 12.234 dimessi)

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	217.938	99%	57.813	91%	275.751	97%
Postacuzie	1.672	1%	5.686	9%	7.358	3%
Totale	219.610		63.499		283.109	
	78%		22%		100%	

Si evidenzia una diminuzione della produzione per acuzie e un incremento di ricoveri di postacuzie da parte delle strutture private. La riduzione complessiva è del 29% e la suddivisione tra privati e pubblici è eguale alla situazione del 2008.

2.2.2 Mobilità attiva

Tabella 6: Mobilità attiva 2008

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	9.174	99%	2.984	95%	12.158	98%
Postacuzie	67	1%	150	5%	217	2%
Totale	9.241		3.134		12.375	
	75%		25%		100%	

Tabella 7: Mobilità attiva 2012

	Pubblico		Privato		Totale	
Acuzie	6.960	99%	2.230	92%	9.190	97%
Postacuzie	44	1%	194	8%	238	3%
Totale	7.004		2.424		9.428	
	74%		26%		100%	

Si evidenzia una diminuzione della mobilità attiva per acuzie e un leggero incremento di post-acuzie.

2.2.3 Mobilità passiva

Tabella 8: Mobilità passiva 2008 e 2012

2008	Totale	
Acuzie	62.599	95%
Postacuzie	3.139	5%
Totale	65.738	

2012	Totale	
Acuzie	57.592	95%
Postacuzie	3.309	5%
Totale	60.901	

Si evidenzia una diminuzione di ricoveri per acuzie e un incremento di post-acuzie. Complessivamente la mobilità passiva è diminuita del 7% contro un decremento della produzione regionale del 28%.

2.2.4 Consumo di ricoveri

Il consumo di prestazioni ospedaliere da parte dei residenti è, di conseguenza:

Tabella 9: Consumo di ricoveri 2008

	Produzione	Mob. Attiva	Mob Passiva	Consumo	Tasso osp
Acuzie	389.805	12.158	62.599	440.246	219
Postacuzie	7.751	217	3.139	10.673	5
Totale	397.556	12.375	65.738	450.919	224
%	88%	3%	15%	100%	%

Popolazione 2008

2.008.709

Tabella 10: Consumo di ricoveri 2012

	Produzione	Mob. Attiva	Mob Passiva	Consumo	Tasso osp
Acuzie	275.751	9.190	57.592	324.153	166
Postacuzie	7.358	238	3.309	10.429	5
Totale	283.109	9.428	60.901	334.582	171
%	85%	3%	18%	100%	
di cui nido	10.993	160	504	11.337	6
Totale (netto nido)	272.116	9.268	60.397	323.245	165
%	84%	3%	19%	100%	

Popolazione 01/01/2013 1.958.238

Il consumo di prestazioni è diminuito portando il tasso di ospedalizzazione per acuzie a 166 ricoveri per mille abitanti (160 al netto del nido) e il totale a 171 ricoveri per mille abitanti (165 al netto del nido). La quota della mobilità passiva del totale numero di ricoveri è aumentata da 15% a 19%.

2.3 Fabbisogno

2.3.1 Il Fabbisogno ex DPGR n.18/2010: criticità ed esigenze di aggiornamento

La metodologia per l'articolazione della rete ospedaliera consiste nell'analisi della produzione e del consumo di ricoveri di ciascuna area geografica e per singola specialità ai fini della realizzazione degli obiettivi regionali di razionalizzazione e di incremento di appropriatezza clinica.

L'analisi svolta sulla base dei dati di produzione di assistenza ospedaliera al 2012 ha seguito i seguenti passaggi:

- applicazione di criteri di appropriatezza introdotti nel DPGR n.18/2010 sui dati dei ricoveri al 2012;
- un confronto tra i dati presentati nel DPGR n. 18/2010 (basati sui ricoveri 2008) e quanto deriva, invece, aggiornando le analisi in base ai dati sui ricoveri 2012;
- un confronto tra i tassi di ospedalizzazione 2012 per MDC delle regioni *benchmark* (Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) e quelli della Regione Calabria per lo stesso anno;
- un'analisi della possibilità di recuperare la mobilità passiva.

2.3.1.1 Criteri per le valutazioni dell'appropriatezza dei ricoveri

È necessaria una riprogettazione organizzativa assistenziale come già previsto dal Piano di Rientro (punto 6 della DRG 585/2009), finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale (l'osservazione breve, il day service, i percorsi ambulatoriali complessi nei day service, le prestazioni ambulatoriali) sia in sede territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, case della salute), ed infine, presso il domicilio del paziente (vari tipi di assistenza domiciliare, sulla base di quanto previsto dal documento della Commissione LEA del 2006 sulla caratterizzazione delle cure domiciliari).

Pertanto, in continuità con quanto stabilito dal DPGR n. 18/2010, nel biennio si prevede il raggiungimento dell'obiettivo per le Aziende ospedaliere, per i presidi a gestione diretta, per l'INRCA e per tutte le strutture private accreditate, della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte in ricoveri diurni (per prestazioni chirurgiche) e in parte in prestazioni ambulatoriali e territoriali.

Con DPGR n. 5/2014 sono stati definiti i criteri di appropriatezza per le prestazioni ospedaliere relativamente ai DRG di cui agli allegati A e B del Patto della Salute 2010-2012.

2.3.1.2 Produzione appropriata

Applicando le regole di appropriatezza precedentemente descritte, il fabbisogno di ricoveri appropriato risulta come dalle tabelle seguenti (confrontando la situazione 2012 con quella del 2008).

Tabella 11: Produzione appropriata 2008 e tasso grezzo di ospedalizzazione

Ricoveri 2008	Acuzie	Postacuzie	Totale Produzione	Tasso osp
Totale produzione regionale rilevata	389.805	7.751	397.556	
Produzione appropriata	292.649	7.007	299.656	
Mobilità attiva appropriata	11.563	210	11.773	
Produzione per i propri residenti	281.086	6.797	287.883	143
Mobilità passiva	62.599	3.139	65.738	33
Totale consumo dei calabresi	343.685	9.936	353.621	176
	<i>Popolazione 2008</i>			<i>2.008.709</i>

Tabella 12: Produzione appropriata 2012 e tasso grezzo di ospedalizzazione

Ricoveri 2012	Acuzie	Postacuzie	Totale Produzione	Tasso osp
Totale produzione regionale rilevata	275.751	7.358	283.109	
Produzione appropriata	229.093	7.350	236.443	
Mobilità attiva	8.875	192	9.067	
Produzione per i propri residenti	220.218	7.158	227.376	116
Mobilità passiva	57.592	3.309	60.901	31
Totale consumo dei calabresi	277.810	10.467	288.277	147
Di cui al netto nido (spec. 31)				141
	<i>Popolazione 01/01/2013</i>			<i>1.958.238</i>

Con l'applicazione delle regole di appropriatezza, il tasso grezzo di ospedalizzazione scende a 147 ricoveri per mille assistiti (e a 141 ricoveri per mille assistiti al netto del nido).

Nella valutazione del tasso di ospedalizzazione standardizzato bisogna confrontare il tasso con l'obiettivo nazionale (160 ricoveri per mille assistiti). Il consumo di ricoveri sopra indicato include già la mobilità, mentre non contempla l'aggiustamento per età e sesso. La popolazione calabrese è più giovane rispetto alla media italiana ed è necessario aggiustare con il coefficiente utilizzato per il riparto (prestazioni ospedaliere) che corrisponde a circa 97%. Le tre regioni *bench-mark* hanno, invece, una popolazione più anziana corrispondente ad un coefficiente del 104%.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato della Regione Calabria, misurato secondo i criteri LEA, è pari a 162 per 1.000 abitanti, come da Griglia LEA anno 2012.

Tabella 13: Confronto tra l'obiettivo nazionale di tasso di ospedalizzazione standardizzato, il tasso calabrese aggiustato, il tasso calabrese appropriato aggiustato e quello delle regioni *bench-mark* aggiustato.

Tasso di ospedalizzazione per mille abitanti (al netto nido)	L'obiettivo massimo nazionale attuale	Il tasso effettivo calabrese 2012 (figura 8)	Il tasso calabrese appropriato 2012 (figura 10)	Il tasso delle regioni Bench-mark 2012
Acuzie e postacuzie	160	165	141	148
Coefficiente per età (*)	100%	97%	97%	104%
Tasso ricalcolato prendendo in considerazione l'età della popolazione	160	170	145	142

(*) per il calcolo del coefficiente per età sono state utilizzate le tabelle sulla popolazione pesata del riparto 2012-assistenza ospedaliera

Il confronto evidenzia che il tasso effettivo calabrese è ancora troppo alto rispetto al tetto nazionale e che il tasso delle regioni *bench-mark* è nettamente inferiore (142 ricoveri per mille abitanti). Anche il tasso calabrese appropriato aggiustato per età (145 ricoveri per mille abitanti) risulta leggermente più alto del *bench-mark*. Questi dati evidenziano, rispetto ad alcuni anni fa, che in tutta Italia il tasso di ospedalizzazione è in continua discesa, non soltanto in Calabria.

Si può quindi considerare una produzione di circa 240.000 ricoveri come un obiettivo di produzione appropriata da raggiungere, con la riserva di effettuare interventi mirati al recupero di prestazioni oggi erogate in mobilità passiva, seppure sia necessario approfondirne la composizione (si rimanda a paragrafo: "Recupero della mobilità passiva").

2.3.2 Recupero della mobilità passiva

2.3.2.1 La mobilità passiva nel 2012

In riferimento al fenomeno della Mobilità Passiva, si registra per l'anno 2012 (banca dati di riferimento: I fase "invio dei dati di attività"), un Tasso di Ospedalizzazione in mobilità extraregionale pari a 31 per 1.000 abitanti, relativo a 60.916 ricoveri, per un tariffato complessivo di 214.256.688€.

Aumentando il livello di dettaglio, tra i primi 10 DRG per numero di ricoveri si osserva la seguente composizione della casistica:

- 5 DRG potenzialmente inappropriati, 3 di tipo medico e 2 di tipo chirurgico
 - 5.182 ricoveri, 10.330.165€ tariffato;
- 1 DRG di alta complessità, di tipo chirurgico
 - 1.059 ricoveri, 10.206.194€ tariffato.

Se si considerano invece i primi 10 DRG per tariffato:

- 2 DRG potenzialmente inappropriati, di tipo medico
 - 2.915 ricoveri, 7.249.618€ tariffato;
- 5 DRG di alta complessità, di tipo chirurgico
 - 1.812 ricoveri, 27.915.321€ tariffato.

Nelle tabelle di seguito si riporta il dettaglio con stratificazione per DRG e classificazione per regime del ricovero.

Tabella 14: Primi 10 DRG in mobilità extraregionale - ordinamento discendente per numero di ricoveri.

Anno di rendicontazione 2012 - Primi DRG per volumi di ricovero									
DRG	Classe	M/C	TOTALE		Totale Regime Ordinario		Totale Regime Diurno		
			Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	410	Potenzialmente inappropriata	M	1.972	4.284.779	878	1.787.325	1.094	2.497.453
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	359	-	C	1.294	2.892.980	711	1.844.801	583	1.048.178
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	544	Alta complessità	C	1.059	10.206.194	1.059	10.206.194	-	-
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	256	Potenzialmente inappropriata	M	943	2.964.839	669	2.872.637	274	92.202
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	503	Potenzialmente inappropriata	C	802	1.404.569	550	954.331	252	450.238
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	125	-	M	756	1.432.813	715	1.372.173	41	60.641
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	467	Potenzialmente inappropriata	M	745	478.608	428	392.697	317	85.910
Interventi sulla tiroide	290	-	C	722	1.926.072	717	1.915.529	5	10.542
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	055	Potenzialmente inappropriata	C	720	1.197.370	477	803.044	243	394.327
Interventi sul piede	225	-	C	715	1.561.745	583	1.313.385	132	248.360

Tabella 15: Primi 10 DRG in mobilità extraregionale - ordinamento discendente per tariffato.

Anno di rendicontazione 2012 - Primi DRG per volumi di tariffato									
DRG	Classe	M/C	TOTALE		Totale Regime Ordinario		Totale Regime Diurno		
			Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	Ricoveri	Tariffato	
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	544	Alta complessità	C	1.059	10.206.194	1.059	10.206.194	-	-
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	104	Alta complessità	C	298	7.160.099	298	7.160.099	-	-
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	410	Potenzialmente inappropriata	M	1.972	4.284.779	878	1.787.325	1.094	2.497.453
Trapianto di midollo osseo	481	Alta complessità	C	54	3.955.566	54	3.955.566	-	-
Malattie degenerative del sistema nervoso	012	-	M	566	3.374.781	467	3.251.281	99	123.500
Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	541	Alta complessità	C	55	3.345.729	55	3.345.729	-	-
Interventi maggiori sul torace	075	Alta complessità	C	346	3.247.733	345	3.245.341	1	2.392
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	558	-	C	332	2.992.311	330	2.978.225	2	14.086
Malattie e traumasmi del midollo spinale	009	-	M	332	2.982.908	233	2.921.169	99	61.739
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	256	Potenzialmente inappropriata	M	943	2.964.839	669	2.872.637	274	92.202

In generale, considerando l'aggregazione per Classe DRG dell'intera produzione in Mobilità Passiva si registra la seguente composizione:

- Alta complessità Chirurgici ☐ 9% ricoveri, 35% tariffato;
- Alta complessità Medici ☐ 0,5% ricoveri, 1,5% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Chirurgici ☐ 14,5% ricoveri, 7% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Medici ☐ 23% ricoveri, 9% tariffato;
- Bassa e Media complessità Chirurgici ☐ 23% ricoveri, 25,5% tariffato;
- Bassa e Media complessità Medici ☐ 30% ricoveri, 22% tariffato.

In tabella si riportano i volumi di dettaglio con classificazione per regime di ricovero.

Tabella 16: Volumi di dettaglio con classificazione per regime di ricovero

Mobilità passiva File A anno 2012					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	12.141	1.907	50.370.008	4.646.335
Bassa e Media complessità	M	13.866	4.338	45.169.896	2.596.631
Alta complessità	C	5.473	41	74.002.539	136.119
Alta complessità	M	253	101	2.910.981	233.344
Potenzialmente inappropriato	C	4.540	4.301	8.128.504	6.551.571
Potenzialmente inappropriato	M	7.483	6.472	15.139.790	4.370.969
Totale		43.756	17.160	195.721.718	18.534.969

Analizzando il fenomeno della mobilità extraregionale in riferimento alla condizione anagrafica del paziente, oggetto di approfondimento nel corso delle diverse fasi che caratterizzano il processo di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, si registra, per i 60.916 ricoveri erogati fuori Regione, la seguente composizione percentuale:

- 2,5% ricoveri con contestazione anagrafica effettuata da Regione Calabria;
- 8,5% **“Falsa Mobilità”**, costituita da ricoveri erogati a soggetti con domiciliazione sanitaria fuori Regione:
 - Alta complessità Chirurgici **“ 0,6% ricoveri, 2,8% tariffato;**
 - Alta complessità Medici **“ 0,1% ricoveri, 0,2% tariffato;**
 - Potenzialmente inappropriati Chirurgici **“ 1% ricoveri, 0,4% tariffato;**
 - Potenzialmente inappropriati Medici **“ 2% ricoveri, 1% tariffato;**
 - Bassa e Media complessità Chirurgici **“ 1,6% ricoveri, 2% tariffato;**
 - Bassa e Media complessità Medici **“ 3,2% ricoveri, 2,8% tariffato.**
- 89% **“Vera Mobilità”**:
 - Alta complessità Chirurgici **“ 8% ricoveri, 31% tariffato;**
 - Alta complessità Medici **“ 0,5% ricoveri, 1% tariffato;**
 - Potenzialmente inappropriati Chirurgici **“ 13% ricoveri, 6% tariffato;**
 - Potenzialmente inappropriati Medici **“ 20,5% ricoveri, 8% tariffato;**
 - Bassa e Media complessità Chirurgici **“ 21% ricoveri, 23% tariffato;**
 - Bassa e Media complessità Medici **“ 26% ricoveri, 19% tariffato.**

In riferimento alle quote di **“Vera e Falsa Mobilità”**, nelle tabelle di seguito si riporta il dettaglio sulla composizione dei ricoveri, con stratificazione per classe e tipologia del DRG erogato e classificazione per regime di ricovero.

Tabella 17: Mobilità passiva File A anno 2012 I Fase (Invio dei Dati di Attività)- Ricoveri erogati a soggetti senza contestazione anagrafica da parte di Regione Calabria e SENZA domiciliazione sanitaria fuori Regione nell'anno (vera mobilità)

Mobilità passiva File A anno 2012 (I Fase) - Vera mobilità					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	11.063	1.721	45.447.688	4.167.984
Bassa e Media complessità	M	11.601	4.033	38.187.191	2.254.279
Alta complessità	C	4.995	34	66.588.621	110.123
Alta complessità	M	197	97	2.246.659	214.935
Potenzialmente inappropriato	C	4.181	3.859	7.531.190	5.884.156
Potenzialmente inappropriato	M	6.652	5.788	13.350.910	3.487.192
Totale		38.689	15.532	173.352.258	16.118.669

Tabella 18: Mobilità passiva File A anno 2012 I Fase (Invio dei Dati di Attività) - Ricoveri erogati a soggetti senza contestazione anagrafica da parte di Regione Calabria e CON domiciliazione sanitaria fuori Regione nell'anno (falsa mobilità)

Mobilità passiva File A anno 2012 (I Fase) - Falsa mobilità					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	803	149	3.790.528	385.363
Bassa e Media complessità	M	1.705	215	5.531.968	289.746
Alta complessità	C	376	5	6.019.763	19.400
Alta complessità	M	43	2	506.922	15.923
Potenzialmente inappropriato	C	251	339	420.470	510.587
Potenzialmente inappropriato	M	649	537	1.518.338	779.265
Totale		3.827	1.247	17.787.991	2.000.283

Ponendo l'attenzione sulla mobilità di confine e di prossimità (banca dati di riferimento: III fase - controdeduzioni), che costituisce complessivamente circa il 30% dei ricoveri effettuati extraRegione e circa il 27% del tariffato addebitato a Regione Calabria, da una prima analisi si registrano per le quattro Regioni oggetto di studio (Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia) i seguenti valori percentuali in termini di ricoveri e tariffato:

- Campania ☐ 5% ricoveri, 3,8% tariffato;
- Puglia ☐ 6,7% ricoveri, 8,2%;
- Basilicata ☐ 4,6% ricoveri, 3,5% tariffato;
- Sicilia ☐ 14,1% ricoveri, 11,3% tariffato.

Considerando l'aggregazione per Classe DRG della produzione in Mobilità Passiva nelle suddette Regioni di prossimità si registra la seguente composizione:

- Alta complessità Chirurgici ☐ 2,3% ricoveri, 8,7% tariffato;
- Alta complessità Medici ☐ 0,2% ricoveri, 0,5% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Chirurgici ☐ 4,8% ricoveri, 2,1% tariffato;
- Potenzialmente inappropriati Medici ☐ 6,8% ricoveri, 2,3% tariffato;
- Bassa e Media complessità Chirurgici ☐ 6,4% ricoveri, 6,9% tariffato;
- Bassa e Media complessità Medici ☐ 9,9% ricoveri, 6,2% tariffato.

Nelle tabelle di seguito si riportano i valori di dettaglio per singola Regione di prossimità, con stratificazione per classe e tipologia del DRG erogato e classificazione per regime di ricovero. I valori nelle tabelle sotto riportate, relativi alla mobilità di prossimità, sono al netto dei ricoveri con contestazione anagrafica effettuata da Regione Calabria e riconosciuta dalla Regione addebitante.

Tabella 19: Mobilità passiva File A anno 2012 ☐ Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: CAMPANIA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Campania					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	545	182	2.427.014	204.034
Bassa e Media complessità	M	629	251	1.727.200	140.021
Alta complessità	C	147	6	1.959.626	9.922
Alta complessità	M	12	3	127.213	28.377
Potenzialmente inappropriato	C	262	304	419.396	409.818
Potenzialmente inappropriato	M	273	419	365.287	233.522
Totale		1.868	1.165	7.025.736	1.025.694

Tabella 20: Mobilità passiva File A anno 2012 ☐ Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: PUGLIA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Puglia					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	885	44	3.827.735	117.064
Bassa e Media complessità	M	1.060	116	2.907.423	49.718
Alta complessità	C	564	1	8.195.480	1.851
Alta complessità	M	26	6	252.214	9.554
Potenzialmente inappropriato	C	371	98	620.531	151.308
Potenzialmente inappropriato	M	692	190	1.294.576	107.901
Totale		3.598	455	17.097.959	437.396

Tabella 21: Mobilità passiva File A anno 2012 ☐ Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: BASILICATA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Basilicata					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	429	102	1.615.548	239.747
Bassa e Media complessità	M	1.115	138	2.536.754	91.437
Alta complessità	C	115	3	1.422.225	13.025
Alta complessità	M	30	16	347.797	45.502
Potenzialmente inappropriato	C	146	149	223.710	223.656
Potenzialmente inappropriato	M	318	223	568.948	202.609
Totale		2.153	631	6.714.982	815.977

Tabella 22: Mobilità passiva File A anno 2012 ☐ Fase III (Controdeduzioni) Regione di destinazione: SICILIA

Mobilità passiva File A anno 2012 (Fase III) - Sicilia					
Classe DRG	Tipo DRG	Numero di ricoveri		Tariffato	
		Regime Ordinario	Regime Diurno	Regime Ordinario	Regime Diurno
Bassa e Media complessità	C	1.422	284	5.606.895	740.300
Bassa e Media complessità	M	1.677	1.023	5.500.550	429.298
Alta complessità	C	558	7	7.109.890	26.409
Alta complessità	M	32	7	308.178	7.838
Potenzialmente inappropriato	C	358	1.222	645.845	1.776.643
Potenzialmente inappropriato	M	889	1.119	1.817.895	356.664
Totale		4.936	3.662	20.989.253	3.337.151

Come previsto nell'ambito del PO 2013-2015, si identificano le linee guida per la costruzione del piano di recupero della mobilità.

2.3.2.2 Obiettivi per il recupero della mobilità passiva

A livello nazionale, l'attuale orientamento contempla la possibilità di prevedere un recupero di mobilità passiva nel calcolo del fabbisogno regionale. In considerazione del fatto che nella Regione Calabria i posti letto di post-acuzie programmati dal DCA n. 9/2015 rapportati alla popolazione al 1/1/2012 determinano una percentuale di copertura pari a 0,7 e che la criticità nella post-acuzie, come si evince dalla Tabella 3 di confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati, è principalmente dovuta alla mancata attivazione dei posti letto programmati, si prevede limitatamente alla attività in acuzie, di fissare un obiettivo finalizzato al recupero del 30% della mobilità passiva per acuti. Della suddetta percentuale, per i motivi indicati nei paragrafi successivi, si prevede di ricomprendere il 20% nei posti letto già programmati e il 10% ad integrazione (in incremento) del fabbisogno di posti letto. Tale incremento potrà essere implementato, nelle strutture pubbliche a gestione diretta, in funzione della messa a regime delle reti programmate ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza. L'eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a gestione indiretta e quindi di attività assistenziale erogata per conto del Servizio Sanitario regionale (erogatori privati) verrà valutato in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria, in particolare con l'obiettivo di:

- fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
- razionalizzare l'offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari;
- definire il contraddittorio esistente con alcune strutture in conseguenza del limitato periodo di vigenza del DCA n. 29/2013.

Le prestazioni target per il recupero della mobilità sono indicate nel paragrafo successivo.

La possibilità di un recupero della mobilità passiva richiede investimenti di:

- personale (competenze specialistiche);
- risorse tecnologiche;
- qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell'offerta);
- comfort alberghiero;
- facilità di accesso (es. abbattimento delle liste di attesa).

Tali investimenti normalmente necessitano di qualche anno per essere completati. Un elemento di forza in questa fase è rappresentato dalla riorganizzazione operativa delle reti assistenziali per intensità di cura. Si prevede

pertanto di programmare gli specifici investimenti, da implementare nel medio periodo, nell'ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), con particolare riferimento alla rete oncologica, al PDTA della tiroide e dell'ortopedia.

2.3.2.3 Prestazioni target per il recupero

In generale, emerge che una parte rilevante della mobilità riguarda casi di bassa e media complessità. Si ritiene pertanto di poter incidere nel breve e medio periodo per il recupero di tale quota attraverso azioni finalizzate alla fidelizzazione della popolazione quali la promozione dei servizi e dei percorsi riorganizzati attraverso specifiche campagne di informazione. A tal fine le reti e i PDTA dovranno contenere la programmazione delle azioni di comunicazione e informazione.

Relativamente ai DRG a più alta complessità si ritiene che gli interventi di recupero necessitino di una tempistica maggiore in quanto subordinati ad investimenti in termini di risorse tecnico professionali su cui in questo primo periodo si potrà intervenire prevalentemente con percorsi formativi e di affiancamento.

Dall'analisi sopra riportata emerge che i flussi migratori in particolare riguardanti i **ricoveri chirurgici delle discipline di ortopedia e oncologia, nonché gli interventi sulla tiroide**, rappresentano una parte importante della mobilità passiva. Nelle tabelle seguenti si riporta l'analisi della mobilità extra regionale relativa ai ricoveri chirurgici sopra richiamati.

Chirurgia oncologica

Tabella 23: Mobilità extraregionale per interventi chirurgici per area geografica

Area	ASP	Tumore mammella	Tumore colon retto	Tumore prostata	Tumore vescica	Tumore polmone	Neoplasie ginecologiche	Totale
Nord	Cosenza	204	134	130	161	59	83	771
Centro	Catanzaro	32	44	48	42	28	41	235
	Crotone	50	17	33	37	10	18	165
	Vibo Valentia	35	46	20	24	17	14	156
<i>Totale Area Centro</i>		<i>117</i>	<i>107</i>	<i>101</i>	<i>103</i>	<i>55</i>	<i>73</i>	<i>556</i>
Sud	Reggio Calabria	185	139	91	102	90	65	672
Totale		506	380	322	366	204	221	1.999

Tabella 24: Mobilità extraregionale Chemioterapia

Area	ASP	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale
						RO + DH
Nord	Cosenza	298	1.153	469	3.009	767
Centro	Catanzaro	104	370	97	708	201
	Crotone	65	270	74	565	139
	Vibo Valentia	96	329	101	629	197
<i>TOTALE Area Centro</i>		<i>265</i>	<i>969</i>	<i>272</i>	<i>1902</i>	<i>537</i>
Sud	Reggio Calabria	321	1.265	316	2.046	637
Totale		884	3.387	1.057	6.957	1.941

Il fenomeno della mobilità extraregionale dei cittadini calabresi risulta omogeneo per le tre aree geografiche (Nord, Centro, Sud).

I dati relativi alla mobilità extraregionale per gli interventi chirurgici dei maggiori tumori e di chemioterapia vedono uno spostamento in particolare verso strutture delle regioni Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna.

Un fenomeno da considerare è la mobilità passiva verso strutture di regioni confinanti o viciniori come la Sicilia e la Puglia con le quali sarà valutata l'opportunità di sottoscrivere specifici accordi.

I ricoveri per gli interventi chirurgici delle maggiori patologie oncologiche effettuati in mobilità passiva nell'anno 2012 sono stati 1.999, pari al 37% del volume complessivo. La tabella seguente riporta l'analisi dei dati per specifica patologia.

Tabella 25: Confronto dati ricoveri mobilità extraregionale e produzione regionale sui propri assistiti per interventi chirurgici

Tumore	(a) Produzione Regione	(b) Produzione mobilità	(a+b) Totale	% Regione /Totale	% Mobilità /Totale
Mammella	688	506	1.194	58%	42%
Colon Retto	838	380	1.218	69%	31%
Prostata + Vescica	1.321	688	2.009	66%	34%
Polmone	123	204	327	38%	62%
Neoplasie ginecologiche	371	221	592	63%	37%
Totale	3.341	1.999	5.340	63%	37%

Tra le cause della mobilità passiva relativa al trattamento di tumori vi sono: la ricerca dell'efficacia clinica, la ricerca dell'efficienza, la ricerca di un servizio più orientato alle esigenze del malato, l'esigenza di comunicazione con il paziente. Colmare il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria nel trattamento dei tumori rispetto alle altre realtà regionali rappresenta quindi un asse prioritario nella programmazione della rete oncologica regionale.

Si prevede pertanto di intervenire sui punti che attualmente rivestono maggiore criticità, ed in particolare:

- attivazione della rete oncologica regionale;
- implementazione dei programmi di screening;
- suddivisione dei ricoveri per intensità di cura;
- incremento dei volumi di attività di chirurgia oncologica;
- rafforzamento degli organici esistenti attraverso investimenti sulla formazione ai fini dell'acquisizione e il miglioramento di competenze specialistiche (clinical competence);
- investimento nella organizzazione effettiva della rete regionale che dovrà essere gestita, sulla base del modello proposto, sia a livello di Area che a livello regionale con la definizione di indicatori di processo e di esito dei diversi percorsi terapeutici assistenziali;
- definizione di un piano degli investimenti strutturali e tecnologici;
- implementazione del sistema informativo oncologico.

Se da una parte la mobilità è un'inevitabile libera scelta del cittadino, è pur vero che essa si manifesta sempre come distorsione di una domanda dettata dallo squilibrio nel rapporto tra domanda stessa, bisogni e offerta interna. Tra gli obiettivi di riduzione della mobilità passiva relativa alla cura dei tumori, bisognerà pertanto ricostruire il giusto rapporto tra le precedenti istanze anche modulando la quantità e/o qualità dell'offerta. In tal senso, in linea con le analisi e la programmazione contenuta nel documento relativo alla rete oncologica di cui al DCA n. 10 del 2 aprile 2015, si prevede un aumento del 20% dei volumi attuali degli interventi chirurgici per le maggiori sedi tumorali (mammella, colon retto, polmone, tumori ginecologici, prostata e vescica), quando tutti i relativi PDTA saranno implementati.

Interventi sulla tiroide

Per quanto riguarda gli interventi sulla tiroide emerge una mobilità passiva consistente. Gli interventi effettuati in regione Calabria nell'anno 2012 sono infatti n. 860, quelli effettuati dai cittadini calabresi in altre regioni sono 734. Le tabelle seguenti riportano il dettaglio dei ricoveri per regione e azienda sanitaria.

Tabella 26: ricoveri effettuati dalle strutture della Regione Calabria per interventi sulla tiroide (2012)

Regione di ricovero	ASR	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO+DH
180 Calabria	180201 - A.S.P. Cosenza	221	870	2	3	223
	180202 - A.S.P. Crotone	9	47	0	0	9
	180203 - A.S.P. Catanzaro	37	144	0	0	37
	180204 - A.S.P. Vibo Valentia	73	255	0	0	73
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	121	480	0	0	121
	180912 - Azienda Ospedaliera Di Cosenza	74	322	55	115	129
	180913 - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio Catanzaro	62	381	0	0	62
	180914 - A.O. Mater Domini Catanzaro	133	668	0	0	133
	180915 - Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	73	297	0	0	73
	Totale		803	3.464	57	118

Tabella 27: mobilità passiva per interventi sulla tiroide (2012)

Regione di ricovero	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale (RO+HD)
090 - Toscana	269	699	0	0	269
120 - Lazio	151	736	1	2	153
190 - Sicilia	116	487	0	0	116
030 - Lombardia	47	206	0	0	47
160 - Puglia	43	224	0	0	43
080 - Emilia Romagna	34	192	3	12	46
050 - Veneto	14	58	0	0	14
010 - Piemonte	13	44	0	0	13
100 - Umbria	10	53	0	0	10
170 - Basilicata	7	28	0	0	7
070 - Liguria	3	8	1	3	6
130 - Abruzzo	3	15	0	0	3
150 - Campania	3	13	0	0	3
060 - Friuli Venezia Giulia	2	12	0	0	2
042 - P.A. Trento	1	7	0	0	1
140 - Molise	1	3	0	0	1
Totale					734

Considerata l'elevata prevalenza di patologie tiroidee nella regione e l'introduzione negli ultimi anni di tecniche diagnostiche più raffinate che permettono l'identificazione di disfunzioni subcliniche o di piccole formazioni nodulari non rilevabili all'esame clinico, si ritiene possibile individuare specifiche azioni per il recupero della mobilità passiva.

In particolare, sarà definito un percorso diagnostico terapeutico che, attraverso un approccio per processi, consentirà di strutturare e integrare le attività e gli interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (territorio, ospedale) sono coinvolte nella presa in cura del cittadino. Il percorso consentirà inoltre di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle Linee Guida procedurali, alle risorse disponibili conducendo, attraverso la misura delle attività e degli esiti, al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia di ogni intervento e al recupero della mobilità passiva che si ipotizza possa essere del 20% nell'arco di un biennio.

Interventi di chirurgia ortopedica

Per quanto riguarda la chirurgia ortopedica emerge una mobilità passiva pari ad oltre il 50% della produzione regionale. Gli interventi effettuati in regione Calabria nell'anno 2012 sono stati infatti n. 9.645, quelli effettuati dai cittadini calabresi in altre regioni sono stati 4.927. Le tabelle seguenti riportano il dettaglio dei ricoveri per regione e azienda sanitaria.

Tabella 28: ricoveri effettuati dalle strutture della Regione Calabria per interventi di chirurgia ortopedica (2012)

Regione di ricovero	ASR	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO+DH
180 - Calabria	180201 - A.S.P. Cosenza	1.755	13.786	29	63	1.784
	180202 - A.S.P. Crotona	438	4.108	1	1	439
	180203 - A.S.P. Catanzaro	2.064	13.737	69	89	2.133
	180204 - A.S.P. Vibo Valentia	346	3.073	54	60	400
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	2.401	24.573	242	243	2.643
	180912 - Azienda Ospedaliera Di Cosenza	683	6.239	58	95	741
	180913 - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio (Catanzaro)	758	8.416	17	17	775
	180914 - A.O. Mater Domini (Catanzaro)	73	571	66	67	139
	180915 - Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli (Reggio Calabria)	581	5.617	10	10	591
Totale		9.099	80.120	546	645	9.645

Tabella 29: mobilità passiva per interventi di chirurgia ortopedica (2012)

Regione di ricovero	RO Dimessi	RO Giornate	DH Dimessi	DH Accessi	Totale RO+DH
080 - Emilia Romagna	1.029	6.568	67	70	1.096
030 - Lombardia	758	4.837	10	10	768
120 - Lazio	615	3.765	118	191	733
090 - Toscana	484	2.444	29	29	513
190 - Sicilia	387	2.066	72	72	459
160 - Puglia	345	1.897	10	19	355
010 - Piemonte	171	1.278	37	42	208
150 - Campania	164	937	34	74	198
170 - Basilicata	146	999	26	48	172
100 - Umbria	135	359	12	12	147
050 - Veneto	110	906	26	41	136
070 - Liguria	45	338	10	14	55
110 - Marche	24	106	2	2	26
130 - Abruzzo	16	115	2	2	18
060 - Friuli Venezia Giulia	13	104	6	6	19
140 - Molise	8	60	0	0	8
042 - P.A. Trento	5	21	2	2	7
020 - Valle d'Aosta	3	19	0	0	3
041 - P.A. Bolzano	3	25	0	0	3
200 - Sardegna	2	26	1	1	3
Totale	4.463	26.870	464	635	4.927

Il fenomeno della mobilità interregionale per la chirurgia ortopedica, in particolare quella protesica è consistente. Se è vero che esistono tipologie di mobilità dipendenti da fattori peculiari (temporanea lontananza dalla regione per motivi di lavoro o di studio) o proprie di patologie e procedure medico-chirurgiche estremamente rare, per le quali può ritenersi giustificato il ricorso a Centri di eccellenza su altri territori nazionali, altrettanto non può dirsi per la chirurgia protesica la quale presenta significativi saldi passivi di mobilità. Si tratta, nel caso specifico, di mobilità in larga parte evitabile, legata all'adeguatezza dell'offerta, ma anche a sfiducia e disinformazione; tali problematiche potrebbero essere adeguatamente contrastate favorendo politiche volte all'ottimizzazione delle risorse e al potenziamento delle strutture già esistenti e promuovendo, anche attraverso una corretta e completa informazione ai cittadini, l'attività delle strutture sanitarie già in grado di offrire buoni standard qualitativi.

Si prevede pertanto di intervenire sui punti che attualmente rivestono maggiore criticità, ed in particolare:

- definizione del PDTA per gli interventi di ortopedia (protesizzazione);
- riduzione del tempo medio di attesa per gli interventi chirurgici;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie con relativo incremento degli interventi;
- incremento dei volumi di attività di chirurgia ortopedica con significativi saldi passivi di mobilità;
- rafforzamento degli organici esistenti attraverso investimenti sulla formazione ai fini dell'acquisizione e il miglioramento di competenze specialistiche (clinical competence);
- definizione di un piano degli investimenti strutturali e tecnologici;
- definizione piano di informazione e promozione ai cittadino.

2.3.2.4 Accordi di confine

Inoltre, alla luce della rilevante quota di attività di ricovero extraregionale rappresentata dalla mobilità di confine e di prossimità, si procederà a definire i relativi accordi con le Regioni interessate.

2.3.3 Il nuovo fabbisogno per l'assistenza ospedaliera

A partire dal fabbisogno di prestazioni ospedaliere individuate e delle aree di prestazioni attualmente erogate in mobilità passiva per le quali si sono previsti interventi di recupero, di seguito si illustrano i razionali per l'aggiornamento delle dotazioni programmate di posti letto.

L'andamento attuale dell'attività di ricovero evidenzia un potenziale problema legato all'attuale fase di riorganizzazione della rete Calabrese non ancora a regime. In dettaglio:

- il percorso di riordino della rete delle post-acute non è ancora stato attuato;
- le reti di specialità non sono state ancora completamente attuate;
- la riorganizzazione della rete ospedaliera programmata con il DCA n. 9/2015 non è ancora completamente implementata;
- la programmazione della rete territoriale è stata ultimata con il DCA n. 76/2015 ed è in fase iniziale la sua implementazione da parte delle aziende sanitarie.

Gli obiettivi sopra esposti richiedono dei tempi per essere realizzati in pieno. È necessario proseguire ad implementare la rete ospedaliera come disegnata, attivando un'integrazione all'interno del singolo presidio e tra i presidi di ciascuna rete ospedaliera.

Il rafforzamento del Distretto attraverso le Case della Salute non è ancora stato realizzato e l'assistenza territoriale presenta ancora scostamenti importanti rispetto agli standard nazionali. Pertanto le azioni di adeguamento dell'attuale offerta al fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate potranno essere effettuate contestualmente all'attivazione dell'integrazione tra ospedale e territorio e dell'assistenza distrettuale.

I posti letto pubblici programmati non ancora attivati sono 836 (4.697 pl programmati vs n. 3.861 attivi) di cui n. 645 pl di acuzie e 191 pl di post-acuzie.

La criticità relativa alla non attivazione dei posti letto pubblici programmati è principalmente dovuta alla mancata attivazione dei pl di post-acuzie (come si evince dalla Tabella 3 di confronto tra pl programmati e pl attivati), da attribuire alla non disponibilità delle professionalità necessarie. Al fine di attivare la rete nel più breve tempo possibile si è comunque provveduto a riallocare le unità operative di riabilitazione (cod.56) e lungodegenza (cod. 60) degli ex ospedali riconvertiti in Case della Salute nei presidi ospedalieri Spoke e Generali del territorio di afferenza. In particolare, i posti letto di post-acuzie delle Case della Salute dell'area nord (Praia a Mare, Mormanno) sono stati riallocati negli Spoke di Rossano-Corigliano, Cetraro Paola e Castrovillari. I posti letto di post-acuzie delle Case della Salute/strutture territoriali dell'area sud (Scilla, Oppido Mamertina e Cittanova) sono stati riallocati negli Spoke di Locri e nell'ospedale Generale di Melito Porto Salvo. L'attivazione dei pl riallocati è prevista:

- n. 91 entro il 30/06/2016;
- n. 100 entro il 31/12/2017.

Anche relativamente ai posti letto per acuti si ritiene necessario, al fine di garantire le prestazioni ospedaliere ai cittadini domiciliati in Calabria e cittadini che fruiscono di prestazioni in mobilità attiva, incrementare l'offerta ospedaliera di cui al fabbisogno espresso dal DCA n. 9/2015 pari a 6.494 posti letto, di cui per acuti 5.130 e per post-acuzie 1.364, adeguando inoltre per la post-acuzie la dotazione programmata allo standard corretto per mobilità (0,64/1000 ab.).

In relazione all'esigenza di affrontare il recupero della mobilità passiva, si ritiene necessario fissare uno specifico obiettivo relativo al recupero del 30% della mobilità passiva. Della suddetta percentuale, per i motivi sopra esposti, si prevede di ricomprendere il 20% nei posti letto già programmati e il 10% ad integrazione (in incremento) del fabbisogno di cui al DCA n. 9/2015 di posti letto per acuti. Tale incremento potrà essere implementato, nelle strutture pubbliche a gestione diretta, in funzione della messa a regime delle reti programmate ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza, nonché a seguito dell'implementazione di un efficace sistema di *governance* delle reti dell'emergenza urgenza, ospedaliera e territoriale. Pertanto, il percorso di assegnazione dei posti letto programmati in incremento per il recupero della mobilità passiva, seguirà i criteri di valutazione sopra richiamati e i posti letto saranno assegnati alle unità operative che, in condizione di efficienza e di appropriatezza, avranno saturato l'utilizzo dei posti letto già attivi. L'eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a gestione indiretta e quindi di attività assistenziale erogata per conto del Servizio Sanitario regionale (erogatori privati) verrà valutato in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria, ed in particolare con l'obiettivo di:

- fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
- razionalizzare l'offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari;
- definire il contraddittorio esistente con alcune strutture in conseguenza del limitato periodo di vigenza del DCA n. 29/2013.

Di conseguenza, come illustrato nella seguente tabella, la dotazione programmata di posti letto è pari a **6.850 posti letto**, di cui **5.554 posti letto per acuti** e **1.296 posti letto per post-acuzie**.

Tabella 30: Fabbisogno rete ospedaliera

		PL equivalenti (ante percorso appropriatezza)	PL attivati (HSP12-13)	Fabbisogno PL DPGR n.18/2010	PL Assegnati con DPGR 106-136/11 26-106-174-175/12 57/13	PL Assegnati con DCA 9 - 38/2014	Fabbisogno Programmato da presente documento
		A	B	C	D	E	F
Pubblico	G=H+I		3.861	4.825	4.422	4.531	4.697
di cui Acuzie	H		3.691	4.031	4.042	4.090	4.336
di cui Postacuzie	I		170	794	380	441	361
Privato	L=M+N		1.884	1.570	1.876	1.864	1.864
di cui acuzie	M		1.038	1.000	976	941	941
di cui postacuzie	N		846	570	900	923	923
Recupero Mobilità Passiva							
di cui acuzie	O					99	289
Totale	P=G+L+O	5.480	5.954	6.395	6.298	6.494	6.850
PL x 1.000 ab		2,8	3,0	3,2	3,2		3,4
di cui acuzie	Q=H+M+O	4.839	4.906	5.031	5.018		5.566
PL Acuzie x 1.000 ab		2,4	2,5	2,5	2,5		2,8
di cui postacuzie	R=I+N	641	1.048	1.364	1.280		1.284
PL Postacuzie x 1.000 ab		0,3	0,5	0,7	0,6		0,6

I Posti Letto sono al netto dei PL Tecnici.

Con periodicità almeno biennale, in funzione della messa a regime della rete territoriale e dei percorsi per il recupero della mobilità passiva, la presente programmazione sarà aggiornata al fine di adeguare la dotazione di posti letto alle mutate condizioni esterne, sempre in ossequio a quanto previsto nel DM Salute n. 70/2015. Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera che, all'art. 1, comma 3 prevede il calcolo dello standard di pl corretto con il saldo di mobilità.

Sintesi della dotazione di posti letto

Posti letto Acuti		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	3.876	4.407
	Per 1.000 ab.	1,95	2,21
Day Hospital	Numero	596	396
	Per 1.000 ab.	0,30	0,20
Day surgery	Numero	257	474
	Per 1.000 ab.	0,13	0,24
Posti letto Riabilitazione		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Ordinari	Numero	697	847
	Per 1.000 ab.	0,35	0,43
Day Hospital	Numero	76	81
	Per 1.000 ab.	0,04	0,04
Posti letto Lungodegenza		Situazione attuale (al 01/01/2016)	Situazione programmata
Numero	243	356	
Per 1.000 ab.	0,12	0,18	
Totale		5.745	6.561

Nella tabella sono indicati i posti letto assegnati, esclusi i 289 programmati, ma allo stato attuale non assegnati e quindi non configurabili come ordinari, DH o DS.

Posti letto di residenzialità territoriali ⇨ criteri di equivalenza ai Posti letto ospedalieri

L'articolo 1, comma 3, lettera c), del DM n. 70/2015, ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto nel rispetto di un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza, considera equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le Regioni e le Province Autonome coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, con alcune eccezioni.

P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri	2.016	Note
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A1)	R1 = pl 154 RRE1 - RRE2 = pl 507 Totale = pl 661(*)	Il seguente rapporto tra PL autocertificati dalla Regione e PL territoriali residenziali in NSIS (A1+A2) / [(PL totali modello STS 24 Quadro G) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)] deve risultare compreso nell'intervallo (0,98 e 1,02)
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN < tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera totali (A2)	R2 = pl 1.358 R3 = pl 1.100 RD4 = pl 246 RD5 = pl 332 Totale = pl 3.036	
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n.38 per le cure palliative e terapia del dolore (B)	Hospice = pl 21	Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 5 [Assistenza malati terminali])
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture sanitarie per la salute mentale (C)		Deve risultare <= (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 1 [Assistenza psichiatrica])
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D)		Deve risultare <= [(PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 3 [Assistenza ai disabili psichici]) + (PL modello STS 24 Quadro G Tipo assistenza 4 [Assistenza ai disabili fisici]) + (PL modello RIA 11 Quadro F assistenza residenziale)]
P.I. residenzialità presso strutture sanitarie territoriali con tariffa giornaliera a carico SSN pari o superiore alla tariffa giornaliera lungodegenza ospedaliera presso strutture residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011) (E).		
P.L. di residenzialità da considerare equivalenti ai P.L. ospedalieri [A1 - B - C - D - E]		
Per 1.000 ab.		

Sono in corso di revisione i nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento, all'esito dei quali verranno ridefinite le nuove tariffe per l'assistenza territoriale, in coerenza con i valori osservati nelle altre Regioni italiane. Si ritiene, pertanto, che all'esito delle azioni descritte, non vi saranno posti letto di assistenza territoriale con tariffe superiori a quella della lungodegenza ospedaliera.

2.4 Principi, indirizzi e criteri per lo sviluppo della rete ospedaliera

Il presente paragrafo descrive i principi, gli indirizzi ed i criteri per lo sviluppo della rete ospedaliera, fornendo le precisazioni affinché la configurazione e l'attuazione della rete ospedaliera sia compatibile con vincoli ed esigenze di seguito riportati:

- concentrazione e specializzazione dell'offerta degli erogatori;

- adeguamento della rete ospedaliera ai criteri organizzativi del DCA n. 9/2015 e del presente decreto con riconduzione, per quanto possibile, al modello strutturale ivi previsto;
- definizione della dotazione minima di posti letto per struttura complessa;
- compatibilità con gli interventi realizzati o in corso di realizzazione mediante finanziamenti pubblici;
- definizione dell'offerta dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini che deve avvenire di concerto con l'Università degli Studi Magna Græcia;
- sperimentazione di *partnership* con erogatori privati di elevato standing finalizzate al trasferimento di competenze (formazione) e al miglioramento della percezione della qualità dell'offerta sanitaria e, di conseguenza, all'aumento della fiducia del cittadino nel SSR.

La configurazione per struttura è illustrata nelle relative schede costituenti l'**Allegato 1** al decreto, contenente le dotazioni rilevate dal NSIS a febbraio 2016 (HSP 12), e la nuova configurazione oggetto della presente programmazione.

2.4.1 Concentrazione e specializzazione dell'offerta degli erogatori

Nel disegno della rete ospedaliera si è tenuto conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza che richiede ai presidi una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i casi ad alta complessità; la Regione, con DCA n. 9/2015, ha approvato la rete integrata ospedaliera e dell'emergenza-urgenza, sulla base del modello "Hub e Spoke". L'attuale Rete di emergenza distingue i presidi in quattro gruppi (Hub, Spoke, Presidi ospedalieri sede di Pronto Soccorso, Presidi ospedalieri in zone disagiate), le cui caratteristiche sono descritte nella rete dell'emergenza-urgenza;
- la concentrazione delle patologie complesse di urgenza presso gli HUB (Cardiovascolari, Stroke, Politrauma, Ostetrico-Neonatale, Pediatrica...);
- la concentrazione delle specialità come indicato dalla Tabella "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina" (**Allegato 2**) di cui agli standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina contenuti nel Decreto Ministero della Salute n. 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ed in coerenza con gli attuali orientamenti contenuti nel Patto della Salute;
- l'aumento di offerta in settori che risultano carenti e riduzione in quelli che evidenziano eccedenza;
- l'integrazione degli erogatori privati all'interno del cluster;
- le caratteristiche dimensionali della rete ospedaliera esistente che permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 PL).

In tal senso saranno favoriti soprattutto per la parte di offerta privata, ulteriori ed eventuali percorsi di riorganizzazione che garantiscano, in particolare, per ambiti specifici (oculistica, ortopedia, cardiologia, urologia, materno infantile), la conformazione di strutture dedicate purché assicurino direttamente o con accordi formali l'iter diagnostico terapeutico riabilitativo completo per la patologia presa in carico (esempio punto parto con contestuale neonatologia/pediatria, ortopedia con contestuale riabilitazione, cardiologia con contestuale riabilitazione). Saranno altresì favoriti percorsi di riorganizzazione e di concentrazione, anche fisica, delle strutture in coerenza con il raggiungimento dei livelli dimensionali, di volumi ed esiti definiti dal DM Salute n. 70/2015 oltreché finalizzati alla specializzazione delle strutture.

Nella riorganizzazione della rete ospedaliera oggetto del presente documento è stata presa a riferimento l'articolazione strutturale contenuta nella Tabella "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina" (**Allegato 2**) di cui agli standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina contenuti nel DM Salute n.

70/2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

2.4.2 Ulteriori aspetti organizzativi

Sono individuati i seguenti ulteriori criteri organizzativi per quanto non definito dalla rete ospedaliera di cui al presente documento cui le aziende dovranno attenersi nel processo di riorganizzazione delle attività:

- i servizi di Radioterapia, Radiologia interventistica, Medicina nucleare, Dialisi (per i posti tecnici dedicati all'attività dialitica), Nido (per le culle), Osservazione breve intensiva, devono intendersi dotati di posti letto tecnici non rientranti negli standard dei posti letto per acuti; mentre i posti letto di MCAE (Medicina e Chirurgia di accettazione ed emergenza) sono considerati posti letto effettivi, che rientrano nello standard numerico.
- l'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione costituisce un'unica struttura complessa alla quale afferiscono le attività di rianimazione, anche quando dotate di posti letto, e le attività anestesiolgiche; nel presente decreto i posti letto di terapia intensiva attribuiti alle singole strutture sono da intendersi comprensivi dei posti letto di rianimazione e di quelli di terapia intensiva, post chirurgica;
- i posti letto di UTIC, UTIN e SU fanno capo all'unica Unità Operativa complessa Cardiologica, Neonatologica e Neurologica, rispettivamente;
- nei presidi in cui la funzione di neonatologia è garantita da una dotazione di posti letto inferiore a 10, e non vi è la presenza di UTIN, le relative strutture (semplici) sono accorpate a quelle di pediatria;
- nelle Pediatrie è prevista una struttura semplice di diabetologia pediatrica in coerenza con quanto previsto dalla rete diabetologia pediatrica.
- attività specialistiche ambulatoriali di cardiologia sono obbligatorie nei presidi pubblici dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina. Inoltre, le consulenze specialistiche delle discipline assenti nei presidi pubblici devono essere comunque assicurate in ambito Aziendale;
- le Unità di lungodegenza, laddove presenti negli ospedali pubblici, sono qualificate come strutture semplici polispecialistiche aggregate alle Unità di medicina generale;
- i posti letto di SPDC e la relativa Unità Operativa Complessa sono attribuiti alla struttura in cui sono allocati;
- per quanto riguarda l'offerta pubblica, poiché l'attività di post-acuzie è attività ospedaliera che non può essere svolta da strutture territoriali non può essere erogata presso alcuna struttura territoriale e più specificatamente nelle Case della Salute.

2.4.3 Protocolli con l'Università

La Regione Calabria ha decretato con DPGR n. 110/2012 la proposta di protocollo di intesa tra la Regione e l'Università degli Studi Magna Græcia, essendo il precedente scaduto nell'anno 2008. Il Protocollo regola, per legge, i rapporti tra l'Università e la Regione in materia di attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza svolta per conto del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dell'autonomia delle strutture competenti e negli interessi comuni della tutela della salute della collettività, della formazione di eccellenza, dello sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria. Si regolano, in particolare, l'assetto organizzativo, la programmazione, la gestione economico-finanziaria e patrimoniale dell'Azienda ospedaliero-universitaria.

I Ministeri affiancanti hanno espresso, con parere n. 46 del 24 gennaio 2013, specifici rilievi nei confronti del contenuto del modello di Accordo approvato dal DPGR n. 110/2012, successivamente ribaditi in sede di Tavolo di Verifica. La Regione ha, conseguentemente, proceduto alla riformulazione del modello di Accordo e, previa negoziazione con l'Università, ha trasmesso in approvazione preventiva una nuova proposta di accordo.

La nuova bozza è stata valutata con parere prot. CALABRIA-DGPROG-13/06/2014-0000135-P: si è, pertanto, provveduto ad istruire le variazioni necessarie per superare gli ulteriori rilievi formulati dai Ministeri affiancanti, sempre previa negoziazione con la controparte universitaria.

Il documento, così aggiornato, non ha però potuto terminare l'iter amministrativo poiché, a seguito delle dimissioni del Presidente della Giunta regionale anche dalla carica di Commissario ad acta per la sanità, dal marzo del 2014 al settembre 2014 e da dicembre 2014 a marzo 2015, la struttura commissariale non ha potuto operare nella sua interezza e quindi adottare atti di programmazione.

Nel frattempo è intervenuta la nuova programmazione sanitaria (DCA n. 9 del 4 aprile 2015), le cui novità introdotte, prima tra tutte l'integrazione tra l'Azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio e l'Azienda ospedaliero universitaria Mater Domini oltreché l'esigenza di aggiornare la configurazione dell'offerta sanitaria in coerenza con i parametri del DM Salute n. 70/2015, hanno richiesto un ulteriore aggiornamento del Protocollo di Intesa.

In data 2 marzo 2016, acquisita l'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università Magna Graecia di Catanzaro, è stata inviata in preventiva approvazione ai Ministeri vigilanti, la nuova bozza di Protocollo di Intesa.

2.4.4 Partnership con gli erogatori privati

2.4.4.1 Convenzione Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro e Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Le finalità dell'intesa tra l'AO di Catanzaro e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma sono state:

- dotare l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio della Regione Calabria di un "Centro Pediatrico Specialistico" per l'assistenza di I e II livello, con i requisiti strutturali e organizzativi corrispondenti agli standard di eccellenza, di attività, di processo e di prodotto indicati nelle normative vigenti;
- contenere la mobilità extra-regione di pazienti pediatrici, con contestuale riduzione degli oneri a carico della Regione Calabria;
- qualificare e aggiornare il personale appartenente all'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio.

La finalità principale quindi è stata quella del recupero della fiducia nelle istituzioni calabresi e di un aggiornamento delle pratiche e dei processi operativi locali, da importare nella AO di Catanzaro e creando effetti virtuosi nell'intera rete pediatrica regionale.

La convenzione ha avuto come obiettivo il trasferimento di *know how*, il miglioramento delle procedure cliniche interne, la valorizzazione delle competenze interne, da cui ne consegue un miglioramento della qualità e quindi della fiducia dei cittadini verso le capacità regionali. L'intesa ha previsto i seguenti vantaggi per la Regione:

- creazione di un Centro capace di trattenere la popolazione pediatrica riducendo nel tempo la mobilità passiva mediante una convenzione con l'attuale principale riferimento extra-regionale per la cura delle patologie pediatriche;
- riduzione dei costi attraverso l'integrazione del personale locale già strutturato (medico ed infermieristico) con il personale appartenente al partner prescelto, con programmazione di rotazione su base settimanale dei medici specialisti in ragione della casistica espressa nelle liste di prenotazione;
- adozione di protocolli e procedure rispondenti a criteri internazionali che permettano una gestione più appropriata delle patologie prese in carico, con una diminuzione virtuosa del costo assistenziale;
- individuazione di percorsi clinico assistenziali integrati per quei pazienti che necessitano di cure altamente specializzate e non disponibili localmente perché erogabili da strutture di terzo livello;
- aggiornamento e riqualificazione professionale del personale locale per un trasferimento dell'expertise ai professionisti locali.

L'Intesa con l'OPBG si è concentrata nella fase 1, ovvero nella creazione del "Centro Chirurgie Pediatriche" presso l'AO di Catanzaro, prevedendo la presenza presso l'AO di due risorse appartenenti all'OPBG, nonché l'invio settimanale di specialisti sulla base delle necessità della popolazione pediatrica locale. Il costo annuo di tale soluzione è stato pari a circa 1 mln/€, calcolato sulla base della remunerazione dei fattori produttivi utilizzati.

L'effetto principale della convenzione è stato l'incremento dei casi a bassa-media complessità trattati in loco e lo spostamento del loro trattamento dal regime ordinario a quello diurno, con miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ed una conseguente diminuzione della durata di ricovero.

Tabella 31: Andamento Produzione Chirurgia Pediatrica AO Catanzaro 2011-2013

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)											Delta 2013-2011		
Classe DRG	Tipo DRG	Casi		Totale 2011	Casi		Totale 2012	Casi		Totale 2013	Delta Casi DO	Delta Casi DH	Delta Totale
		DO	DH		DO	DH		DO	DH				
Alta complessità	C	14		14	12		12	12	1	13	- 2	1	- 1
	M			-			-			-			
Altro DRG	C	295	116	411	243	152	395	132	172	304	- 163	56	- 107
	M	114	2	116	151	16	167	106	49	155	- 8	47	39
DRG 43	C	72	10	82	33	33	66	13	164	177	- 59	154	95
	M	34	5	39	42	23	65	24	54	78	- 10	49	39
DRG 65	C	97	96	193	88	135	223	41	306	347	- 56	210	154
	M	49	1	50	47	7	54	41	21	62	- 8	20	12
Totale		675	230	905	616	366	982	369	767	1.136	- 306	537	231

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)											Delta 2013-2011					
Classe DRG	Tipo DRG	Giornate		Accessi	Totale 2011	Giornate		Accessi	Totale 2012	Giornate		Accessi	Totale 2013	Delta Giornate DO	Delta Accessi DH	Delta Totale
		DO	DH			DO	DH			DO	DH					
Alta complessità	C	111			111	105			105	102	1	103	- 9	1	- 8	
	M				-			-				-				
Altro DRG	C	937	116	1.053	827	152	979	499	172	671	- 438	56	- 382			
	M	267	2	269	375	16	391	287	49	336	20	47	67			
DRG 43	C	202	10	212	91	33	124	24	164	188	- 178	154	- 24			
	M	67	5	72	116	23	139	59	54	113	- 8	49	41			
DRG 65	C	257	96	353	227	135	362	79	306	385	- 178	210	32			
	M	138	1	139	133	7	140	121	21	142	- 17	20	3			
Totale		1.979	230	2.209	1.874	366	2.240	1.171	767	1.938	- 808	537	- 271			

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)											Delta % 2013-2011					
Classe DRG	Tipo DRG	Degenza		Accessi	Totale 2011	Degenza		Accessi	Totale 2012	Degenza		Accessi	Totale 2013	Delta DM DO	Delta AM DH	Delta Totale
		Media DO	Medi DH			Media DO	Medi DH			Media DO	Medi DH					
Alta complessità	C	7,93	-		7,93	8,75	-		8,75	8,50	1,00	7,92	7%	0%	0%	
	M	-	-		-	-	-		-	-	-	-	0%	0%	0%	
Altro DRG	C	3,18	1,00	2,56	3,40	1,00	2,48	3,78	1,00	2,21	19%	0%	-14%			
	M	2,34	1,00	2,32	2,48	1,00	2,34	2,71	1,00	2,17	16%	0%	-7%			
DRG 43	C	2,81	1,00	2,59	2,76	1,00	1,88	1,85	1,00	1,06	-34%	0%	-59%			
	M	1,97	1,00	1,85	2,76	1,00	2,14	2,46	1,00	1,45	25%	0%	-22%			
DRG 65	C	2,65	1,00	1,83	2,58	1,00	1,62	1,93	1,00	1,11	-27%	0%	-39%			
	M	2,82	1,00	2,78	2,83	1,00	2,59	2,95	1,00	2,29	5%	0%	-18%			
Totale		2,93	1,00	2,44	3,04	1,00	2,28	3,17	1,00	1,71	8%	0%	-30%			

La produzione di ricoveri in regime diurno nell'anno 2013 si è più che triplicata rispetto l'anno 2011 (+537). Tale aumento, coerentemente con le finalità della convenzione stipulata con l'OPBG, è riconducibile a prestazioni di medio-bassa complessità, principalmente chirurgiche.

Alla riduzione dei ricoveri in regime ordinario è corrisposta una riduzione maggiore delle giornate di degenza, che ha comportato un abbattimento della degenza media del 30%.

Tabella 32: Andamento Valore Produzione Chirurgia Pediatrica AO Catanzaro 2011-2013

Andamento AO CZ - Chirurgia Pediatrica (2011-2013)				€/000						Delta 2013-2011			
Classe DRG	Tipo DRG	Importi DO	Importi DH	Totale 2011	Importi DO	Importi DH	Totale 2012	Importi DO	Importi DH	Totale 2013	Delta Importi DO	Delta Importi DH	Delta Totale
Alta complessità	C	105,1	0,0	105	88,7	0,0	89	81,7	2,2	84	- 23,5	2,2	- 21,3
	M	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	-	-	-
Altro DRG	C	1051,0	188,5	1.240	870,5	233,2	1.104	436,4	244,0	680	- 614,6	55,5	- 559,1
	M	133,7	0,5	134	180,2	4,2	184	135,9	13,0	149	2,2	12,4	14,6
DRG 43	C	84,8	8,0	93	39,1	30,3	69	15,0	153,1	168	- 69,8	145,1	75,3
	M	19,8	1,2	21	31,1	6,2	37	16,5	14,2	31	- 3,4	13,0	9,7
DRG 65	C	152,8	96,7	250	127,7	131,4	259	56,8	288,9	346	- 96,1	192,2	96,1
	M	57,8	0,5	58	60,0	2,7	63	58,7	7,5	66	0,9	7,0	7,9
Totale		1.605	295	1.901	1.397	408	1.805	801	723	1.524	- 804,3	427,4	- 376,9

All'aumento della produzione nel triennio 2011-2013 corrisponde una diminuzione del valore della produzione di - 0,4 mln/€ rispetto l'anno 2011. La diminuzione del prezzo medio delle prestazioni erogate dalla strutture deriva dall'aumento della produzione in regime diurno, a fronte della contrazione della produzione in regime ordinario, che genera un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa nell'erogazione della prestazione con conseguente risparmio delle risorse.

Un ulteriore importante risultato è quello dell'incremento dell'attività ambulatoriale, segno della consapevolezza da parte dell'utenza regionale della presenza in Regione della sperimentazione.

Tabella 33: Attività Ambulatoriale al Centro delle Chirurgie Pediatriche AO Catanzaro Gennaio-Luglio 2012-2013

Attività Ambulatoriale - AO CZ				
	Gennaio - Luglio 2012	Gennaio - Luglio 2013	Delta	Delta %
Interventi	385	558	173	45%
Visite	819	3.448	2.629	321%
Totale Attività	1.204	4.006	2.802	233%

Prendendo in considerazione il periodo Gennaio-Luglio 2013 e confrontandolo con il medesimo periodo dell'anno 2012 (convenzione con OPBG non operativa), l'attività ambulatoriale è notevolmente aumentata (+233%), sia per gli interventi che per le visite ambulatoriali.

Nel periodo 2011-2013, anche la mobilità interna mostra alcune variazioni, con un aumento dell'attrattività dell'AO di Catanzaro nei confronti delle altre ASP della Regione.

Tabella 34: Andamento Casi in Mobilità Infra-regione Chirurgia Pediatrica AO Catanzaro 2011-2013

Mobilità Infra-regione AO CZ - Chirurgia Pediatrica 2011-2013											Delta 2013-2011			
ASP Provenienza Paziente	Tipo DRG	Casi		Totale	Casi		Totale	Casi		Totale	Delta	Delta	Delta	
		DO	DH	2011	DO	DH	2012	DO	DH	2013	Casi DO	Casi DH	Totale	
ASP Cosenza	C	6	9	15	9	12	21	3	31	34	-	3	22	19
	M	1		1	2	5	7	4	8	12		3	8	11
Totale Cosenza		7	9	16	11	17	28	7	39	46	-		30	30
ASP Crotona	C	87	38	125	77	60	137	28	127	155	-	59	89	30
	M	24	2	26	39	6	45	26	22	48		2	20	22
Totale Crotona		111	40	151	116	66	182	54	149	203	-	57	109	52
ASP Vibo Valentia	C	37	14	51	35	28	63	15	64	79	-	22	50	28
	M	20		20	30	5	35	13	14	27	-	7	14	7
Totale Vibo Valentia		57	14	71	65	33	98	28	78	106	-	29	64	35
ASP Reggio Calabria	C	12	2	14	6	8	14	13	25	38		1	23	24
	M	3		3	8	1	9	5	6	11		2	6	8
Totale Reggio Calabria		15	2	17	14	9	23	18	31	49		3	29	32
Totale		190	65	255	206	125	331	107	297	404	-	83	232	149

Così come rilevato a livello complessivo, anche l'incremento dell'attrattività dell'AO di Catanzaro tra gli anni 2011 e 2013 (+149 casi) è principalmente riconducibile ai casi chirurgici in regime diurno (+232 casi). Si segnala l'aumento della produzione del Centro nei confronti dei pazienti provenienti dalle Province di Cosenza e Reggio Calabria che, anche per motivi geografici, sono le zone maggiormente soggette al ricovero extra-regione. Le variazioni in termini assoluti sono, rispettivamente, di +30 e +32 casi rispetto l'anno 2011, tuttavia, analizzando il dato in termini relativi si evidenzia che l'attrattività è aumentata del +188% per entrambe le ASP.

Infine, la mobilità passiva mostra anche delle riduzioni in termini di casi ed importi. Data la partenza della sperimentazione oggetto dell'intesa a settembre del 2012, le prime variazioni sono visibili a partire dal IV Trimestre 2012. I dati extra-regione a disposizione sono naturalmente parziali in quanto non possono evidenziare la piena entrata a regime dell'intesa.

In ogni caso, la riduzione della mobilità pediatrica extra-regionale (pazienti con età inferiore a 16 anni e esclusi DRG 385-391 neonati), al netto della produzione dell'OPBG, rilevata al IV Trimestre 2012 rispetto al IV Trimestre 2011 ammonta a circa -0,2mln/€.

Confrontando i dati relativi all'anno 2013¹ con la produzione dell'OPBG per pazienti calabresi negli anni 2011 e 2012, si rileva una riduzione sia in termini di casi che in termini di importi.

¹ Dati 2013 a disposizione per il solo Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e in attesa dei flussi TUC per luglio 2013

Tabella 35: Andamento Mobilità Passiva Acuzie Ospedale Pediatrico Bambino Gesù 2011-2013

Andamento Casi Mob Passiva OPBG - Acuzie										Delta 2013-2011			
Classe DRG	Tipo DRG	Casi DO	Casi DH	Totale 2011	Casi DO	Casi DH	Totale 2012	Casi DO	Casi DH	Totale 2013	Delta Casi DO	Delta Casi DH	Delta Totale
Alta complessità	C	77	4	81	96		96	92	1	93	15	-	3
	M	11	97	108	13	48	61	10	15	25	-	1	-
Altro DRG	C	215	2	217	172	6	178	183	1	184	-	32	-
	M	349	979	1.328	350	882	1.232	379	841	1.220	-	30	-
DRG 43	C	25	66	91	22	66	88	19	62	81	-	6	-
	M	68	346	414	75	343	418	82	375	457	-	14	-
DRG 65	C	65	30	95	52	24	76	60	26	86	-	5	-
	M	215	742	957	178	717	895	150	622	772	-	65	-
Totale		1.025	2.266	3.291	958	2.086	3.044	975	1.943	2.918	-	50	-

La riduzione di casi per acuti rilevata è pari a 373 ricoveri, principalmente riferita ai 65 DRG di cui al Patto per la Salute 2010-2012.

Tabella 36: Andamento Importi Mobilità Passiva Acuzie Ospedale Pediatrico Bambino Gesù 2011-2013

Andamento Importi Mob Passiva OPBG - Acuzie				€/000						Delta 2013-2011			
Classe DRG	Tipo DRG	Importi DO	Importi DH	Totale 2011	Importi DO	Importi DH	Totale 2012	Importi DO	Importi DH	Totale 2013	Delta Importi DO	Delta Importi DH	Delta Totale
Alta complessità	C	3.081	11	3.092	3.458	-	3.458	3.331	3	3.333	249	-	8
	M	229	95	324	188	69	257	112	13	126	-	117	-
Altro DRG	C	1.164	9	1.173	989	16	1.006	964	7	971	-	201	-
	M	1.427	394	1.820	1.513	359	1.872	1.406	314	1.719	-	21	-
DRG 43	C	45	92	136	57	89	146	40	82	122	-	4	-
	M	86	100	186	100	106	206	109	110	219	-	24	-
DRG 65	C	155	52	207	98	37	135	117	37	154	-	39	-
	M	423	271	695	338	277	615	259	284	542	-	165	-
Totale		6.611	1.023	7.634	6.740	953	7.693	6.338	850	7.187	-	273	-

Il valore della produzione per le prestazioni per acuti erogate dall'OPBG è sostanzialmente costante tra l'anno 2011 e 2012 (7,6 mln/000), mentre mostra una diminuzione nell'anno 2013, per un valore di circa -0,4 mln/000 rispetto l'anno 2011.

Ne consegue che, a fronte del costo per la Convenzione di circa 1 mln/000, l'Intesa ha portato ad oggi un risparmio di circa 0,4 mln/000 in mobilità passiva verso l'OPBG e, assumendo il valore della produzione dell'AO di Catanzaro come proxy dei costi sostenuti dalla stessa AO, di ulteriori 0,4 mln/000 per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa della produzione locale. Inoltre, qualora si confermasse l'andamento rilevato nel IV Trimestre 2012 nelle restanti strutture di destinazione di pazienti calabresi in età pediatrica, si genererebbe un risparmio sulla mobilità passiva extra-regionale di ulteriori 0,8 mln/000 annui.

Tale scenario evidenzerebbe non solo la sostenibilità, ma anche la convenienza economica della stipula dell'Accordo tra la Regione, l'AO di Catanzaro e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Ad ulteriore conferma dell'interesse della Convenzione per la Regione Calabria, si devono considerare:

- i notevoli risparmi prodotti in termini di costi sociali e di minori disagi legati mancato spostamento di pazienti e familiari in altre Regioni;

- il miglioramento dell'offerta sanitaria, in termini di equità di accesso ad un'offerta di elevato *standing* da parte dei cittadini calabresi rispetto ai cittadini di altre Regioni.

Per quanto su esposto la Convenzione tra l'AO di Catanzaro e l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma è stata prorogata fino al 31 gennaio 2016. È in corso comunque la definizione di una forma di collaborazione fino alla riqualificazione dell'U.O. di Chirurgia Pediatrica che si concretizzerà con un breve periodo di affiancamento nei confronti del Dirigente di II Livello, il cui concorso è in itinere.

2.4.5 Istituto Nazionale per l'Assistenza contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Con il DPGR n. 68 del 29 maggio 2013 è stato recepito l'Accordo - quadro, ai sensi dell'art. 9, comma 4, lettera d-bis) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, come modificato dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la definizione delle modalità di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), repertorio Atti n. 34/CSR del 2 febbraio 2012.

Con DPGR n. 4 del 22 gennaio 2014, al fine di dare attuazione al citato DPGR, è stato approvato lo schema di protocollo di intesa tra la Regione Calabria e l'INAIL. È attualmente in corso la rinegoziazione con l'INAIL del suddetto schema di Protocollo e della Convenzione attuativa, anche al fine di recepire le osservazioni formulate dai Ministeri Vigilanti con il parere CALABRIA-DGPROG-24/09/2014-0000242-P.

L'ipotesi di lavoro prevede la realizzazione di un Polo Integrato ASP CZ - INAIL da realizzarsi a Lamezia Terme, presso l'immobile del quale l'INAIL ha la disponibilità in comodato d'uso novantennale, per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa ospedaliera (da parte dell'ASP di Catanzaro) e non ospedaliera (da parte dell'INAIL), in piena coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

Il polo integrato avrà la seguente configurazione:

- un modulo di 40 p.l. per la riabilitazione ospedaliera intensiva cod. 56 (a gestione ASP di Catanzaro);
- un modulo di 36 trattamenti pro/die di riabilitazione non ospedaliera, (a gestione INAIL).

L'attivazione dei moduli avverrà nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale e, quindi previo rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, dell'autorizzazione all'esercizio, dell'accreditamento istituzionale e sottoscrizione dell'accordo contrattuale, secondo quanto previsto dall'art.8-bis, III comma del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e ss. mm. e ii.

Le prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera erogate dall'INAIL, se incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza ex DPCM 29/11/2001 e ss. mm. e ii., si intenderanno erogate a carico del SSR, in base alle tariffe applicabili *ratione temporis* nella Regione Calabria e, in ogni caso, nei limiti ed alle condizioni previste dall'accordo contrattuale di cui all'art.8-quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e ss. mm. e ii.

Le prestazioni erogate dall'INAIL e dall'ASP CZ ai tecnopatici ed agli infortunati sul lavoro non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza ex DPCM 29/11/2001 e ss. mm. e ii. si intenderanno erogate con oneri a carico dell'INAIL.

La ratio dell'intervento è quella di favorire sinergie terapeutiche attraverso la predisposizione di un piano di trattamento personalizzato del paziente, idoneo a garantire la massima efficacia possibile dell'erogazione dell'assistenza riabilitativa.

La Convenzione in corso di negoziazione prevede la concessione in godimento, a titolo gratuito ed in favore dell'ASP di Catanzaro, dei locali ubicati al I piano dell'edificio nella disponibilità dell'INAIL ed introduce criteri di

ripartizione dei costi relativi ai servizi comuni che tengano conto, ove possibile, dei consumi effettivi e, laddove questi non fossero misurabili, di percentuali forfetarie connesse alla superficie occupata.

2.4.6 Altre disposizioni

- Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento dovrà essere riorganizzata l'offerta erogata dalla rete ospedaliera privata secondo i principi di complementarità, sussidiarietà ed integrazione con la rete di offerta pubblica, nonché degli altri principi e criteri enunciati nel presente decreto. Si è già proceduto ad un confronto proficuo e fattivo con gli erogatori privati accreditati che hanno avanzato proposte di riorganizzazione e di riconversione dell'offerta privata in coerenza con i principi sopra esposti. In tale senso, si provvederà a formalizzare i processi di concentrazione e specializzazione dell'attività degli erogatori privati anche mediante la riconversione od accorpamenti di intere strutture, in particolare quelle di modeste dimensioni e nel rispetto del fabbisogno e di quanto stabilito dal DM Salute n. 70/2015. Qualora dovessero emergere situazioni che non hanno già trovato soluzione nelle proposte avanzate dalle strutture private accreditate, verranno valutate proposte di riorganizzazione o di riconversione in attività di riabilitazione territoriali o rientranti comunque nel fabbisogno regionale. Tali proposte saranno quindi formalizzate con i relativi provvedimenti autorizzatori.
- Con il presente decreto non vengono assegnati 289 Posti Letto di Acuzie che la Regione si riserva di assegnare, in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria con la finalità di:
 - proseguire il percorso di recupero della mobilità passiva;
 - fornire immediate risposte al fabbisogno prestazionale, sopra rappresentato, richiesto dalla popolazione calabrese nelle singole patologie con particolare riferimento ai primi DRG di mobilità passiva;
 - razionalizzare l'offerta ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, con i principi, i criteri e gli indirizzi di cui al DM Salute n. 70/2015 e successivi regolamenti e circolari;
 - definire il contraddittorio esistente con alcune strutture in conseguenza del limitato periodo di vigenza del DCA n. 29/2013;
 - riequilibrio territoriale dell'offerta sanitaria per area e per provincia;
 - eventuali necessità di cui al punto precedente.
- coerentemente con il percorso definito nel PO 2016-2018, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente documento dovranno essere valutati eventuali piani di adeguamento delle strutture alla nuova configurazione.

2.5 Sintesi degli interventi previsti

In relazione all'esigenza di affrontare il recupero della mobilità passiva, si ritiene necessario integrare il fabbisogno di cui al DCA n. 9/2015. L'obiettivo di recupero della mobilità è pari al 30% della mobilità passiva. Della suddetta percentuale si prevede di ricomprendere, per i motivi sopra esposti, il 20% nei posti letto già programmati e il 10% ad integrazione del fabbisogno di posti letto di cui al DCA n. 9/2015. Tale incremento potrà essere implementato in funzione della messa a regime delle reti programmate, ed in particolare, a seguito della verifica della persistenza dei requisiti funzionali e volumi di attività per ciascuna struttura della rete, nonché degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza. Pertanto, il percorso di assegnazione dei posti letto programmati in incremento per il recupero della mobilità passiva, seguirà i criteri di valutazione sopra richiamati e i posti letto saranno assegnati alle unità operative che, in condizione di efficienza e di appropriatezza, avranno saturato l'utilizzo dei posti letto già attivi. L'eventuale attivazione di ulteriori posti letto pubblici a gestione indiretta e quindi di attività assistenziale erogata per conto del Servizio Sanitario regionale (erogatori privati) verrà valutato in coerenza con la presente programmazione e con i vincoli economici e finanziari della regione Calabria. Di conseguenza, **la dotazione programmata di posti letto è pari a 6.850 posti letto, di cui 5.554 posti letto per acuti e 1.296 posti letto per post-acuzie.**

Con il presente documento vengono assegnati n. 6.561 posti letto di cui n. 5.277 per acuti e n. 1.284 per post acuti **i rimanenti 289 (di cui n. 12 per post acuti e n. 277 per acuti) saranno assegnati successivamente in coerenza con i principi enunciati nel presente documento.**

Con periodicità almeno biennale, in funzione della messa a regime della rete territoriale, della riorganizzazione della rete dei privati accreditati e dei percorsi per il recupero della mobilità passiva, la presente programmazione sarà aggiornata al fine di adeguare la dotazione di posti letto alle mutate condizioni esterne, sempre in coerenza a quanto previsto nel DM Salute n. 70/2015 : "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che, all'art. 1, comma 3 prevede il calcolo dello standard di PL corretto con il saldo di mobilità.

Tabella 37: Sintesi del numero di posti letto attuali (HSP), Assegnati e programmati per Area e ASP

Area	Provincia		ACUZIE				POSTACUZIE				TOTALE		Popolazione ISTAT
			PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PPLL per 1000 ab	PUBBLICO	PRIVATO	TOTALE	PPLL per 1000 ab	PPLL	PPLL per 1000 ab	
NORD	CS	PPLL modelli HSP	1.234	339	1.573	2,2	70	299	369	0,6	1.942	3,0	722.934
		PPLL Assegnati DCA	1.442	317	1.759	2,4	202	356	558	0,7	2.317	3,2	
		PPLL Nuova Progr.	1.553	317	1.870	2,6	147	356	503	0,8	2.373	3,2	
CENTRO	KR	PPLL modelli HSP	284	107	391	2,2	-	190	190	1,1	581	3,4	175.640
		PPLL Assegnati DCA	286	107	393	2,2	-	190	190	1,1	583	3,4	
		PPLL Nuova Progr.	294	107	401	2,3	-	190	190	1,1	591	3,3	
	CZ	PPLL modelli HSP	1.036	233	1.269	3,5	26	142	168	0,4	1.437	3,9	366.443
		PPLL Assegnati DCA	1.098	198	1.296	3,5	89	142	231	0,6	1.527	4,2	
		PPLL Nuova Progr.	1.128	198	1.326	3,6	90	142	232	0,6	1.558	4,2	
	VV	PPLL modelli HSP	196	22	218	1,3	10	30	40	0,2	258	1,6	164.295
		PPLL Assegnati DCA	227	22	249	1,5	40	50	90	0,6	339	2,1	
		PPLL Nuova Progr.	247	22	269	1,5	40	50	90	0,5	359	2,0	
	TOTALE CENTRO	PPLL modelli HSP	1.516	362	1.878	2,7	36	362	398	0,6	2.276	3,2	706.378
		PPLL Assegnati DCA	1.611	327	1.938	2,7	129	382	511	0,7	2.449	3,5	
		PPLL Nuova Progr.	1.669	327	1.996	2,8	130	382	512	0,7	2.508	3,6	
SUD	RC	PPLL modelli HSP	941	337	1.278	2,5	80	185	265	0,4	1.543	2,9	562.191
		PPLL Assegnati DCA	1.037	297	1.334	2,4	110	185	295	0,5	1.629	2,9	
		PPLL Nuova Progr.	1.110	297	1.407	2,4	65	185	250	0,5	1.657	2,9	
REGIONE CALABRIA	PPLL modelli HSP		3.691	1.038	4.729	2,5	186	846	1.032	0,5	5.761	3,0	1.991.503
	PPLL Assegnati DCA		4.090	941	5.031	2,6	441	923	1.364	0,7	6.395	3,2	
	PPLL Nuova Progr.		4.332	941	5.273	2,5	342	923	1.265	0,7	6.538	3,2	
	PPLL da assegnare		293	-	293	0,1	-	-	-	-	293	0,1	
	Fabbisogno definitivo		4.625	941	5.566	2,8	342	923	1.265	0,6	6.831	3,4	

Allo stato attuale sono presenti 351 SC, 305 SS e 67 SSD nelle strutture pubbliche e 79 punti di erogazione nelle strutture private accreditate.

Il numero totale delle strutture (compresi i punti di erogazione privati) si mantiene all'interno del range previsto sulla base del dimensionamento delle strutture, calcolato sui bacini di utenza, di cui al Regolamento ex DL 95/2012 convertito in L. 189/2012.

Con la presente riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica sono previste 299 SC, 301 SS e 91 SSD.

Relativamente agli standard Comitato LEA per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN, ex art. 12 comma 1 lett. b Patto della Salute 2010-2012, **si rileva un esubero di Unità Complesse pubbliche pari a n. 31, e di Unità Semplici e Semplici a valenza Dipartimentali di n. 42.**

Tale differenza è principalmente dovuta ai seguenti fattori:

- l'attività di ricerca e di didattica relativa alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e alle scuole di specializzazione presenti ancora adesso comporta l'incremento, per l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro, di UOC necessarie per svolgere peculiari funzioni (Igiene e Medicina Preventiva, Nutrizione Clinica, Genetica Medica, Farmacologia Clinica e Farmacovigilanza, Neuroradiologia, Patologia Clinica, Medicina Legale, etc.); l'integrazione in corso tra l'Azienda Mater Domini e l'Azienda Pugliese-Ciacchio ha già consentito la riduzione di n. 9 UOC e permetterà di ridurre nel

corso della vigenza degli attuali Programmi Operativi ulteriori n. 13 strutture complesse e n. 42 Strutture Semplici;

- Per quanto riguarda le ulteriori n. 18 Strutture Complesse, si prevede la riduzione di n. 5 Strutture Complesse allo scadere degli incarichi dirigenziali previsti dal precedente assetto organizzativo. Per quanto riguarda le ulteriori 13, si ritiene difficile attuare una riduzione. Per la particolare configurazione orografica della Regione e la presenza di alcune strutture non adeguatamente strutturate ad accogliere tutte le UU.OO di cui ai nuovi standard previsti, è necessario fino alla costruzione dei nuovi ospedali (Sibaritide che comprenderà lo spoke relativo ai due presidi di Rossano e Corigliano, Vibo Valentia che sostituirà lo spoke di Vibo e l'ospedale sede di PS di Tropea, l'ospedale della Piana che comprenderà lo spoke di Polistena e l'ospedale sede di PS di Gioia Tauro) mantenere un numero di strutture complesse tali da garantire gli standard relativi all'assistenza ospedaliera, in ogni presidio e nel rispetto della configurazione secondo i livelli di complessità di ciascuno di essi.

Tabella 38: Sintesi del numero di unità operative attuali e programmate per Area e ASP

Area	Provincia		INCARICO ATTUALE			INCARICO PROGRAMMATO		
			UOC	SS	SSD	UOC	SS	SSD
NORD	CS	Pubblico	95	79	13	89	88	25
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	95	79	13	89	88	25
CENTRO	KR	Pubblico	26	45	4	18	13	9
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	26	45	4	18	13	9
	CZ	Pubblico	130	72	19	98	100	30
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	130	72	19	98	100	30
	VV	Pubblico	21	27	3	16	21	5
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	21	27	3	16	21	5
	TOTALE CENTRO	<i>Pubblico</i>	177	144	26	132	134	44
<i>Privato</i>		-	-	-	-	-	-	
Totale		177	144	26	132	134	44	
SUD	RC	Pubblico	79	82	28	78	79	22
		Privato	-	-	-	-	-	-
		Totale	79	82	28	78	79	22
REGIONE CALABRIA	Pubblico	351	305	67	299	301	91	
	Privato	-	-	-	-	-	-	
	Totale	351	305	67	299	301	91	

2.6 Indicatori per il monitoraggio

Verranno utilizzati i seguenti indicatori da calcolare sia a livello regionale che per ciascuna area geografica e per ciascuna ASP.

Tabella 39: Indicatori per il monitoraggio

Ricoveri per acuzie per mille abitanti	N° ricoveri per acuzie consumati dalla popolazione ed aggiustati per l'età della popolazione/N° abitanti
Ricoveri per post-acuzie per mille abitanti	N° ricoveri per post-acuzie consumati dalla popolazione ed aggiustati per l'età della popolazione/N° abitanti
Appropriatezza ricoveri per acuzie (%)	N° ricoveri per acuzie non appropriati/Totale ricoveri per acuzie
Utilizzo posti letto assegnati per acuzie	N° posti letto per acuzie calcolati/N° posti letto per acuzie assegnati
Utilizzo posti letto assegnati per post-acuzie	N° posti letto per post-acuzie calcolati/N° posti letto per post-acuzie assegnati

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

2.7 Nuovi Ospedali

Il programma regionale per la costruzione dei nuovi ospedali (fondi ex art. 20) è in fase avanzata di progettazione dopo gli avvenuti appalti, con una previsione di attivazione entro il mese di giugno 2018 per l'ospedale di Vibo Valenza e successivamente per gli Ospedali della Sibaritide, e della Piana di Gioia Tauro, sede di DEA di 1° livello.

La tabella seguente evidenzia un numero di posti letto previsti superiore alla somma dei PL dei presidi pubblici che oggi insistono sui territori di afferenza.

La progettazione esecutiva di costruzione di ciascun nuovo ospedale manterrà comunque la configurazione precedentemente prevista ciò al fine di evitare contenziosi con le ditte aggiudicatrici ma, ancor di più per le possibili necessità di revisione degli assetti organizzativi dell'offerta nelle future programmazioni.

Tabella 40: Nuovi Ospedali

Nuovi Presidi Ospedalieri	
a.Ospedale nuovo	Nuovo ospedale della Piana
b.Area interessata	I comuni dell'ex ASL di Palmi con una popolazione di circa 157.000 abitanti.
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA 1° livello con 314 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PL assegnati con il presente decreto).	Polistena acuzie (178) Gioia Tauro acuzie (50) <u>ospedali già convertiti *</u> Postacuzie (70) Totale acuzie (228), postacuzie (70)
e.Differenza tra dimensionamento previsto e posti letto programmati per acuzie e postacuzie. (c-d)	16 PL per acuzie e postacuzie Il nuovo presidio è maggiore dei posti letti programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.
Ospedale nuovo	Nuovo presidio della Sibari
b.Area interessata	I comuni dell'ex ASL di Rossano con una popolazione di circa 178.000 abitanti.
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA 1° livello con 334 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PL assegnati con il presente decreto).	Rossano e Corigliano Calabro acuzie (233), postacuzie (40) <u>ospedali già convertiti *</u> postacuzie (10) Totale acuzie (233), postacuzie (50)
e.Differenza tra il dimensionamento previsto e il consumo attuale del bacino di utenza prevedibile per acuzie. (c-d)	51 PL per acuzie. Il nuovo presidio è maggiore dei posti letto programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.
Ospedale nuovo	Nuovo presidio di Vibo Valentia
b.Area interessata	I comuni dell'ASL di Vibo Valentia con una popolazione di circa 167.000 abitanti
c.Ruolo previsto per l'ospedale e PL relativi	DEA 1° livello con 350 PL
d.Presidi attuali nella stessa area (entro parentesi i PL assegnati con il presente decreto).	Tropea acuzie (40) Vibo Valentia acuzie (157) Serra San Bruno acuzie (30), postacuzie (40) (ospedale zona montana) <u>ospedali già convertiti *</u> postacuzie (0) Totale acuzie (227), postacuzie (40)
f.Differenza tra il dimensionamento previsto e il consumo attuale del bacino di utenza prevedibile per acuzie. (c-d)	83 PL per acuzie. Il nuovo presidio è maggiore dei posti letti programmati e sostituisce totalmente l'attuale offerta pubblica dell'area interessata.

I posti letto di post-acuzie negli ospedali già riconvertiti saranno riassegnati nei presidi ospedalieri dei presidi ospedalieri afferenti all'area di riferimento

3 La rete dell'emergenza urgenza e le reti tempo-dipendenti

3.1 Rete emergenza-urgenza

3.1.1 Introduzione

A seguito dell'emanazione del DPR n. 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n.76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi elementi coinvolti, Centrali Operative 118 (C.O.118) e Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e i P.S./D.E.A. che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria e il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata.

Il PS/DEA opera nella fase di "risposta ospedaliera", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Calabria si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato.

L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS (comprensivi degli accessi spontanei) segue il ricovero, ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.

Tra gli obiettivi del DPGR n. 18/2010, in linea con i più attuali orientamenti nazionali, è stato previsto di evitare la proliferazione di strutture complesse e costose, promuovendo il miglior utilizzo di quelle esistenti in modo da impedire spreco di tecnologie sofisticate e di personale qualificato. Ciononostante è necessario pensare all'investimento di risorse in quei settori, quali la rete della emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni ed il cui rafforzamento è propedeutico alla razionalizzazione di investimenti altrimenti assai più onerosi ed ingiustificati.

Nella elaborazione del modello proposto dal DPGR 18/2010, aggiornato dal DCA n. 9/2015, si è fatto riferimento a principi fondamentali di analisi e progettazione quali:

- lo studio delle SDO e delle prestazioni realmente erogate;
- individuazione e implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza nelle sue integrazioni tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete ospedaliera secondo il criterio HUB and Spoke, PS semplice nell'Ospedale Generale, PS di base nell'Ospedale di Zona Montana, PPI nelle Case della Salute, postazioni ambulanza (PET) come canovaccio di base su cui costruire poi la rete di tutte le patologie;
- per quanto riguarda il servizio di Continuità Assistenziale è stata effettuata un'analisi specifica, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza potrebbe rappresentare un notevole valore aggiunto. Tale argomento richiede comunque una trattazione dedicata per i suoi elementi di

peculiarità normativa e per la necessità di una profonda riorganizzazione al fine di sfruttarne appieno le potenzialità nel campo delle urgenze di bassa criticità;

- si è messa in evidenza nel corso dell'analisi la necessità della creazione di forti riferimenti all'interno del competente Dipartimento regionale che operino insieme al coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne la attuazione;
- il percorso di realizzazione concreta della rete che viene proposto prevede, come *conditio sine qua non*, l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso il Dipartimento Salute regionale che si avvalga del/i:
 - coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;
 - coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso;
 - coordinamento dei Direttori dei Distretti;
 - gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, medici del 118, ect.).

Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato dalla gestione centralizzata delle attività da parte del competente Settore del Dipartimento regionale che ne coordinerà l'attuazione vigilando sulla aderenza alle finalità e loro condivisione concretizzandone poi i contenuti con gli opportuni provvedimenti.

Il competente Settore del Dipartimento regionale dovrà seguire l'impostazione e la definizione, da parte dei coordinamenti, di percorsi formativi unificati per gli operatori idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale, realizzando contestualmente un'importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.

L'attività di rilevazione sullo stato di attuazione della rete, svolta tramite apposite schede di rilevazione, rileva una sostanziale disomogeneità dei processi di riorganizzazione programmati tra le diverse Aziende sanitarie. Si rende pertanto necessario approfondire e ridefinire il cronoprogramma delle azioni relativamente: agli indicatori di performance; alle azioni già realizzate; alla definizione chiara della tempistica delle azioni con particolare riguardo alla riduzione del numero delle postazioni di Continuità Assistenziale; alla riorganizzazione dei mezzi di soccorso; alla centralizzazione e razionalizzazione delle basi di elisoccorso; al trattamento delle patologie complesse tempodipendenti.

3.1.2 Le azioni prioritarie: i sistemi di comunicazione e i livelli organizzativi

Le prime azioni hanno portato alla individuazione delle priorità imprescindibili per il funzionamento non solo del sistema dell'emergenza, ma della intera rete della sanità regionale calabrese articolati in Sistemi di Comunicazione e Livelli Organizzativi. Le specifiche relative ai Livelli Organizzativi sono riportati nei paragrafi successivi.

Sistemi di Comunicazione:

1. istituzione della rete radio regionale su frequenze dedicate. In esito alle riunioni con il gruppo di lavoro (GdL) per l'emergenza urgenza - che ha visto la partecipazione di tecnici esperti della rete radio e delle strutture di telecomunicazioni per l'emergenza realizzate dal settore della Protezione Civile - sono state definite le priorità da realizzare per le strutture di radiocomunicazioni. In particolare, è stata individuata la necessità di procedere alla realizzazione ed acquisizione dei seguenti sistemi di apparecchiature da implementare sugli impianti e le infrastrutture regionali già esistenti:
 - a) reti radio per le comunicazioni tra le Centrali Operative 118 e le sedi periferiche di base per i mezzi di soccorso, le unità mobili di pronto soccorso, le unità mobili di pronto intervento sul territorio, le sedi di unità di pronto soccorso, comprendendo sia la fonia, sia la trasmissione dati per la localizzazione dei mezzi e la trasmissione di messaggi in formato testo breve;
 - b) le unità terminali radio da installare sugli automezzi di soccorso, presso le basi di partenza degli stessi, presso le sedi di pronto soccorso ed i terminali radio portatili da dare in dotazione agli equipaggi per il coordinamento delle attività di soccorso in campo;

- c) sistema di trasposizione delle comunicazioni radio tra frequenze aeronautiche e frequenze terrestri per assicurare collegamenti tra elicotteri e ambulanze a terra;
- d) connettività radio per dati ad alta velocità, ordine di 50 - 100 Mb/s, tra sedi fisse del sistema regionale dell'emergenza, prevedendo in prima realizzazione il collegamento in 20 sedi.

Il progetto preliminare, completo di relazione tecnica illustrativa e dei relativi costi dei sistemi di apparecchiature da implementare sugli impianti e le infrastrutture regionali già esistenti, è allo stato in via di definizione da parte della Protezione Civile. La realizzazione della rete radio regionale è prevista entro il 30 giugno 2017.

Istituzione di un sistema informatico omogeneo integrato tra 118 e DEA.

2. Qualificazione delle centrali operative e definizione di protocolli operativi collegati alla distribuzione delle attività ospedaliere secondo il modello hub and spoke. I protocolli operativi saranno definiti all'interno di ciascuna rete hub and spoke programmata.
3. Definizione di una modulistica regionale unificata e compatibile per 118 e DEA (a cura del coordinamento regionale delle Centrali Operative e dei DEA).
4. Avvio dei programmi informatizzati di trasmissione dati dai mezzi e dalle strutture territoriali ai presidi sanitari previsti nelle singole reti tempo-dipendenti. Allo stato risulta attivo il teleconsulto cardiologico in emergenza con n. 32 su 52 autoambulanze. Il sistema prevede il collegamento dei monitori Defibrillatori con le emodinamiche dei 3 Hub (per Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria) e con le UTIC degli Spoke per Crotona e Vibo Valentia. I Monitor Defibrillatori (dotati di trasmissione dati tramite cellulari GSM) sono in grado di inviare dati (es. ECG) a distanza attraverso un sistema di comunicazione telefonico. Tutte le informazioni degli interventi sono tracciati da un Server collocato nel CED regionale che riceve informazioni ed è in grado di elaborare report.
5. Implementazione Flusso EMUR.

Livelli Organizzativi:

- istituzione del coordinamento regionale dei direttori delle C.O. 118, dei DEA e dei PS, Direttori dei Distretti per le reti di emergenza territoriale e ospedaliera;
- sviluppo delle Centrali Operative, dei Pronti Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza previsti (in armonia con il Hub e Spoke);
- riorganizzazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata;
- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, tipologie di interventi, ect.);
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi, operativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari urgenti, secondari urgenti e programmati;
- definizione della rete delle patologie tempo dipendenti;
- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate, con particolare riferimento ai voli notturni (h24);
- indizione della gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso il cui contratto di servizio scaduto il 27 luglio 2015, è stato prorogato fino al 31 luglio 2016 e comunque non oltre l'aggiudicazione della gara;
- linee guida per la gestione delle maxi-emergenze e relativo progetto operativo anche interregionale.

Prendendo in considerazione l'integrazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" e la rete dei DEA, è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento. Nella

rete dei DEA, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, esclusivamente per il tempo di mantenimento previsto, trovano aggregazione i PPI, ad elevato numero di passaggi, di competenza territoriale.

Con il DCA n. 9/2015 sono state definite le Reti delle Patologie Complesse (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), e anche i nodi e le sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke articolata come di seguito descritto, con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, utilizzando consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri. In questa ottica si ritiene necessaria la revisione della procedura per TSO.

Lo sviluppo delle attività di Telemedicina per la rete dell'Emergenza-Urgenza seguirà gli attuali indirizzi di cui all'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014 recante: "Telemedicina" Linee di indirizzo nazionali.

I dati clinici del Pronto Soccorso e dell'ADT (Accettazione, Dimissione e Trasferimento), ed in generale tutti i dati dell'Emergenza-urgenza, oltre a generare automaticamente i flussi informativi rientranti negli adempimenti LEA (Flussi EMUR) e nei circuiti della mobilità (Flusso G), dovranno essere integrati con il Fascicolo Sanitario Elettronico, previsto dal Decreto-Legge 21 giugno 2013, n.69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n.98, che diventerà uno strumento per la presa in carico del paziente nei servizi di Emergenza-Urgenza.

3.1.3 Emergenza territoriale

3.1.3.1 Centrali Operative e Postazioni di Emergenza Territoriale

Il sistema della emergenza territoriale è costituito da n. 5 Centrali Operative: Cosenza, Catanzaro, Crotona, Vibo Valentia e Reggio Calabria e da n. 50 postazioni PET complessive dislocate sul territorio provinciale e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa. Per la loro complessità le Centrali Operative che governano il Sistema dell'Emergenza-urgenza territoriale sono da considerarsi come macrostrutture autonome rientranti in una gestione complessiva di tipo Dipartimentale (DEA).

La risposta delle Centrali Operative 118 si concretizza principalmente nella modulazione della risposta al bisogno sanitario espresso dalla popolazione, nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei idonei alla necessità evidenziata e nella scelta della competenza ospedaliera indicata per la patologia oggetto dell'intervento.

Le Centrali attuano, con procedure condivise, la valutazione sanitaria telefonica, la gestione dei mezzi di soccorso quali: basi di elisoccorso, ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, auto mediche e ambulanze di base con personale soccorritore (M.S.B.).

La Regione ha provveduto a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali.

Il criterio iniziale per la determinazione del fabbisogno di unità di soccorso si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio comunque non superiore a 350 Km². e si attua applicando la seguente formula :

$$\text{n. di Ambulanze Avanzate per Centrale} = \frac{(\text{n. abitanti} : 60.000) + (\text{superficie} : 350 \text{ Km}^2)}{2}$$

Come previsto dal DPGR n.18/2010, ai risultati ottenuti dalla formula standard sono stati, su indicazione dei Responsabili di Centrale Operativa, apposti alcuni correttivi derivanti da fattori specifici quali:

- vie di comunicazione;

- trend storico interventi;
- vincoli orografici e climatologici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- riorganizzazione dei Punti di Primo Intervento (per il periodo di vigenza);
- flussi turistici stagionali;
- rete elisoccorso.

Il DPGR n. 94/2012 ha aggiornato la formula per la definizione dei mezzi medicalizzati con i nuovi parametri previsti dal Monitor 27 (già applicati dalle altre regioni). Il correttivo, che da 60 kmq passa a 45 kmq, determinando un lieve incremento delle postazioni, considerato sulla base delle peculiarità della Regione Calabria (così come la regione Sardegna) rispetto alla orografia del territorio ed alla scarsa percorribilità viaria, si uniforma all'obiettivo di rafforzare la rete territoriale di soccorso come condizione essenziale - ancorché transitoria - per garantire i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera in un contesto che vede il Territorio ancora non completamente implementato.

Il riordino delle PET prevede un numero complessivo di 52 MSA a fronte di 50 previste dal DPGR n. 18/2010. Bisogna, infine, considerare che i parametri utilizzati per il calcolo delle postazioni tengono conto della peculiare risposta organizzativa del 118 calabrese che attribuisce al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche i trasporti ordinari, in altre regioni a carico dei presidi ospedalieri. Pertanto, nel totale di mezzi di soccorso riorganizzati (n. 88) sono considerati i trasporti primari, secondari urgenti e ordinari.

Per le particolari condizioni orografiche della zona costiera e interna che da Reggio Calabria si estende fino a Locri non è sufficiente una sola PET presso Melito Porto Salvo, per cui nell'ASP di Reggio Calabria la presente programmazione prevede n. 13 PET, anziché n. 12 (DPGR 94/2012).

Tabella 41: Fabbisogno Unità di Soccorso

POSTAZIONI ATTUALI (DPGR 94/2012)						
ASP	MSA	Auto Medica	MSB	MS base	Stabilimenti ospedalieri (Trasporto ordinario non gestito dal 118)*	TOTALE
Cosenza	18	1	1	4	20	44
Crotone	4	0	0	1	0	5
Catanzaro	14	0	1	0	4	19
Vibo Valentia	5	0	0	3	0	8
Reggio Calabria	13	0	1	1	1	16
TOT	54	1	3	9	25	92
POSTAZIONI RIORGANIZZATE (DPGR 94/2012)						
ASP	MSA	Auto Medica	MSB	MS base	Stabilimenti ospedalieri (Trasporto ordinario non gestito dal 118)*	TOTALE
Cosenza	21	1	1	6	13	42
Crotone	5	0	0	1	1	7
Catanzaro	10	0	1	0	4	15
Vibo Valentia	4	0	0	3	1	8
Reggio Calabria	13	0	1	1	2	17
TOT	53	1	3	11	21	89

(*) Si intendono Postazioni di ambulanza con il solo autista governate dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi ed utilizzate esclusivamente per trasporto ordinario a parziale supporto dell'attività analoga in capo al 118 in un regime di autonomia da questo, che necessita di essere riorganizzato e regolamentato. (Fonte DPGR n.94/2012).

Azioni di riorganizzazione

- definizione dello studio di fattibilità che indicherà la programmazione degli investimenti per gli adeguamenti strutturali e tecnologici necessari per la riconversione delle C.O. di Vibo e Crotone e per la riduzione delle Centrali Operative da 5 a 3 entro il 31 dicembre 2016.
- riduzione delle Centrali Operative da 5 a 3 e conseguente riorganizzazione per macroaree (Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria), entro il 30 giugno 2017.
- riconversione delle Centrali Operative di Crotone e Vibo Valentia in Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria (CURAP), entro il 31 dicembre 2017.
- attività di assessment dei mezzi di soccorso (con indicazione dell'anno di immatricolazione e dotazioni tecnologiche);
- riorganizzazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata;
- riorganizzazione della rete delle postazioni non medicalizzate;
- riorganizzazione della rete dei trasporti dei Presidi Ospedalieri;
- avvio attività di adeguamento elettromedicali e rinnovo parco ambulanze, auto mediche, carrello maxi-emergenza.

3.1.3.2 Elisoccorso ed elisuperfici

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta a specifiche patologie con un codice di valutazione laddove sono prestabiliti tempi, condizioni e modalità operative di attivazione.

La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo e permette di ricoverare il paziente critico nell'ospedale con minore disagio per il paziente.

Tuttavia anche in questo ambito è utile prevedere una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione.

Il Piano Operativo prevede la gestione razionalizzata e centralizzata delle basi di Elisoccorso.

Saranno ridisegnate:

- l'assetto regionale delle basi di Elisoccorso. In particolare, sulla base dei parametri nazionali presenti in letteratura, e delle indicazioni contenute nel Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri, si prevede una riduzione delle basi operative HEMS da 4 (attuali) a 3 con la presenza di n. 1 eliambulanza h 24 e 2 h 12 di cui almeno 1 in configurazione SAR.
- la definizione di elisuperfici destinate alla integrazione notturna dei rendez vous con le ambulanze medicalizzate nelle zone disagiate. In particolare, sulla base dei parametri nazionali presenti in letteratura, e delle indicazioni contenute nel Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri, si prevede l'istituzione di elisuperfici attive h 24 in tutti gli Hub, elisuperfici attive h 12 diurne in tutti gli Spoke, elisuperfici attive h 24 nelle Case della Salute di Praia a Mare.

Azioni di riorganizzazione

- attività di *assessment*.
- attività di verifica, aggiornamento e/o definizione dei processi operativi contenuti nel Regolamento di attivazione del servizio di eliambulanza regionale definito con DPGR n. 160 del 13/09/2012 ai sensi del DPGR n.7/2011.
- attività di verifica/aggiornamento/definizione degli indicatori di performance contenuti nel Regolamento regionale e avvio attività di monitoraggio.
- definizione del capitolato di gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso il cui contratto di servizio è stato prorogato fino al 31 luglio 2016 e comunque non oltre la data di aggiudicazione della gara.

3.1.3.3 Integrazione tra le reti e la connessione fra sistema dell'emergenza e sistema delle cure primarie: la CURAP e il numero 116117

È noto che per affrontare le sfide poste alla sostenibilità del Servizio Sanitario universalistico, occorre attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ed in particolare è indispensabile diminuire la concentrazione di attività e risorse sulla rete ospedaliera. La rete di emergenza-urgenza fornisce un fondamentale connettore di questo sistema, in quanto deve essere in grado di rispondere ai cittadini su tutto il territorio regionale, garantendo sicurezza e tempestività di intervento. È altrettanto importante che vi sia appropriatezza nell'utilizzo dei servizi evitando il sovraffollamento dell'area emergenza-urgenza ospedaliera per patologie di media-bassa criticità clinica che spesso possono trovare un'adeguata e migliore risposta clinico-assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di assistenza primaria, ove adeguatamente strutturata. Tale fenomeno, che spesso si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un uso improprio delle strutture e dei servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di reale emergenza. È noto che il ricorso inappropriato ai servizi di pronto soccorso ha diverse motivazioni, tra le quali la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni non differibili ma non urgenti. Tale percezione sarà ben minore se il cittadino si sente accolto in una rete di assistenza primaria in grado di anticipare e intercettare il suo bisogno di salute considerato non differibile.

A tal fine occorre sviluppare nuovi strumenti organizzativi integrati, con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute del cittadino, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, razionalizzare le risorse presenti sul territorio.

Già indicazioni nazionali e direttive europee hanno previsto l'istituzione di un numero unico europeo (il 116117) per il servizio di guardia medica. Nel luglio 2011 il Ministero della salute adottava in materia, un documento di indirizzo sulla "Continuità delle cure in un sistema integrato. Modelli organizzativi 118 e Continuità Assistenziale (CA)", integrativo dell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011 e punto di riferimento per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Il documento è finalizzato a garantire una piena integrazione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per realizzare una concreta continuità assistenziale e razionalizzare anche l'utilizzo della rete di emergenza-urgenza, consentendo di intercettare preventivamente i codici bianchi e verdi. A tal fine sono stati prospettati modelli organizzativi assistenziali diversificati ed adattabili ai diversi contesti territoriali, per assicurare assistenza giornaliera h 24, sette giorni su sette.

In concreto, si propone di: individuare una centrale operativa del territorio (rispondente al numero 116117), avviare le procedure per l'acquisizione del numero 116117 e nel frattempo su base provinciale, utilizzando anche le tecnologie del 118 ma con numerazione separata, ci si doti di un numero di telefono unico, accessibile h24/365 gg all'anno, attraverso il quale raggiungere, secondo linee guida da definire a livello regionale:

- i medici delle cure primarie durante il giorno (i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta aggregati in UCP);
- i medici di Continuità Assistenziale durante la notte e i festivi;
- la centrale unica di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali (il CUP);
- il Punto Unico di Accesso alla rete integrata dei servizi (PUA) per i bisogni più complessi.

Attraverso la centrale operativa del territorio (CURAP), il cittadino, così come gli operatori socio-sanitari ospedalieri e distrettuali, potranno raggiungere i medici delle cure primarie (i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta aggregati in UCP, prevedendone l'adesione obbligatoria), la centrale unica di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali (il CUP) e il Punto Unico di Accesso alla rete integrata dei servizi (PUA) per i bisogni più complessi. Questa interfaccia unica costituirà il riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie, sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio, che per gli operatori dell'Ospedale.

Su queste basi pertanto si prevede l'individuazione di una centrale operativa del territorio (rispondente al numero 116117), adiacente alla Centrale Operativa del 118, con personale addestrato allo scopo che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA per le parti di interazione. Questo stesso servizio fungerà, come sopra detto, anche da portale di accesso per la richieste di Assistenza Primaria (cfr Intesa Stato Regioni del 8/02/2013 Rapporti tra il Sistema dell'emergenza urgenza e la C.A.).

La programmazione regionale definirà e anche attraverso idonee sperimentazioni quali servizi verranno gestiti direttamente dalla centrale (ad esempio: chiamate per la CA; chiamate per il PUA; chiamate per le UCP) e quali dirottare ad altri servizi (ad esempio: chiamate per il CUP ecc.), con l'obiettivo di unificare il più possibile i servizi.

Il numero 116117 (attivo h24 / 365 gg all'anno) consentirà quindi la centralizzazione delle chiamate di cure primarie. Le due funzioni (118 e 116117) devono avvalersi di un'unica piattaforma tecnologica.

Dal punto di vista organizzativo, inoltre, condizioni essenziali sono la possibilità di interagire fra le due funzioni con un linguaggio condiviso, e quindi scambio d'informazioni, chiarezza delle competenze reciproche (chi fa che cosa), individuazione dei percorsi delineando gli ambiti. A questo scopo dovranno essere definite a livello regionale apposite linee guida condivise.

Altrettanto determinanti sono: una adeguata e omogenea preventiva formazione degli operatori ed una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso.

Nelle more dell'istituzione del numero 116117 a livello nazionale, la Regione sperimenterà in alcune ASP un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117 (esempio: numero verde. 800 116 117).

Azioni di riorganizzazione

- Costruire un modello di Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Primaria (a cura del Dipartimento e del GdL di coordinamento regionale);
 - Individuare i target di popolazione/utenti delle CURAP;
 - Individuare i percorsi assistenziali funzionanti/funzionali a questo tipo di iniziativa;
 - Individuazione dei ruoli.
- Operazioni tecniche di predisposizione del servizio:
 - Adeguamento della piattaforma tecnologica ed informatica e individuazione di una nuova numerazione unica per tutti, possibilmente 116.117 in conformità alla normativa europea;
- Attivazione CURAP:
 - Avvio della sperimentazione in alcune ASP un numero verde che contenga al suo interno il numero 116117, in attesa delle indicazioni nazionali,
 - Predisposizione di uno specifico protocollo a valenza regionale omogeneo che disciplini i rapporti tra 118 e l'Assistenza Primaria dove saranno indicati i rispettivi ambiti di attività e le relative interazioni ed integrazioni, nel rispetto delle rispettive autonomie.
- Campagna informativa sul nuovo servizio.
- Monitoraggio e verifica dei risultati.

3.1.3.4 Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le CURAP, come descritto nel paragrafo dedicato.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio (che conta 335 postazioni) in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza. Il Piano di rientro prevedeva una riduzione del numero delle postazioni di guardia medica in 250 unità. Il DPGR n. 94 articola la riduzione nel seguente modo:

Tabella 42: Postazioni di Guardia Medica, Attuali e da Riorganizzazione

AREA	ASP	Abitanti (ISTAT 2011)	NUMERO COMUNI	NUMERO POSTAZIONI ATTUALI	NUMERO POSTAZIONI PROGRAMMATE (I STEP)	NUMERO POSTAZIONI PROGRAMMATE (II STEP)
NORD	Cosenza	734.656	155	123	113	102
CENTRO	Crotone	174.605	27	31	27	24
	Catanzaro	368.597	80	60	57	50
	Vibo valentia	166.560	50	39	26	23
SUD	Reggio calabria	566.977	97	81	81	76
PROV.	Numero postazioni per assicurare la centralizzazione delle chiamate nelle attuali Centrali Operative su base provinciale					5
TOTALE		2.011.395	409	334	304	280

Azioni di riorganizzazione

- **I FASE:** attuazione del riordino delle postazioni di C.A. (n. postazione 304);
- **II FASE:** attuazione del riordino delle postazioni di C.A. (n. postazione 280).

Rispetto a quanto programmato, si rende comunque necessario prevedere un ulteriore ridimensionamento delle postazioni di Guardia Medica (inferiore alla 250 postazioni suddivise equamente sul territorio) considerato che i volumi di attività dovranno essere assorbiti dall'attivazione dei nuovi servizi territoriali sopra descritti.

Il ridimensionamento riguarderà essenzialmente le singole postazioni di Continuità Assistenziale tenendo distinta tale riduzione dal numero dei medici in servizio in ogni singola postazione.

Sarà così possibile raggiungere gli attuali standard nazionali tenuto conto che i servizi di guardia medica furono istituiti in assenza totale del 118 e della riorganizzazione territoriale attualmente in atto.

3.1.3.5 Formazione

La Conferenza Stato Regioni nella seduta del 22 Maggio 2003 definisce la formazione e l'aggiornamento per tutti gli operatori del servizio 118 (medici, infermieri, autisti e volontari). I Percorsi Formativi devono essere proposti, programmati, coordinati e attuati in via esclusiva dal Responsabile della Centrale Operativa 118 e devono erogare conoscenza, operatività e comportamenti concernenti l'emergenza. È opportuno prevedere che le centrali operative siano dotate di un Centro di Formazione e simulazione autonomo, gestito direttamente dal Direttore della Centrale ricorrendo per quanto più è possibile a istruttori formatori interni al servizio.

Qualora l'iter formativo di aggiornamento o di re-training preveda una frequenza ospedaliera, le Direzioni Sanitarie dei Presidi devono fornire il supporto logistico, nonché certificare la presenza dei corsisti. Risulta altresì indispensabile uniformare i Percorsi formativi e programmare la Formazione di tutto il personale (Medici, Infermieri, Autisti, Volontari) delle diverse articolazioni della Rete: C. O., Pronto Soccorso, PPI, PET, Continuità Assistenziale, ecc.

Ulteriore attenzione bisogna riservare ai programmi di simulazione Medica avanzata, in cui tutti gli operatori possano mettersi in gioco, operando in scenari di Emergenza Urgenza e in assenza di rischio, grazie all'uso di manichini computerizzati.

In altri termini la Formazione (in particolare per Aree critiche come l'Emergenza/Urgenza), come fonte di conoscenza e good practices, non potrà essere solamente teorica, ma dovrà prevedere anche la "fase" pratica, con particolare attenzione alla sicurezza del paziente. In tal senso è importante una Metodologia Formativa all'avanguardia, in cui la simulazione avanzata del caso clinico, risulti lo strumento privilegiato, dove l'eventuale "errore" serve per imparare.

La promozione di questi strumenti, oltre ad agevolare il lavoro quotidiano, è fondamentale per evitare i possibili errori, quindi diventa parte integrante di un programma di safety. Inoltre il valore aggiunto di queste "metodiche" formative, è la concreta possibilità di imparare a lavorare in gruppo come dovrebbe avvenire nella realtà.

Nel rispetto delle disamine di cui sopra si prevede di organizzare i Percorsi e i Programmi in:

- un primo Livello di Formazione di base centrato sugli aspetti organizzativi, tecnologici, gestionali, relazionali, clinici che coinvolga tutti i profili professionali e discipline facenti parte della filiera dell'Emergenza/Urgenza.
- un secondo Livello dedicato a tutti gli attori di cui sopra, ma con approfondimenti specifici, nel rispetto dei profili professionali, discipline, qualifiche, compiti e funzioni attraverso lo svolgimento di Corsi monotematici.
- un terzo Livello per le figure Dirigenziali (Strutture Complesse, Semplici) con Master dedicati.

E' prevista e obbligatoria anche la integrazione formativa per quei professionisti che risultano già certificati negli aspetti formativi di cui sopra.

I percorsi formativi articolati ai diversi livelli quanti-qualitativi, devono assicurare ai profili professionali una crescita delle capacità e delle performance, che dovrebbero assicurare un miglioramento della offerta di Servizi e una riduzione del Rischio Clinico.

3.1.4 Rete ospedaliera dell'Emergenza

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, con il DPGR n. 18/2010 e il DCA n. 9/2015 si è stabilito un Centro HUB ogni 600.000 - 1.200.000 abitanti e uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza di almeno 150.000 - 300.000 abitanti o inferiore qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di SPOKE superi i 60 minuti, considerando che il centro HUB funge anche da SPOKE per il bacino di competenza.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere la individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'Emergenza ospedaliera devono divenire un vero e proprio team di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, possa spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'Emergenza. Dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e di competenza specialistica, deve svilupparsi una stretta interazione professionale e tecnologica in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei punti di primo intervento (PPI) che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE o HUB di competenza.

Laddove non ancora in atto si impone l'applicazione del Sistema "Triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'Emergenza-Urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285).

Funzioni di HUB

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse.

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato di tutte le strutture previste per l'ospedale di I Livello, nonché delle strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'ospedale di I Livello, tra le quali, nel rispetto dei bacini di utenza contenuti nella Tabella "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina" (**Allegato 2**): Cardiologia con emodinamica interventistica h.24, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Endoscopia digestiva, Broncoscopia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, altre eventuali discipline di alta specialità. Le discipline di Cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica e radiologia interventistica devono altresì essere presenti o essere garantite attraverso collegamenti funzionali con gli HUB dove sono presenti.

E' inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

Il Pronto Soccorso del Centro HUB deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Deve essere dotato di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del Centro HUB, alcune funzioni particolarmente specifiche possono essere svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare, Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, Chirurgia Vascolare, Centro Antiveneni) in collegamento con Centri sovra regionali.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei DEA e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli Hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 600.000/1.200.000 abitanti con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000.

Funzioni di SPOKE

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al DEA di II Livello (Hub) per livello superiore di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono.

Devono essere presenti o disponibili in rete h.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per quanto riguarda quest'ultimo l'organizzazione è disciplinata dal DCA n. 58 del 26/06/2014.

Devono essere dotati, inoltre, di letti tecnici di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Il Personale medico del DEA di I livello è costituito da Medici afferenti alla Disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa ed operanti sia in guardia attiva che in reperibilità anche su più presidi. In tal senso le funzioni proprie del Centro SPOKE possono essere erogate, nella sola fase di riorganizzazione, anche da più strutture integrate su più presidi.

Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse tempo-dipendenti, possono essere dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o ove eventualmente previsti in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000/300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.

Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale

La funzione di PS semplice può essere svolta da quei presidi per cui si preveda un'evoluzione a SPOKE nel tempo in attesa di eventi programmati a lunga scadenza (ad es. l'ospedale generale di Gioia Tauro in attesa della creazione del nuovo presidio ospedaliero di Palmi), oppure in particolari situazioni di complessità organizzativa.

E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità).

I presidi ospedalieri di base, definiti "Ospedali Generali" appartenente alla rete ospedaliera, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto (Ospedali di zona montana), sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di

guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva.

A regime, il personale medico apparterrà alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza del DEA di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per redistribuzione di unità o a seguito di opzione dei Medici del Presidio interessato.

La funzione di Pronto Soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 25.000 unità.

Deve essere dotato di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Viene mantenuto il laboratorio di analisi esclusivamente per i degenti.

Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'ospedale di zona disagiata

Gli ospedali di zona disagiata sono presidi ospedalieri di base che possono essere previsti per zone particolarmente disagiate in quanto definibili, sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso) superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Per centri hub e spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere entro i tempi che saranno stabiliti dal Regolamento nazionale sugli standard ospedalieri.

Nella Regione Calabria, come in molte altre regioni italiane, esistono presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano o comunque con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisuperfici dedicate.

In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto attività di medicina interna, di chirurgia generale ridotta.

Sono strutture a basso volume di attività con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione ai volumi per il mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna. Devono essere integrati nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotati di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery, la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un Pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come previsto dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

Appare necessario prevedere la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino ed indagini laboratoristiche semplici in pronto soccorso. Deve essere predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'ospedale di zona disagiata al centro Spoke o Hub.

È prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

Negli Ospedali di zona disagiata è prevista la presenza di un ambulatorio di oncologia funzionalmente integrato con lo Spoke di riferimento al fine di evitare ai pazienti oncologici dei relativi territori i disagi dovuti agli spostamenti per i controlli oncologici.

Viene mantenuto il laboratorio di analisi esclusivamente per i degenti.

L'organico medico dell'ospedale di zona disagiata è così dimensionato:

- quattro medici di medicina generale (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici di chirurgia generale (16 ore 7 gg la settimana + reperibilità notturna) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici anestesisti (16 ore 7 gg la settimana + reperibilità notturna) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno e con la medicina generale che partecipa all'attivazione della guardia attiva) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento.

La presente programmazione prevede la riconfigurazione della Casa della Salute di Trebisacce in Ospedale di zona disagiata. Tale decisione tiene conto dell'ambito territoriale che comprende n. 17 comuni con una popolazione di circa 54.000 abitanti. Alcuni di questi comuni distano più di 60 Km dallo spoke di Castrovillari, nè in quell'area dell'alto ionio cosentino, a differenza che nella parte tirrenica, insistono altre strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate. Tenendo conto inoltre che nel periodo estivo la viabilità crea problemi alla circolazione notevolmente rallentata dal traffico, si è ritenuto di riprogrammare l'attivazione di un ospedale di zona disagiata onde garantire un'attività di Pronto Soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'emergenza-urgenza e integrata alla struttura complessa del DEA di Castrovillari che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. Il presidio sarà inoltre dotato delle specialità e servizi previsti dal DM Salute n. 70/2015 per tali tipologie di presidi.

Punti di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La mission dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, HUB o Spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

Per questa funzione sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

Esclusivamente per il tempo di mantenimento previsto, i Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore, assegnati al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118);
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB);
- Punti di Primo Intervento in zona montana con un forte presidio del 118.

I PPI in zona montana richiedono una particolare attenzione da parte dello SPOKE (o dell'HUB) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel Dea di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano (vedi anche Pronto Soccorso Semplice dell'Ospedale Generale).

Nel Punto di Primo Intervento è però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Attualmente il servizio dei PPI attivati negli ex ospedali riconvertiti in strutture territoriali, è erogato in 12H/24H per prestazioni in emergenza-urgenza per casi di media-bassa complessità. L'obiettivo, in linea con quanto sopra definito, è quello di trasferire delle attività previste per i PPI delle CdS alla gestione del 118 entro un anno (28 febbraio 2017), previa contestuale verifica della funzionalità della rete EMUR.

Di seguito si rappresenta la distribuzione attuale dei PPI.

Tabella 43: Numero di Punti di Primo Intervento Attivi presso le Case della Salute

Punti di primo intervento		
Area	PPI inseriti nelle Case della Salute	H12/H24
Area Nord	S. Marco Argentano	H24
	Mormanno	H12 diurno
	Lungro	h12 diurno
	Cariati	H24
	Praia a Mare	H24
Area Centro	Chiaravalle Centrale	H12 diurno
	Soriano Calabro	H12 diurno
Area Sud	Scilla	H24
	Taurianova	H12 diurno
	Oppido Marmertina	H12 diurno
	Palmi	H24
	Siderno	H12 diurno

Sarà organizzato un Punto di Primo Intervento estivo nella strutture di Praia a Mare, da un punto di vista organizzativo integrato al DEA di riferimento che garantisce il servizio.

Azioni di riorganizzazione

- Verifica delle modalità di trasferimento dell'attività dei PPI alla gestione del sistema 118;
- Definizione del piano attuativo e del cronoprogramma del trasferimento dell'attività alla gestione del sistema 118;
- Definizione del piano di attivazione del PPI estivo della CdS di Praia a Mare;
- Passaggio dell'attività dei PPI alla gestione del sistema 118 previsto entro il 30 gennaio 2015, previa verifica della funzionalità della rete EMUR.

3.1.5 Disegno della Rete EMUR

Di seguito si riporta la tabella che delinea la struttura della rete per la Regione Calabria alla luce delle componenti ospedaliere e territoriali:

Tabella 44: Struttura della Rete emergenza-urgenza Area Nord

Area nord						
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Case della Salute (CdS)	Centrali Operative	Postazioni territoriali medicalizzate (PET)
DEA II LIVELLO 500.000/1.000.000 ab.	DEA I LIVELLO 150.000 / 300.000 ab.	PRONTO SOCCORSO 40.000 / 150.000 ab.	PS DI ZONA MONTANA 20.000 / 40.000 ab.	Senza alcuna funzione di emergenza (PPI attuali per tempo di presenza previsto)	118	
Cosenza AO			S. Giovanni in fiore Acri		ASP Cosenza	N 21
	Castrovillari			S. Marco Argentano ppi h24 Mormanno ppi h 12 diurno		
	Rossano /Corigliano(*) Unico presidio con due strutture			Lungro ppi h 12 diurno		
	Cetraro /Paola (*) Unico presidio con due strutture			Cariati ppi h24		
				Praia a mare ppi h24		

Tabella 46: Struttura della Rete emergenza-urgenza Area Sud

3.1.6 La rete dell'emergenza pediatrica

I Centri di riferimento per l'emergenza pediatrica sono gli Hub delle Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. All'interno dei DEA di II livello, in ogni reparto di pediatria, deve essere previsto il PS Pediatrico.

Le funzioni previste nel DEA di II livello con PS pediatrico sono: Triage pediatrico, OBI, assistenza pediatrica multi specialistica, erogazione di cure semintensive pediatriche, servizio di telemedicina per il confronto con specialisti di altri ospedali Hub e per consulenze per gli ospedali Spoke.

Le funzioni previste nel DEA di I livello per le unità operative di pediatria sono: Triage con attenzione alle peculiarità pediatriche, OBI, assistenza pediatrica 24/24 ore, stabilizzazione del bambino critico ed eventuale successivo trasferimento secondario, attivazione del servizio di telemedicina per consulto con centri Hub, formazione del personale.

Nell'ambito delle reti tempo dipendenti, con particolare riferimento alla rete trauma, dovranno essere predisposti specifici protocolli comuni con il 118 al fine di individuare, in base alle patologie prevalenti e quindi alla necessità di specialisti qualificati, il centro che offre le migliori cure per quel caso specifico.

La rete per l'emergenza pediatrica sarà definita con specifico atto.

3.1.7 Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS dell'Ospedale Generale, PS dell'Ospedale di Zona disagiata, PPI della Casa della Salute (per il tempo di mantenimento previsto) ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata con i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguati accordi con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra PET, PPI e Postazioni di Guardia Medica allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza sanitaria e continuità delle cure.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti ed ordinari.

È necessaria una revisione ed un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri deve essere organizzata e gestita dai singoli PS e PPI (per il tempo di mantenimento previsto) in accordo con il 118 e con i centri HUB e SPOKE riceventi, che devono comunque accogliere il paziente sulla base di protocolli condivisi.

Per queste patologie, così come per quelle della rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolari, stroke) sono previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

È altresì necessaria la definizione di precisi protocolli, che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza.

In accordo con il documento sulla rete ospedaliera e stabilita la rete territoriale dei Distretti e delle Cure Primarie, è evidente che in divenire il Dipartimento Regionale di Tutela della Salute, utilizzando gli strumenti sopra descritti, potrà procedere ad ulteriori razionalizzazioni.

È infatti prevista la conversione dell'attività dei PPI con quella del sistema 118, provvedendo adeguatamente a separare comunque la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, Ospedale Generale, Ospedale di zona disagiata) e quelli per la continuità assistenziale (Cure Primarie), che pur dialogando tra loro svolgono funzioni distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non uniforme, e nel cui ambito devono essere fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità, mettendo rigorosamente in capo all'Ente Regione la certificazione, formazione ed aggiornamento del personale, pianificata in accordo con il Coordinamento del 118 e dei Dipartimenti di Emergenza.

3.1.8 Sintesi prossime azioni da svolgere

Alla luce di quanto descritto e per un'applicazione puntuale di quanto pianificato, nell'immediato futuro occorre affrontare le seguenti tematiche:

- implementazione della rete dei DEA, dei PS, dei PPI e del 118 e loro collegamento attraverso specifici protocolli intra ed extraospedalieri (entro il 31/12/2016);
- razionalizzazione delle PET e delle postazioni di guardia medica in funzione della loro attività, per singola Area, sulla base delle azioni previste (entro 31/12/2016);
- informatizzazione dei processi e delle attività di Emergenza-Urgenza attraverso l'integrazione degli applicativi in uso nelle Centrali Operative con gli applicativi dei Pronto Soccorso ospedalieri, con i sistemi di fonìa, con il sistema radio regionale e con la trasmissione dati a distanza (entro il 31/12/2017);
- potenziamento e rimodernamento delle ambulanze ed auto mediche in dotazione nelle strutture di Emergenza-Urgenza (entro il 31/12/2016);
- potenziamento strutturale e tecnologico delle CC.OO. del 118, dei P.S. e dei DEA (entro il 31/12/2017);
- definizione degli organici e degli standard relativi alle strutture 118 ed a quelle deputate alla emergenza ospedaliera (entro il 31/12/2017);
- attivazione della rete radio frequenze del 118, sulla base delle azioni previste (entro il 31/12/2018);
- sviluppo del sistema di Telemedicina (soprattutto teleconsulto e teleradiologia) (entro il 30/06/2017);
- istituzione della tracciabilità degli interventi con modulistica omogenea e collegamento con le SDO utilizzando un sistema informatico regionale, sulla base delle azioni previste (entro il 31/10/2016);
- centralizzazione a livello provinciale delle chiamate per la Guardia Medica considerata la riorganizzazione delle postazioni di continuità assistenziale e ruoli e compiti delle rispettive funzioni, sulla base delle azioni previste (entro 30/06/2017);
- ridefinizione delle procedure e protocolli condivisi per dare attuazione pratica alla rete con particolare riferimento a: trasporti secondari urgenti protetti, trasporti secondari differibili, trasporti ordinari, rete

psichiatrica ed implicazioni relative all'uso del TSO in urgenza, trasporto pediatrico-neonatale, percorsi per le patologie complesse, sulla base delle azioni previste (entro il 30/06/2016);

- mappatura e studio della rete delle elisuperfici a servizio di destinazioni sanitarie (entro 31/12/2017);
- definizione del ruolo del 118 in relazione a eventi straordinari e manifestazioni di interesse pubblico, sulla base delle azioni previste (entro il 31/12/2017);
- creazione di protocolli per il soccorso in mare e costiero ed implicazioni delle reti, sulla base delle azioni previste (entro il 30/06/2017);
- definizione di regole relative ai rapporti con strutture private ed accreditate riguardo alle attività di emergenza-urgenza (entro il 30/06/2017).

3.1.9 Monitoraggio

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

3.2 Rete SCA e Sindrome Coronarica Acuta

Il documento relativo alla rete è riportato in **allegato 4**. Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

I NODI DELLA RETE HUB & SPOKE

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA n. 9/2015;
- Centri Spoke sede di Dea di I livello della rete dell'emergenza di cui al DCA 9/2015 rispondenti ai requisiti del bacino di utenza ed ai tempi di percorrenza dettati dal protocollo con il 118, dotati di emodinamica e UTIC;
- Centri Spoke con UTIC senza emodinamica di cui al DCA 9/2015.

Tabella 47: I nodi della rete Hub & Spoke di cui al DCA 9/2015 Area Nord

RETE HUB & SPOKE AREA NORD		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Cosenza AO</u>		
	<u>Belvedere Casa di Cura Tricarico</u> (*1)	
		Cetraro /Paola <i>Unico presidio con due strutture</i>
	<u>Castrovillari</u> (*2)	
		Rossano /Corigliano <i>Unico presidio con due strutture</i>

RETE HUB & SPOK AREA CENTRO		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Catanzaro Pugliese Ciaccio</u>		
<u>Catanzaro Mater Domini</u>		
	<u>Catanzaro S. Anna Hospital</u> (*1)	
		Lamezia Terme
		Crotone
		Vibo Valentia

RETE HUB & SPOKE AREA SUD		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Reggio di Calabria</u>		
		Polistena
		Locri

(*1) Relativamente all'Area Nord si ritiene necessario considerare all'interno della rete SCA regionale pubblica anche il ruolo operativo della struttura privata Tricarico a copertura dei bacini di utenza dell'alta costa tirrenica dell'Area Nord. Tale struttura sarà inserita nei protocolli operativi regionali e di Area in un'ottica di supporto ed integrazione alla rete pubblica. La Struttura privata è dotata di Pronto Soccorso accreditato.

Per quanto riguarda la Struttura S. Anna Hospital di Catanzaro effettua gli interventi in situazioni di urgenze differite.

(*2) Nell'Area Nord è necessario considerare, nell'ambito dei protocolli operativi, la tempistica di messa a regime della nuova emodinamica di Castrovillari in termini di precisa definizione dei flussi dei pazienti all'interno della rete.

Nota: nell'arco del biennio verrà valutata l'attività di tutte le emodinamiche per ricondurre le strutture agli standard nazionali sui volumi di attività ed esiti e rivalutare l'attuale programmazione e i relativi ambiti territoriali assegnati.

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla cardiologia, all'unità coronarica ed all'emodinamica per area e struttura, previsti dalla presente programmazione.

Tabella 48: Posti letto Area Nord

AREA NORD						
ASP ² AO ² AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO-LOGIA	UNITA ² CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
A.O.	180912	A.O. DI COSENZA	COSENZA	25	10	si
A.S.P. Cosenza	180006	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	18	7	si
	180010	P.O. CORIGLIANO	CORIGLIANO	18	7	no
	180012	P.O. CETRARO	CETRARO	18	7	no
AZIENDE PRIVATE	180025	CASA DI CURA TRCARICO ROSANO	BELVEDERE MARITTIMO	22	5	si

Tabella 49: Posti letto Area Centro

AREA CENTRO						
ASP ² AO ² AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO-LOGIA	UNITA ² CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
CATANZARO						
A.O.	180913	A.O. DI CATANZARO	CATANZARO	20	12	si
A.O.U.	180914	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	22	12	si
A.S.P. Catanzaro	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	LAMEZIA TERME	14	6	no
AZIENDE PRIVATE	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	CATANZARO	27	6	si
CROTONE						
A.S.P.	180032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	CROTONE	20	10	no
VIBO						
A.S.P.	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	VIBO VALENTIA	18	8	no

Tabella 50: Posti letto Area Sud

AREA SUD						
ASP ² AO ² AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO-LOGIA	UNITA ² CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
A.O.	180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA	24	15	si
A.S.P. Reggio Calabria	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	LOCRI	12	4	no
	180061	P.O. S.MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA	POLISTENA	12	8	si
AZIENDE PRIVATE	180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC	REGGIO CALABRIA	11	no	no

3.3 Rete Stroke

Il documento relativo alla rete è riportato in **Allegato 5**.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

I NODI DELLA RETE HUB & SPOKE

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA 9/2015 e di SU di II Livello;
- Centri Spoke sede di DEA di I livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR 9/2015 e di SU di I Livello.

Tabella 51: Individuazione dei centri HUB & SPOKE

AREA NORD	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Annunziata	
	Spoke Castrovillari
	SPOKE Corigliano
	SPOKE Cetraro
AREA CENTRO	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Pugliese (CZ) in fase di integrazione con AOU Mater Domini	
	Spoke Crotone (KR)
	Spoke Jazzolino (VV)
AREA SUD	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Bianchi-Melacrino (RC)	
	Spoke Locri (RC)
	Spoke Polistena (RC)

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla neurologia, alla neurochirurgia, alla neuroradiologia ed alla presenza di stroke unit per area e struttura, previsti dalla presente programmazione.

Tabella 52: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Sud

AREA SUD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	REGGIO CALABRIA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE LOCRI	LOCRI	13	✓			
SPOKE	P.O. SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	10	✓			

Tabella 53: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Centro

AREA CENTRO							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	40		✓		✓
HUB	A.O. PUGLIESE - DE LELLIS	CATANZARO	0			25	
SPOKE	CROTONE	CROTONE	10	✓			
SPOKE	P.O. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	20	✓			

Nota: è in corso il processo di integrazione tra l'AO Pugliese e l'AOU Mater Domini, le UO di Neurologia sono già unificate.

Tabella 54: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. DI COSENZA	COSENZA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	10	✓			
SPOKE	P.O. ROSSANO- CORIGLIANO	CORIGLIANO	10				
SPOKE	P.O. DI CETRARO - PAOLA	CETRARO	10				

PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- I Coordinamenti Regionali e di Area hanno approvato il PDTA per l'ictus ischemico nella Regione Calabria con DCA n. 12 del 2 aprile 2015.
- Autorizzazione da parte della Regione dei centri deputati alla pratica della trombolisi entro il 31 dicembre 2016, previa certificazione da parte dei Direttori Generali della sussistenza dei requisiti;
- Avvio attività di formazione dei centri della rete deputati alla pratica della trombolisi, a partire dal 30 giugno 2016;
- Approvazione da parte del Dipartimento Tutela della Salute di protocolli condivisi con i responsabili del 118 e i referenti dei nodi della rete per la gestione preospedaliera e ospedaliera dell'ictus e per il trasporto secondario ai centri di competenza entro il 30 giugno 2016;
- Avvio di una campagna d'informazione capillare finalizzata ad evitare che gran parte degli ictus giungano in ospedale con mezzi propri entro il 30 giugno 2017;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle post-acuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete", entro il 31 dicembre 2016.

MONITORAGGIO

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

3.4 Rete Politrauma

Il documento relativo alla rete è riportato in **allegato n. 6**. Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

I NODI DELLA RETE HUB & SPOKE

- Extra regionale: Centro regionale Traumi di Alta Specializzazione (CTS);
- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA n.9/2015: Centro traumi di zona (CTZ);
- Centri Spoke sede di DEA di I Livello della rete dell'emergenza di cui al DCA n.9/2015: Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST);
- Ospedale Generale sede di PS semplice della rete dell'emergenza di cui al DPGR n.9/2015;
- Ospedale di Zona Montana sede di PS Zona Montana della rete dell'emergenza di cui al DPGR n.9/2015.

Tabella 55: Centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Cosenza AO</u>			
			S. Giovanni in Fiore
			Acri
	<u>Castrovillari</u>		
	<u>Rossano /Corigliano</u> Unico presidio con due strutture		
	<u>Cetraro /Paola</u> Unico presidio con due strutture		

AREA CENTRO			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS Semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Catanzaro Pugliese Ciccio</u>			
<u>AO Mater Domini</u> (solo per le funzioni ad integrazione funzionale)			
		Soverato	
	<u>Lamezia Terme</u>		
			Soveria Mannelli
	<u>Crotone</u>		
	<u>Vibo Valentia</u>		

Nota: è possibile considerare all'interno della rete politrauma regionale pubblica anche il ruolo operativo delle strutture private nella definizione dei protocolli regionali e di Area in un'ottica di supporto ed integrazione. In particolare, le case di cura private avranno un ruolo attivo negli interventi di fratture di femore su pazienti inviati dai PS dei presidi ospedalieri sulla base di specifici protocolli.

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla neurochirurgia, alla terapia intensiva, all'ortopedia ed alla chirurgia generale per area e struttura.

Tabella 56: Tipologia di area di emergenza (PS/DEA) e dotazione di PL di neurochirurgia, rianimazione/terapia intensiva, ortopedia/traumatologia, chirurgia generale per Area e per singolo Presidio.

AREA	Azienda	DEA/PS	PL Neuro chirurgia	PL Terapia Intensiva	PL Ortopedia	PL Chirurgia generale
Nord	AO Cosenza	DEA II Liv	25	17	30	50
	Castrovillari	DEA I Liv.	-	10	20	25
	Rossano Corigliano	DEA I Liv.	-	10	20	40
	Cetraro Paola	DEA I Liv.	-	10	20	40
Centro	AO Catanzaro	DEA II Liv.	25	16	30	32
	Crotone	DEA I Liv.	-	10	30	30
	Lamezia Terme	DEA I Liv.	-	12	30	20
	Vibo Valentia/Tropea	DEA I Liv.	-	6	30	36
	Soverato	PS	-	-	10	20
Sud	AO Reggio Calabria	DEA II Liv.	20	14	30	30
	Locri	DEA I Liv.	-	13	20	30
	Polistena	DEA I Liv.	-	12	20	20
	Gioia Tauro	PS	-	-	10	20
	Melito Porto Salvo	PS	-	-	20	20
Totale			70	130	320	413

Ad integrazione della rete operano le strutture private con U.O. di Ortopedia per le fratture del femore con obbligo di copertura delle urgenze nelle 12 h (diurno).

Tabella 57: Posti letto di Ortopedia.

AREA	Azienda	PL Ortopedia
Nord	Casa di Cura Cascini ☒ Belvedere Marittimo	22
	Casa di Cura Scarnati - Cosenza	33
Centro	Casa di Cura Villa del Sole - Catanzaro	33
	Casa di Cura Villa Michelino - Lamezia Terme	22
Sud	Casa di Cura Villa Caminiti ☒ Villa San Giovanni	11
	Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia ☒ Reggio Calabria	77
Totale		198

PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- Approvazione del PDTA predisposto dai coordinamenti d'area e regionale, entro il 30 giugno 2015;

- Completamento teleconsulto: esso è importante per garantire la tempestività e l'appropriatezza dei processi decisionali. Deve essere implementato nei PS per la trasmissione dei documenti clinici al centro HUB di riferimento, entro il 31 dicembre 2016;
- Approvazione regionale protocolli di trasferimento urgente interospedaliero protetto del paziente condivisi con i responsabili delle Centrali Operative 118 e con i referenti dei centri HUB e Spoke, entro il 31 dicembre 2016
- Approvazione regionale protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico, entro il 31 dicembre 2016;
- Approvazione dei PDTA predisposti con i gruppi di lavoro entro il 31 dicembre 2014;
- Stipula di accordi interregionali e protocolli attuativi per le complessità da gestire nei Centri Traumi ad alta specializzazione (non presenti in Regione), entro il 30 giugno 2017;
- Formazione e aggiornamento del personale come attività continuativa;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle post-acuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete", entro il 31 dicembre 2016.

MONITORAGGIO

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

3.5 Rete trasporto neonatale

Il documento relativo alla rete è riportato in **allegato n. 7**.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto.

Tabella 58: Individuazione dei nodi della rete

AREA NORD			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO dell'Annunziata di Cosenza</u>			
			Sacro Cuore di Cosenza
	<u>Castrovillari</u>		
	<u>Rossano /Corigliano</u> (Unico presidio con due strutture)		
	<u>Cetraro /Paola</u> (Unico presidio con due strutture)		

AREA CENTRO			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO Pugliese Ciaccio di Catanzaro</u>			
	<u>Lamezia Terme</u>		
	<u>Crotone</u>		
	<u>Vibo Valentia</u>		

AREA SUD			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria</u>			Villa Aurora di Reggio Calabria
			Villa Elisa di Cinquefrondi
	<u>Polistena</u>		
	<u>Locri</u>		

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi all'area delle terapie intensive neonatali e materno infantile.

Tabella 59: Posti letto programmati per l'area delle Terapie intensive neonatali e area materno infantile (Strutture pubbliche e private accreditate)

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			
							DH	DS	DO	Totale
NORD	912	180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		5	45	50
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	62	NEONATOLOGIA	1		19	20
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	201	180006	SPOKE	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		5	20	25
		180010	SPOKE	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		5	25	30
		180012	SPOKE	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		4	26	30
		180028	PRIVATO	SACRO CUORE	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	4		40	44
CENTRO	914	180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		5	35	40
		180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	62	NEONATOLOGIA	2		13	15
		180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	202	180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		4	26	30
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	62	NEONATOLOGIA			10	10
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			4	4
	203	180033	SPOKE	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	1		29	30
	204	180107	SPOKE	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		2	18	20
	SUD	915	180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		4	36
180915			HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	62	NEONATOLOGIA	1		16	17
180915			HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
205		180059	SPOKE	OSPEDALE CIVILE LOCRI	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		3	27	30
		180061	SPOKE	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA		3	17	20
		180062	OG	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	37	GINECOLOGIA		1	9	10
		180073	PRIVATO	VILLA AURORA	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	3		30	33
	180077	PRIVATO	VILLA ELISA	37	OSTETRICA E GINECOLOGIA	3		30	33	

NOTA: Ospedale 'Tiberio Evoli' - Melito P.S. non è inserito nella rete dei punti nascita. Eroga solo prestazioni di ginecologia.

PROSSIME AZIONI DA SVOLGERE

- Approvazione del PDTA da parte del Coordinamento Regionale per il percorso nascita entro il 30 giugno 2016;
- Verifica della procedura per il trasporto tra Hub (TIN), Spoke e 118 e la definizione degli appositi protocolli operativi (che contengano: le modalità di attivazione del servizio, i compiti del centro trasferente e la modulistica e modalità di archiviazione dei dati), entro il 31 dicembre 2016;
 - verifica delle attrezzature in dotazione delle ambulanze dedicate al trasporto neonatale (incubatrice di trasporto con annesso ventilatore, monitor portatile, pompe per infusione, attrezzature del mezzo di trasporto) e definizione dei mezzi di trasporto dedicati allo STEN, entro il 31 dicembre 2016;
 - definizione delle procedure e i protocolli di attivazione dell'elisoccorso, entro il 31 dicembre 2016.
- Implementazione dei Servizi di Trasporto Neonatale programmati, entro il 30 giugno 2017.

MONITORAGGIO

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione di appositi indicatori che saranno concordati con il gruppo di lavoro e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.

Indice degli Allegati:**Allegato 1: Tabelle configurazione Rete Ospedaliera Pubblica e Privata Accreditata**

- **A: Rete Ospedaliera Pubblica;**
- **B: Rete Ospedaliera Privata Accreditata**

Allegato 2: Tabella [Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina]**Allegato 3: Copertura Rete EMUR attuale****Allegato 4: Rete SCA [Sindrome Coronarica Acuta]****Allegato 5: Rete Stroke****Allegato 6: Rete Politrauma****Allegato 7: Rete Trasposto Neonatale**

Anno	Codice Regione	Descrizione Regione	Codice Azienda	Denominazione Azienda	Classificazione rete emergenza-urgenza	Tipologia struttura	Codice struttura	Denominazione struttura	Area	Descrizione disciplina	Codice disciplina	Progressivo di sezione	Subsezione	Denominazione	Posti letto HSP 12 anno 2015 al 17_02_2016							Incarichi dirigenziali attuali			Posti letto programmazione regionale			Incarichi dirigenziali programmati			Note									
															Mezz'ambulatorio	Ambo clinica	Day hospital	Day surgery	Pagaza ordinaria	Totale PL	SC	SS	SSD	Day hospital	Day surgery	Pagaza ordinaria	Totale PL	SC	SS	SSD										
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	92	ANESTESIA	01			00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA							
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO		100	LABORATORIO D'ANALISI	01			00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO		56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	01			00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	01			00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC MEDICINA GENERALE				
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO		124	FARMACIA OSPEDALIERA	01			00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA			
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO	SUPPORTO	05	DIREZIONE MEDICA P.O.	01			00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA				
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	P.O. Z. Dis.	ZM	180057	P.O. SERRA SAN BRUNO																																
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		09	CHIRURGIA GENERALE	01	01	01	00	0000	-	2	14	15	1	1	2	4	22	26	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-				
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		09	CHIRURGIA GENERALE	01	02	02	00	0000	-	2	-	-	-	-	-	2	8	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	CHIRURGICA	34	OCULISTICA	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA			
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01	01	01	00	0000	-	2	14	16	1	1	2	18	20	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01	02	02	00	0000	-	2	-	-	-	-	-	2	8	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		38	OTORINOLARINGOIATRIA	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	1	2	8	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		43	UROLOGIA	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	10	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	TEMP ALLOCATA P.O. TROPEA		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		43	UROLOGIA	01	02	02	00	0000	-	2	8	10	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		51	MC/AE	01	01	01	00	0000	-	10	36	46	5	4	-	-	12	64	76	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	1	POSTI DI OB/NON SONO INCLUSI	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	EMERGENZA-URGENZA	106	PROT. N. SOCCORSO E OBI	01	02	02	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC MC/AE		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		31	NIDO	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	MATERNINO INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	01	01	01	00	0000	-	2	18	20	1	1	-	-	2	18	20	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		39	PEDIATRIA	01	01	01	00	0000	1	-	7	6	1	1	1	-	1	9	10	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 SS DIABETOLOGIA 1 SS NEONATOLOGIA	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		08	CARDIOLOGIA	01	01	01	00	0000	1	-	25	28	2	1	1	-	1	2	27	30	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	01	01	01	00	0000	2	-	8	10	1	1	4	-	14	16	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		26	MEDICINA GENERALE	01	01	01	00	0000	2	-	14	16	1	1	4	-	26	30	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 SS GASTROENTEROLOGIA 1 SS MALATTIE INFETTIVE
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		26	MEDICINA GENERALE	01	02	02	00	0000	2	-	16	18	1	1	4	-	16	20	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC P.O. VIBO VALENTIA
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	MEDICA	29	NEFROLOGIA	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		33	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT I LIV.)	01	01	01	00	0000	1	-	19	20	1	1	5	-	15	20	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		40	PSICHIATRIA	01	01	01	00	0000	1	-	5	6	1	1	1	-	5	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		54	EMODIALISI	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		54	EMODIALISI	01	02	02	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		64	ONCOLOGIA	01	02	02	00	0000	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	SC MEDICINA GENERALE P.O. VIBO VALENTIA	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA																																
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		03	ANATOMIA PATOLOGICA	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		82	ANESTESIA	01	02	02	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		69	RADIOLOGIA	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	69	RADIOLOGIA	01	02	02	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		100	LABORATORIO D'ANALISI	01	01	01	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		106	LABORATORIO D'ANALISI	01	02	02	00	0000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	DEA I Liv.	SPOKE	180107	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA		102	SERVIZIO TRASFUSIONALE	01	01	01	00	00																								

Allegato 1 B: Posti letto erogatori privati accreditati

Anno	Codice Regione	Descrizione Regione	Codice Azienda	Denominazione Azienda	Classificazione rete emergenza-urgenza	Tipologia struttura	Codice struttura	Denominazione struttura	Area	Codice disciplina	Descrizione disciplina	HSP 13 ANNO 2015 AL 22_02_2016					P.L. DCA 38_2015					
												Mese chiusura	Anno chiusura	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale posti	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale posti	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180017	SANTA LUCIA	CHIRURGICA	34	OCULISTICA	00	0000	10	-	-	10	10		10		
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	8	-	40	48	2	20	22		
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	CHIRURGICA	43	UROLOGIA	00	0000	-	-	-	-	1	10	11		
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	MATERNO INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	00	0000	-	-	-	-	1	10	11		
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	-	-	26	26	4		26	30	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	MEDICA	08	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)	00	0000	2	-	8	10	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	2	-	20	22	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	CHIRURGICA	14	CHIRURGIA VASCOLARE	00	0000	-	-	5	5	1		5	6	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	MEDICA	26	MEDICINA GENERALE	00	0000	3	-	20	23	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	CHIRURGICA	38	OTORINOLARINGOIATRIA	00	0000	1	-	10	11	1		10	11	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	TERAPIE INTENSIVE	50	UNITA' CORONARICA	00	0000	-	-	5	5			5	5	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180025	ISTITUTO 'NINETTA ROSANO'	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	4	-	26	30	4		26	30	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180027	CASA DI CURA CASCINI SRL	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	5	20	50	75	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180027	CASA DI CURA CASCINI SRL	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000				-	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180027	CASA DI CURA CASCINI SRL	CHIRURGICA	43	UROLOGIA	00	0000				-	1		10	11	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180027	CASA DI CURA CASCINI SRL	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000				-			20	20	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180029	CASA DI CURA SCARNATI	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000	10	3	30	43	3		30	33	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180029	CASA DI CURA SCARNATI	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000				-			10	10	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180081	CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	5	-	40	45	5		40	45	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180081	CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	10	10			10	10	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180083	CASA DI CURA SAN LUCA SRL	CHIRURGICA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	00	0000	10	-	-	10	7			7	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180083	CASA DI CURA SAN LUCA SRL	CHIRURGICA	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	00	0000	-	-	-	-	3			3	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180084	MEDICAL HOTEL CLIMAT. SPES PIETR. ARENA'	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	4	-	26	30	4		26	30	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180086	CASA DI CURA SAN FRANCESCO	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	4	-	56	60	7		53	60	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180106	SACRO CUORE (ex Sacro Cuore cod.180028)	MATERNO INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	00	0000	4	-	40	44	4		40	44	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180106	CLINICA MADONNA DELLA CATENA S.R.L. (ex La Madonnina s.r.l. cod. 180021 ex cod. 180104)	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	3	-	30	33	3		30	33	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180106	CLINICA MADONNA DELLA CATENA S.R.L. (ex La Madonnina s.r.l. cod. 180021 ex cod. 180104)	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	4	-	26	30	4		26	30	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180106	CLINICA MADONNA DELLA CATENA S.R.L. (ex Casa di cura Madonna della Catena cod. 180042 ex cod. 180105)	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	6	-	44	50	6		67	73	
2015	180	CALABRIA	201	A.S.P. COSENZA		CASA DI CURA PRIVATA	180106	CLINICA MADONNA DELLA CATENA S.R.L. (ex Casa di cura Madonna della Catena cod. 180042 ex cod. 180105)	POST ACUZIE	75	NEURO-RIABILITAZIONE	00	0000	-	-	18	18			18	18	
														85	23	530	638	36	43	592	673	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180045	CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	-	3	30	33	3		30	33	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180045	CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	14	14			14	14	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180054	ISTITUTO SANT'ANNA	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	8	-	60	68	8		60	68	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180054	ISTITUTO SANT'ANNA	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	50	50			50	50	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180054	ISTITUTO SANT'ANNA	POST ACUZIE	75	NEURO-RIABILITAZIONE (Unità di risveglio)	00	0000	-	-	30	30			10	10	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180054	ISTITUTO SANT'ANNA	POST ACUZIE	75	NEURO-RIABILITAZIONE (Unità gravi cerebrolesioni)	00	0000	-	-	-	-			20	20	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180085	ROMOLO HOSPITAL (EX VILLA EVA)	CHIRURGICA	43	UROLOGIA	00	0000	-	3	30	33	3		30	33	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180085	ROMOLO HOSPITAL (EX VILLA EVA)	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	2	-	12	14	2		12	14	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180101	CALABRODENTAL SRL	CHIRURGICA	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	00	0000	-	6	-	6	6			6	6
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180101	CALABRODENTAL SRL	CHIRURGICA	35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	00	0000	-	2	-	2	2			2	2
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180102	SADEL DI SALVATORE BAFFA SPA (EX OLIVET	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	2	-	12	14	2		12	14	
2015	180	CALABRIA	202	A.S.P. CROTONE		CASA DI CURA PRIVATA	180103	CASA DI CURA MADONNA DELLO SCOGLIO SRL	MEDICA	71	REUMATOLOGIA	00	0000	3	-	30	33	3		30	33	
														15	14	268	297	15	14	268	297	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	-	2	10	12	1		10	11	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000	-	2	30	32	3		30	33	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	7	-	48	55	7		48	55	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	15	15			15	15	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180050	CASA DI CURA VILLA SERENA	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000	-	3	30	33	3		30	33	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180050	CASA DI CURA VILLA SERENA	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	5	-	35	40	5		35	40	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180051	CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	-	1	10	11	1		10	11	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180051	CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000	-	2	20	22	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180051	CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	2	-	13	15	2		13	15	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180051	CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	10	10			10	10	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	CHIRURGICA	07	CARDIOCHIRURGIA	00	0000	-	-	20	20	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	MEDICA	08	CARDIOLOGIA (CON EMODINAMICA)	00	0000	4	-	25	29	2		25	27	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	CHIRURGICA	14	CHIRURGIA VASCOLARE	00	0000	-	4	20	24	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	TERAPIE INTENSIVE	49	TERAPIA INTENSIVA	00	0000	-	-	10	10	1		10	11	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	TERAPIE INTENSIVE	50	UNITA' CORONARICA	00	0000	-	-	5	5	1		5	6	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	1	-	6	7	1		6	7	
2015	180	CALABRIA	203	A.S.P. CATANZARO		CASA DI CURA PRIVATA	180058	FONDAZIONE TOMMASO CAMPANELLA	MEDICA	64	ONCOLOGIA	04	2015	4	-	31	35				-	
														23	14	338	375	19	14	397	340	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA		CASA DI CURA PRIVATA	180047	VILLA DEI GERANI	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	-	2	20	22	2		20	22	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA		CASA DI CURA PRIVATA	180047	VILLA DEI GERANI	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	4	-	26	30	4		26	30	
2015	180	CALABRIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA		CASA DI CURA PRIVATA	180047	VILLA DEI GERANI	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	-	-			20	20	
														4	2	46	52	4	2	66	72	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000	7	-	70	77	7		70	77	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA														

Anno	Codice Regione	Descrizione Regione	Codice Azienda	Denominazione Azienda	Classificazione rete emergenza-urgenza	Tipologia struttura	Codice struttura	Denominazione struttura	Area	Codice disciplina	Descrizione disciplina	HSP 13 ANNO 2015 AL 22_02_2016					P.L. DCA 38_2015				
												Mese chiusura	Anno chiusura	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale posti	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale posti
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180074	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	MEDICA	26	MEDICINA GENERALE	00	0000	8	-	10	18	1	10	11	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180074	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	MEDICA	32	NEUROLOGIA	00	0000	8	-	20	28	2	20	22	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180074	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	5	-	35	40	5	35	40	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180074	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	POST ACUZIE	60	LUNGODEGENTI	00	0000	-	-	30	30		30	30	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180074	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	MEDICA	68	PNEUMOLOGIA	00	0000	8	-	10	18	1	10	11	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180075	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	3	-	20	23	2	20	22	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180075	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'	CHIRURGICA	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	00	0000	-	-	10	10	1	10	11	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180075	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	4	-	26	30	4	26	30	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180076	CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA'	CHIRURGICA	09	CHIRURGIA GENERALE	00	0000	-	3	30	33	3	30	33	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180077	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.	MATERNI INFANTILE	31	NIDO	00	0000	-	-	15	15			-	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180077	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.	MATERNI INFANTILE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	00	0000	3	-	22	25	3	30	33	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180077	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.	POST ACUZIE	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	00	0000	2	-	13	15	2	13	15	
2015	180	CALABRIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA		CASA DI CURA PRIVATA	180077	CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.	MATERNI INFANTILE	62	NEONATOLOGIA	00	0000	-	-	8	8			-	
														6	22	439	522	21	22	439	482
														188	75	1.621	1.884	97	95	1.672	1.864

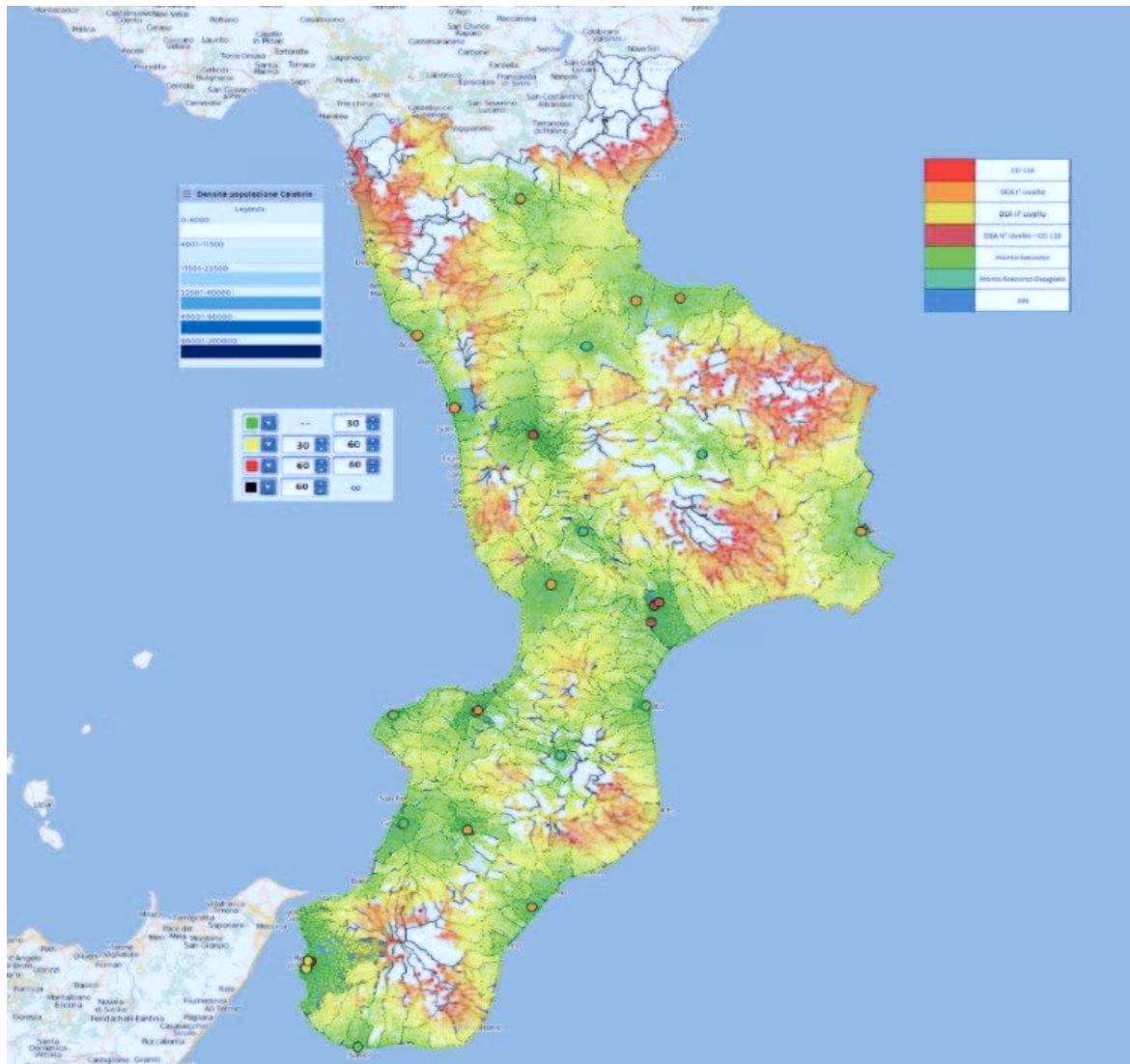
Nota: i posti letto sono al netto dei codici disciplina 31 (nido)

Allegato 2: Tabella Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	Bacino Massimo	Bacino Minimo	N° Strutture MINIMO	N° Strutture MASSIMO	Punti di erogazione	Differenza
Cardiologia	07	1,20	0,60	2	3	3	-
Cardiologia infantile	06	6,00	4,00	-	-	-	-
Cardiologia	08	0,30	0,15	7	13	16	3
Chirurgia Generale	09	0,20	0,10	10	20	28	8
Chirurgia Maxillo Facciale	10	2,00	1,00	1	2	3	1
Chirurgia Pediatrica	11	2,50	1,50	1	1	3	2
Chirurgia Plastica	12	2,00	1,00	1	2	2	-
Chirurgia Toracica	13	1,50	0,80	1	2	3	1
Chirurgia Vascolare	14	0,80	0,40	2	5	6	1
Dermatologia	52	1,20	0,60	2	3	3	-
Ematologia	18	1,20	0,60	2	3	3	-
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	57	4,00	2,00	-	1	-	1
Gastroenterologia	58	0,80	0,40	2	5	6	1
Geriatrica	21	0,80	0,40	2	5	5	-
Grandi Ustionati	47	6,00	4,00	-	-	-	-
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	19	1,20	0,60	2	3	4	1
Malattie infettive e Tropicali	24	1,20	0,60	2	3	3	-
Medicina del Lavoro	25	2,00	1,00	1	2	-	2
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	51	0,30	0,15	7	13	11	- 2
Medicina Generale	26	0,15	0,08	13	25	22	- 3
Medicina Nucleare (con posti letto)	61	4,00	2,00	-	1	1	-
Nefrologia	29	1,20	0,60	2	3	5	2
Nefrologia (Abilitato al Trapianto Rene)	48	4,00	2,00	-	1	-	1
Nefrologia Pediatrica	77	6,00	4,00	-	-	-	-
Neonatologia	62	1,20	0,60	2	3	4	1
Neurochirurgia	30	1,20	0,60	2	3	4	1
Neurochirurgia Pediatrica	76	6,00	4,00	-	-	-	-
Neurologia	32	0,30	0,15	7	13	12	- 1
Neuropsichiatria Infantile	33	4,00	2,00	-	1	-	1
Oculistica	34	0,30	0,15	7	13	5	- 8
Odontoiatria e Stomatologia	35	0,80	0,40	2	5	4	- 1
Oncoematologia Pediatrica	65	4,00	2,00	-	1	1	-
Oncologia (con posti letto)	64	0,60	0,30	3	7	8	1
Ortopedia e Traumatologia	36	0,20	0,10	10	20	22	- 2
Ostetricia e Ginecologia	37	0,30	0,15	7	13	15	2
Otorinolaringoiatria	38	0,30	0,15	7	13	4	- 9
Pediatria	39	0,30	0,15	7	13	11	- 2
Pneumologia	68	0,80	0,40	2	5	7	2
Psichiatria	40	0,30	0,15	7	13	11	- 2
Reumatologia	71	1,20	0,60	2	3	2	- 1
Terapia del dolore (con posti letto)	99	4,00	2,50	-	1	1	-
Terapia Intensiva	49	0,30	0,15	7	13	14	1
Terapia Intensiva Neonatale	73	1,20	0,60	2	3	-	3
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	50	0,30	0,15	7	13	2	- 11
Urologia	43	0,30	0,15	7	13	13	-
Urologia Pediatrica	78	6,00	4,00	-	-	-	-
Lungodegenti	60	0,15	0,08	13	25	10	- 15
Recupero e Riabilitazione funzionale	56	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Neuro-Riabilitazione	75	1,20	0,60	2	3	2	- 1
Allergologia	01	2,00	1,00	1	2	-	2
Anatomia e istologia patologica	03	0,30	0,15	7	13	3	- 10
Immunologia e centro trapianti	20	4,00	2,00	-	1	1	-
Radiologia	69	0,30	0,15	7	13	12	- 1
Radioterapia oncologica	74	1,20	0,60	2	3	3	-
Tossicologia	42	6,00	4,00	-	-	-	-
Emodialisi	54	0,60	0,30	3	7	-	7
Dietetica/Dietologia		1,20	0,60	2	3	1	- 2
Direzione Sanitaria di presidio		0,30	0,15	7	13	12	- 1
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)		0,60	0,30	3	7	4	- 3
Farmacia ospedaliera		0,30	0,15	7	13	12	- 1
Farmacologia clinica		N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Fisica sanitaria		1,20	0,60	2	3	1	- 2
Genetica medica		4,00	2,00	-	1	1	-
Laboratorio d'analisi		0,30	0,15	7	13	5	- 8
Medicina nucleare (senza posti letto)		1,20	0,60	2	3	4	1
Microbiologia e virologia		1,20	0,60	2	3	3	-
Neuroradiologia		2,00	1,00	1	2	3	1
Oncologia (senza posti letto)		0,30	0,15	7	13	2	- 11
Servizio trasfusionale		0,30	0,15	7	13	3	- 10
Terapia del dolore (senza posti letto)		0,50	0,30	4	7	-	7
Day hospital	02	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Angiologia	05	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Medicina sportiva	15	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Medicina legale	27	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Unità spinale	28	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Medicina termale	41	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Pensionanti	67	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Detenuti	97	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Day surgery	98	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Nota: Ai fini del calcolo delle Unità Operative per bacino di utenza sono state considerate per le strutture pubbliche le unità complesse, mentre per le strutture private accreditate i punti di erogazione.

Allegato 3: Copertura Rete EMUR attuale





Allegato 4

Rete SCA - Sindrome Coronarica Acuta

Sommario

1	Rete per la Sindrome Coronarica Acuta	3
1.1	Premessa	3
1.2	Introduzione	4
1.3	Analisi del fabbisogno	6
1.4	Descrizione situazione attuale	10
1.4.1	Razionale per l'organizzazione della rete: criticità e obiettivi	11
1.5	Individuazione standard di riferimento dei nodi della rete	12
1.5.1	Requisiti dei nodi della rete Hub e Spoke	12
1.6	Indicatori di performance	14
1.7	Riorganizzazione della rete per livelli di intensità (Hub & spoke)	15
1.7.1	I nodi della Rete	15
1.7.2	Gestione del trasporto dei pazienti con emergenza / urgenza cardiologica	18
1.7.3	Coordinamento Regionale e coordinamento di Area	20
1.8	Prossime azioni da svolgere	20
1.9	Monitoraggio	21

1 Rete per la Sindrome Coronarica Acuta

1.1 Premessa

L'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato comunemente definito STEMI dall'acronimo *ST Elevation Myocardial Infarction*, rappresenta un'emergenza che comporta un significativo rischio di morte o di gravi conseguenze a lungo termine per chi ne è colpito. L'angioplastica coronarica è attualmente la modalità di trattamento più efficace e la rapidità di esecuzione dell'intervento, legata all'organizzazione della sua gestione, è determinante per la sua efficacia.

L'organizzazione di una rete interospedaliera per l'infarto determina consistenti vantaggi in termini di riduzione di mortalità e morbilità attraverso:

- l'aumento del numero dei pazienti ripperfusi;
- l'aumento del numero di pazienti ad alto rischio trattati con angioplastica primaria;
- la riduzione al minimo del ritardo alla riperfusione.

I principi cui l'organizzazione si deve ispirare sono quelli di equità e di qualità.

Equità: deve essere garantita alla massima quota possibile della popolazione della Calabria la possibilità di accesso all'angioplastica primaria.

Qualità: l'efficacia dell'angioplastica è fortemente dipendente dalla sua esecuzione nei tempi raccomandati ed in laboratori con esperienza specifica.

La rete per l'infarto miocardico acuto, patologia che più volte al giorno si presenta nella nostra Regione, dovrà divenire, di fatto, un modello collaudato di gestione di tutte le emergenze-urgenze di tipo cardiologico-cardiochirurgico. La rilevanza clinica di tale strutturazione in rete è tale da aver fatto coniare la definizione di *terapia organizzativa*.

La Regione Calabria, con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 3 del 10 Gennaio 2012, ha istituito una *Task Force* per la lotta all'infarto miocardico acuto e per la costruzione di una specifica rete per il suo trattamento (obiettivo G.1-S.4.7), che ha affrontato le problematiche sul tema elaborando il presente documento che, ovviamente, non sostituisce le Linee-guida nazionali ed internazionali delle Società Scientifiche del settore, peraltro in continuo aggiornamento, ma si propone come strumento operativo per l'attuazione in Calabria di procedure e sistemi organizzativi già dimostratisi efficienti ed efficaci in altre regioni italiane con riferimento anche al Documento di Consenso: **La rete interospedaliera per l'emergenza**, redatto dall'ANMCO in collaborazione con altre Società scientifiche di settore, e dalla sua versione adattata alla situazione calabrese elaborata dal Direttivo Regionale ANMCO Calabria 2010-2012.

1.2 Introduzione

Obiettivo prioritario nell'infarto STEMI insorto da meno di 12 ore è di sostituire prima possibile la coronaria improvvisamente occlusa e reperfondere così il miocardio ischemico per contenere la quota di muscolo che sta andando in necrosi. Tale obiettivo può essere perseguito farmacologicamente con la trombolisi, in grado di sciogliere il trombo formatosi in coronaria, o con angioplastica coronarica primaria, che si è dimostrata capace di ridurre la mortalità, il rischio di reinfarto, di ricorrenza di ischemia e di ictus rispetto alla trombolisi, ma a patto di rispettare due precise condizioni:

- il tempo che comporta la sua effettuazione dal momento della diagnosi con ECG (compreso l'eventuale trasferimento) non deve essere superiore ai 120 minuti (ed in alcuni casi inferiore), perché altrimenti si perderebbe il vantaggio rispetto al trattamento trombolitico;
- il trattamento deve essere effettuato da centri forniti dei requisiti tecnologici adeguati, con elevato volume di procedure ed attività 24/7 (24 ore al giorno, 7 giorni su 7), vista la necessità di intervenire in qualsiasi momento, quanto prima e nel minor tempo possibile, e vista la rilevante dipendenza del risultato dall'esperienza degli operatori.

Ritardi eccessivi nell'effettuazione di un'angioplastica sottraggono al paziente il beneficio di una trombolisi che potrebbe, se efficace, fornire una maggior probabilità di sopravvivenza.

Il vantaggio della trombolisi è infatti quello di poter essere disponibile in tutti i centri e persino in ambulanza, riducendo al minimo il ritardo ad un trattamento che va comunque effettuato se il tempo di trasporto al laboratorio di emodinamica non rende possibile effettuare l'angioplastica nei tempi raccomandati.

Nei casi di infarto ad alto rischio in centri troppo distanti per effettuare l'angioplastica primaria, si è dimostrato efficace procedere al trasferimento immediatamente dopo la somministrazione del trombolitico, così che in caso di suo fallimento il paziente si troverà già in un centro in grado di effettuare l'angioplastica di salvataggio, se la trombolisi sarà stata efficace, eseguirà la coronarografia nelle 3-24 ore successive, come raccomandato dalle Linee-guida.

La istituzione di percorsi ben definiti, con attribuzione di compiti precisi a tutti gli attori della gestione dello STEMI, consente la minimizzazione delle incertezze e dei tempi morti. Il modello si ispira allo schema della ruota: al mozzo (Hub) convergono tutti i raggi (Spoke). Così tutti i punti di diagnosi, dove con l'ECG si evidenzia uno STEMI con insorgenza inferiore alle 12 ore, dovrebbero essere in collegamento con un Hub di riferimento, in grado di disostruire la coronaria entro 120 minuti dalla diagnosi. Considerato il tempo necessario per organizzare il trasferimento e quello che passa dall'arrivo al centro Hub alla disostruzione della coronaria, il tempo netto di trasporto non dovrebbe superare i 60-70 minuti. Tale condizione, stante l'attuale distribuzione degli Hub in Calabria, consente già in linea teorica l'accesso all'angioplastica primaria a gran parte della popolazione calabrese; per incrementare però efficacemente il numero di pazienti trattati in tempo occorre potenziare la diagnosi ECG precoce e potenziare il sistema di collegamenti e trasporti tra Hub e Spokes.

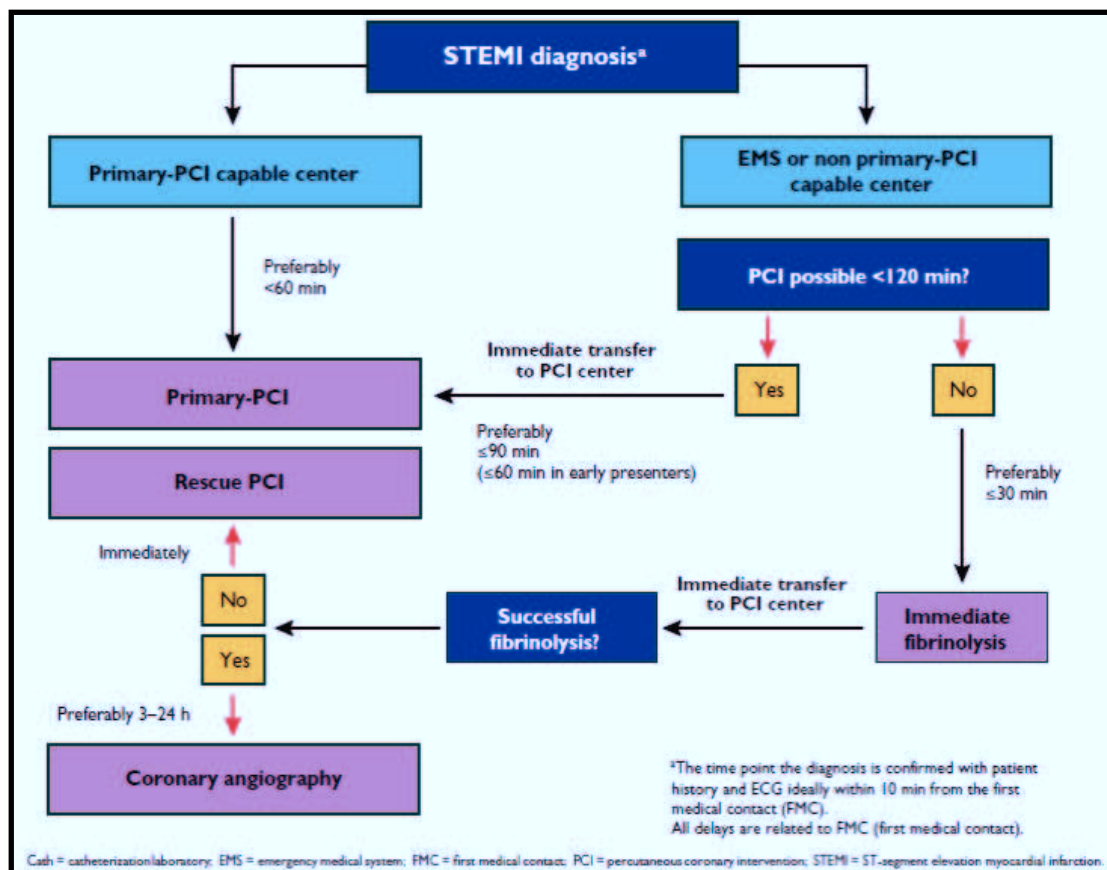
Le strategie di reperfusioni in un paziente con STEMI <12 hh si possono così sintetizzare:

- se il tempo tra l'esecuzione dell'ECG che consente la diagnosi (ovunque eseguito) e la disostruzione della coronaria con angioplastica è < a 120 minuti il paziente va immediatamente trasferito all'Hub di riferimento;
- se i tempi di trasferimento non consentono di eseguire l'angioplastica entro i 120 minuti il paziente va trattato con trombolisi (salvo controindicazioni assolute);
- se il paziente è ad alto rischio e non può essere trasferito in tempi idonei per l'angioplastica, va trombolizzato e comunque trasferito immediatamente per poter essere tempestivamente trattato con l'angioplastica se durante il tragitto la trombolisi non avrà funzionato;
- se il paziente ha caratteristiche cliniche di alto rischio per tipologia di infarto, tempo precoce di diagnosi dall'inizio dei sintomi (< 2 ore) e basso rischio emorragico, il tempo previsto di effettuazione

dell'angioplastica deve essere piùbreve (< 90 minuti), altrimenti va trombolisato, per la buona probabilità di successo del farmaco, e trasferito immediatamente.

Tale protocollo è confermato dalle linee-guida sullo STEMI emanate dalla Società Europea di Cardiologia in Agosto 2012, sintetizzate nel seguente diagramma (Figura 1).

Figura 1: Diagramma linee guida sullo STEMI



http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines_AMI_STEMI.pdf

1.3 Analisi del fabbisogno

Criteri di selezione per l'individuazione della casistica STEMI e NSTEMI (SDO 2010)¹

DIAGNOSI	
IMA STEMI	Diagnosi Principale con codice ICD9-CM di diagnosi 410._1 - IMA STEMI (Escl. 410.71).
IMA NSTEMI	Diagnosi Principale con codice ICD9-CM di diagnosi 410.71 - INFARTO SUBENDOCARDICO.
SCA NSTEMI	Diagnosi Principale con codice ICD9-CM di diagnosi 411.1 - ANGINA INSTABILE (Sindrome Coronarica Intermedia).
PROCEDURE	
PTCA RESCUE	Qualunque procedura con codice ICD9-CM di procedura 00.66 - ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE, associato al codice ICD9-CM di procedura 99.10 - INIEZIONE O INFUSIONE DI AGENTE TROMBOLITICO.
PTCA	Qualunque procedura con codice ICD9-CM di procedura 00.66 - ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE, esclusi i casi già precedentemente individuati come PTCA RESCUE
Solo Procedure STENT	Qualunque procedura con codice ICD9-CM di procedura 36.06 - INSERZIONE DI STENT NON MEDICATO NELL'ARTERIA CORONARICA o 36.07 - INSERZIONE DI STENT MEDICATO NELL'ARTERIA CORONARICA, esclusi i casi già precedentemente individuati come PTCA

Popolazione di riferimento: ISTAT: aggiornata alla data 01/01/2012

Epidemiologia della Sindrome Coronarica Acuta (SCA) Regione Calabria: calcolo della prevalenza

Metodologia

L'analisi è stata condotta a partire dall'area di residenza del cittadino. In dettaglio:

- Area NORD - ASP Cosenza
- Area CENTRO - ASP di Crotone, ASP di Catanzaro, ASP di Vibo Valentia
- Area SUD - ASP di Reggio Calabria

METODOLOGIA			
	Episodi considerati	Prevalenza	Volumi
IMA STEMI	Si sono considerati i soli episodi di ricovero relativi a soggetti residenti in Regione Calabria con Diagnosi Principale afferente alla categoria ICD9-CM 410._1 - IMA STEMI (Escl. 410.71 - IMA NSTEMI).	La prevalenza si riferisce al singolo soggetto che abbia avuto almeno un episodio di ricovero, ovunque erogato (mobilità passiva inclusa), con diagnosi principale di interesse.	I volumi riportati si riferiscono quindi al singolo individuo a prescindere dal numero di ospedalizzazioni avvenute nell'anno di riferimento.
IMA NSTEMI	Si sono considerati i soli episodi di ricovero relativi a soggetti residenti in Regione Calabria con Diagnosi Principale afferente alla categoria ICD9-CM 410.71 - IMA NSTEMI.	La prevalenza si riferisce al singolo soggetto che abbia avuto almeno un episodio di ricovero, ovunque erogato (mobilità passiva inclusa), con diagnosi principale di interesse.	I volumi riportati si riferiscono quindi al singolo individuo a prescindere dal numero di ospedalizzazioni avvenute nell'anno di riferimento.
SCA NSTEMI	Si sono considerati i soli episodi di ricovero relativi a soggetti residenti in Regione Calabria con Diagnosi Principale afferente alla categoria ICD9-CM 411.1 - ANGINA	La prevalenza si riferisce al singolo soggetto che abbia avuto almeno un episodio di ricovero, ovunque erogato (mobilità passiva inclusa), con diagnosi principale di interesse.	I volumi riportati si riferiscono quindi al singolo individuo a prescindere dal numero di ospedalizzazioni avvenute nell'anno di riferimento.
IMA (altro episodio di assistenza)	Si sono considerati i soli episodi di ricovero relativi a soggetti residenti in Regione Calabria con Diagnosi Principale afferente alla categoria ICD9-CM 410._0 e 410._2, relativi ad episodi successivi di assistenza o ad episodi di assistenza non specificati.	La prevalenza si riferisce al singolo soggetto che abbia avuto almeno un episodio di ricovero, ovunque erogato (mobilità passiva inclusa), con diagnosi principale di interesse.	I volumi riportati si riferiscono quindi al singolo individuo a prescindere dal numero di ospedalizzazioni avvenute nell'anno di riferimento.

¹ In generale, si evidenzia un mancato utilizzo, per alcune Strutture, del codice specifico di PTCA 00.66 in associazione alle procedure 36.06 e 36.07. Si sono pertanto utilizzati i codici di procedura 36.06 e 36.07 (inserzione di Stent nell'arteria coronarica) come proxy per la quantificazione delle PTCA eseguite in Regione Calabria

Tabella 1: Analisi della prevalenza per area geografica (dati SDO 2012)

AREA di Residenza	POPOLAZIONE RESIDENTE	N° di Soggetti - 2012		
		IMA STEMI	IMA + SCA NSTEMI	IMA (altro)
1 Nord	713.869	526	923	93
2 Centro	693.717	506	1.082	199
3 Sud	550.832	397	585	122
TOTALE	1.958.418	1.429	2.590	414

Tabella 2: Analisi della prevalenza per 1.000 abitanti per area geografica (dati SDO 2012)

AREA di Residenza	POPOLAZIONE RESIDENTE	Prevalenza (x1.000 Ab.) - 2012		
		IMA STEMI	IMA + SCA NSTEMI	IMA (altro)
1 Nord	713.869	0,74	1,29	0,13
2 Centro	693.717	0,73	1,56	0,29
3 Sud	550.832	0,72	1,06	0,22
TOTALE	1.958.418	0,73	1,32	0,21

Numero atteso ricoveri della Sindrome Coronarica Acuta (SCA)

Nel 2012 sono stati documentati dal sistema informativo della Regione Calabria n. 1.569 episodi di ricovero a carico di residenti (inclusa la mobilità passiva) con diagnosi di infarto miocardico STEMI, pari a 801 pazienti/milione di abitanti/anno. *Il dato è in linea con le stime riportate in letteratura, che indicano un valore atteso di 700-800 pazienti/milione di abitanti/anno.*

Nello stesso anno, il numero di ricovero a carico di residenti (inclusa la mobilità passiva) con diagnosi principale di angina instabile e infarto senza soprasslivellamento del tratto ST (SCA-NSTEMI) registrate dal sistema informativo regionale sono stati n. 2.888 (compresi IMA-NSTEMI) pari a 1.475 pazienti/milione di abitanti/anno. *Il dato è al di sotto delle stime riportate in letteratura, che indicano un valore atteso di 2000-2500 pazienti/milione di abitanti/anno.* Nel 2012 gli IMA totali codificati nelle SDO nella Regione Calabria sono quindi stati 4.926.

Tabella 3: Numero atteso di ricoveri in emergenza per SCA, a carico di residenti nella Calabria (inclusa la mobilità passiva), per Area di riferimento.

AREA	POPOLAZIONE RESIDENTE	Nr. Attesi di ricoveri per SCA/Anno		Ricoveri effettuati 2012		
		STEMI	SCA-NSTEMI	STEMI	SCA-NSTEMI	IMA (altro)
		750/pz/mln/anno	2250/pz/mln/anno	2012	2012	2012
1 Nord	713.869	535	1.606	563	1.004	120
2 Centro	693.717	520	1.561	571	1.207	216
3 Sud	550.832	413	1.239	435	677	133
TOTALE	1.958.418	1.468	4.406	1.569	2.888	469

Tabella 4: Tasso di ospedalizzazione grezzo (per 1.000 Ab.) per patologia

AREA di Residenza	POPOLAZIONE RESIDENTE	TO (x1.000 Ab.) - 2012		
		IMA STEMI	IMA + SCA NSTEMI	IMA (altro)
1 Nord	713.869	0,79	1,41	0,17
2 Centro	693.717	0,82	1,74	0,31
3 Sud	550.832	0,79	1,23	0,24
TOTALE	1.958.418	0,8	1,47	0,24

Numero atteso di interventi di angioplastica coronarica (PCI)

Rispetto alla casistica STEMI, se si escludono i pazienti che arrivano in ospedale molto tardivamente (> 12 ore dalla comparsa dei sintomi) o in condizioni particolarmente gravi (esempio coma irreversibile, ecc.) si stima che l'organizzazione sanitaria dovrebbe essere in grado di soddisfare una richiesta di circa 550-650 PCI/milione di abitanti/anno solo per l'infarto STEMI.

Per quanto riguarda le Sindrome Coronaria Acuta SCA-NSTEMI, si stima che la popolazione di pazienti ad alto rischio rappresenti circa l'80% dei casi ricoverati per questa patologia nei reparti di cardiologia e UTIC con conseguente necessità di circa 900 PCI/milione di abitanti/anno.

Pertanto, il numero totale per le diverse forme di SCA ammonterebbe a 1.500 PCI/milione di abitanti/anno.

Per tutte le sindromi coronariche acute il fabbisogno ammonterebbe pertanto a circa 1.500 angioplastiche/milione di abitanti/anno.

Applicando tale valore all'intera popolazione della Calabria, si ottiene una stima di circa 3.000 PCI/anno paria circa 8,2 PCI al giorno. Se a tale numero si aggiungono le angioplastiche effettuate in pazienti con malattia ischemica cronica, stimate pari al 40% di tutte le procedure effettuate, il fabbisogno complessivo di interventi ripercussivi da effettuare a livello regionale si attesta intorno a 5.000 PCI/anno paria circa 13,5-14 PCI al giorno (2.500 angioplastiche/milione di abitanti/anno).

Tabella 5: Fabbisogno stimato di angioplastiche coronariche (PCI) per area di riferimento

AREA di Residenza	POPOLAZIONE RESIDENTE	PCI			Totale
		STEMI 600/mln	NSTEMI 900/mln	PCI Croniche(*) 1000/mln	
1 Nord	713.869	428	642	714	1.784
2 Centro	693.717	416	624	694	1.734
3 Sud	550.832	330	496	551	1.377
TOTALE	1.958.418	1.174	1.762	1.959	4.895

(*) interventi ripercussivi attuati su pazienti affetti da lesioni coronariche diagnosticate non in emergenza (pari al 40% delle procedure complessivamente effettuate).

Fabbisogno di laboratori di emodinamica e posti letto di UTIC

In base al documento di consenso FIC/SICI-GISE un laboratorio di emodinamica con reperibilità 24/24 ore per 7/7 giorni dovrebbe eseguire, per rientrare negli standard minimi di qualità, 400 angioplastiche/anno, preferibilmente 600.

In Calabria, per far fronte alle circa 5000 PCI stimate in un anno, sarebbero giustificati tra 4 e 7 laboratori. Il dato rispetta quanto previsto dal DPGR n. 18/2010e dal DCA n. 9/2015 (n. 6 laboratori in strutture pubbliche) ed è coerente con i criteri generali pubblicati dall'AGENAS su Monitor n. 27 i quali prevedono un laboratorio di

emodinamica per un bacino di utenza di 300.000/600.000 abitanti. Il dato è altresì in linea con i volumi di attività indicati come ottimali dalle linee guida.

I parametri di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015 prevedono una UTIC per bacino di utenza di 150.000/300.000 abitanti. In base ai dati di letteratura, il numero di pazienti che necessitano di un ricovero in UTIC è stimato intorno a 3.500-4.000 per milione di abitanti/anno, per un corrispondente fabbisogno intorno a 40 ÷ 50 posti letto/milione (4-5 letti/100.000 abitanti o in 10 letti/100.000 accessi al DEA per anno).²

Tabella 6: Parametri per l'articolazione della rete ospedaliera (DPGR 18/2010 e DCA 9/2015)

N. strutture per regione				Bacino di utenza		Punti erogazione		Posti letto totale		Punti di erogazione pubblici assegnati
		Bacino	PL/SC	max	min	min	max	min	max	
Cardiologia	1 SC per HUB e spoke	0,15-0,3 mil	20	0,3	0,15	6,7	13,4	134	268	13
Emodinamica (SS)	1 SS per HUB e alcuni spoke	0,3/0,6 mil		0,6	0,3	3,3	6,7	0	0	6
Unità coronarica	1 SS per HUB e spoke	0,15/0,3 mil	10	0,3	0,15	6,7	13,4	67	134	13

² Quaderno della Salute n. 1 del Ministero della Salute, anno 2010.

1.4 Descrizione situazione attuale

Valutazione dell'offerta (anno 2014)

L'offerta, al mese di gennaio 2014 delle strutture pubbliche dedicate all'assistenza a pazienti con Infarto Miocardico Acuto (IMA) in Calabria risulta così articolata:

- n. 106 posti letto pubblici UTIC (cod. 50);
- n. 5 Servizi di Emodinamica, due dei quali a Catanzaro (AO Pugliese Ciaccio, AO Mater Domini), due a Cosenza (AO Annunziata e PO Castrovillari) e una a Reggio Calabria (AO Bianchi Melacrino Morelli).

L'offerta presso le strutture private accreditate dedicate all'assistenza a pazienti con Infarto Miocardico Acuto in Calabria risulta costituita da:

- n. 5 posti letto UTIC (cod 50) c/o la Casa di Cura Tricarico Rosano di Belvedere Marittimo (Cosenza) e n. 6 posti letto UTIC (cod 50) c/o la Casa di Cura S. Anna Hospital di Catanzaro;
- n. 1 servizio di Emodinamica c/o la Casa di Cura Tricarico Rosano di Belvedere Marittimo (Cosenza) e n. 1 servizio di Emodinamica c/o la Casa di Cura S. Anna Hospital di Catanzaro.

La rete di offerta complessiva dell'assistenza cardiologica in Calabria risulta allo stato così articolata:

Tabella 7: Rete di offerta Area Nord

AREA NORD						
ASP / AO - AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
A.O.		A. O. COSENZA	COSENZA	25i	si	si
A.S.P.		OSP. CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	si	si	si
		STAB. OSP. ROSSANO	ROSSANO	si	si	
		P.O. SAN FRANCESCO PAOLA	PAOLA	si	si	
		P. O. CETRARO	CETRARO	si	no	
AZIENDE PRIVATE		CASA DI CURA TRICARICO ROSANO DI BELVEDERE MARITTIMO	BELVEDERE MARITTIMO	si	si	si

Tabella 8: Rete di offerta Area Centro

AREA CENTRO						
ASP / AO - AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
CATANZARO						
A.O.	180913	A. O. CATANZARO	CATANZARO	si	si	si
A.O.U.	180914	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	si	si	si
A.S.P.	180033	OSP. LAMEZIA TERME	LAMEZIA TERME	si	si	
AZIENDE PRIVATE	180053	CASA DI CURA SANTI'ANNA HOSPITAL CATANZARO	CATANZARO	si	si	si
CROTONE						
A.S.P.	180032	OSP. CIV. S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	CROTONE	si	si	
VIBO V.						
A.S.P.	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO V.	VIBO VALENTIA	si	si	

Tabella 9. Rete di offerta Area Sud

AREA SUD						
ASP / AO - AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
A.O.	180915	A. O. REGGIO C.	REGGIO CALABRIA	si	si	si
A.S.P.	180059	OSP. CIVILE LOCRI	LOCRI	si	si	
	180068	P.O. GIOVANNI XXIII GIOIA TAURO	GIOIA TAURO	si	no	
	180061	P.O. S.MARIA DEGLI UNGHERESI POLISTENA	POLISTENA	si	si	
AZIENDE PRIVATE	180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE REGGIO C.	REGGIO CALABRIA	si	no	

Analisi dei dati di attività PTCA e Coronografie (SDO 2012)

L'analisi è focalizzata sull'attività delle Strutture in termini di prestazioni erogate nel corso dell'episodio di ricovero a cittadini residenti e non in Regione Calabria, indipendentemente dalla diagnosi. I volumi generali risultanti sono visibili in tabella.

Tabella 10: Volumi di attività (PTCA e Coronografie)

Provincia Istituto	Descrizione Istituto	PTCA		Solo procedura di inserzione di STENT in arteria coronarica		PTCA non eseguita
		Con Coronarografia	Senza Coronarografia	Con Coronarografia	Senza Coronarografia	Con Coronarografia
CS	AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA	566	6	3		277
CS	CASA DI CURA TRICARICO ROSANO BELVEDERE MARITTIMO	56	13			81
CS	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	22	5	1		65
CS	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CETRARO					1
TOTALE NORD		644	24	4	0	424
CZ	A.O. MATER DOMINI CATANZARO	626	34	68	1	903
CZ	AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE DE LELLIS	210	22	215	48	693
CZ	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	711	12			1330
CZ	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	37	1	1	2	37
KR	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO		1			1
TOTALE CENTRO		1584	70	284	51	2964
RC	OSPEDALE BIANCHI MELACRINO MORELLI	264	38	15	1	323
TOTALE SUD		264	38	15	1	323

1.4.1 Razionale per l'organizzazione della rete: criticità e obiettivi

Criticità relative all'offerta e attività

- Si evidenzia un numero di angioplastiche totali difformemente distribuito tra le aree;
- Nell'incrociare i dati epidemiologici attesi, le SDO e le procedure eseguite (SDO Regione Calabria 2012) emergono alcune importanti considerazioni. Al fine della corretta remunerazione delle attività svolte all'interno del percorso della Rete cardiologica (ad esempio il centro Hub che esegue la PTCA primaria ma non ricovera poi il paziente) è necessario prevedere la tariffazione regionale di detta procedura a carico della struttura sanitaria che poi ricovererà e dimetterà il paziente. Con lo stesso rationale ed al fine di prevenire una possibile doppia remunerazione, è necessario monitorare l'eventuale incidenza dei casi di ricoveri ripetuti per lo stesso episodio di malattia (Esempio: un paziente ricoverato presso il Hub dopo PTCA primaria e successivamente trasferito in un centro Spoke).

Obiettivi

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- garantire l'accessibilità alle strutture in tempi idonei con copertura di tutto il territorio per gli interventi in emergenza;
- assicurare i collegamenti delle strutture tramite un sistema di rete integrato;
- utilizzare le risorse in modo appropriato, efficiente e rispettoso di elevati standard qualitativi.

1.5 Individuazione standard di riferimento dei nodi della rete

Il modello identificato come riferimento per la rete

Il criterio di realizzazione della Rete delle patologie complesse e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori previsto dal DPGR n. 18/2010e dal DCA n. 9/2015 è quello di definire i nodi e le sedi di riferimento in armonia con:

- la rete Hub and Spoke regionale;
- l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione;
- consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri.

La rete funzionale Hub & Spoke deve integrare tutte le strutture coinvolte nell'assistenza al paziente cardiologico, non solo per la garanzia della tempestività e il livello tecnologico appropriato rispetto ai casi da trattare, ma anche della qualità degli interventi e della continuità assistenziale, tenendo conto della globalità delle esigenze del paziente, inclusi gli aspetti legati alla riabilitazione

Quando si parla di rete Hub and Spoke ci si riferisce, quindi, ad un modello organizzativo che concentra i pazienti a seconda della gravità e della complessità della prestazione. (Agenas Monitor 27).

Questo stesso criterio se applicato nelle reti per patologie complesse, e quindi più settoriali, può generare delle ambiguità di denominazione. Ai fini di una maggiore chiarezza, si specifica che i nodi della rete per l'emergenza cardiologica corrispondono a:

- Centri Hub Sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015;
- Centri Spoke di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015 dotati di emodinamica con UTIC;
- Centri Spoke con UTIC senza emodinamica di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015.

1.5.1 Requisiti dei nodi della rete Hub e Spoke

Standard dei centri HUB e dei laboratori di emodinamica

Un Hub di rete per lo STEMI deve sempre garantire il trattamento con angioplastica primaria, anche in assenza di posto letto, organizzando la miglior condizione di ricovero del paziente a rivascolarizzazione avvenuta. Si potranno considerare spostamenti di degenti all'interno del reparto, tra reparti dello stesso ospedale o il trasferimento del paziente all'UTIC dell'ospedale di provenienza o di altro ospedale della rete.

La maggior efficacia del trattamento con angioplastica primaria rispetto alla trombolisi è particolarmente legata all'esperienza degli operatori ed alle condizioni logistiche nelle quali essa viene effettuata, sia per la indispensabile tempestività del trattamento che per le condizioni cliniche talora gravemente compromesse dei pazienti con STEMI. Le stesse Linee-guida europee ed americane, che attribuiscono all'angioplastica primaria la massima classe di raccomandazione quale terapia dello STEMI, sottolineano però la condizione che essa sia eseguita da un team esperto e nei tempi raccomandati. Appare a tale proposito opportuno richiamare alcune raccomandazioni sul tema della SICI-GISE ed il Documento di Consenso della FIC ai quali si rimanda.

- **Standard di struttura:** ogni laboratorio di emodinamica deve, al fine di mantenere uno standard minimo di qualità, effettuare almeno 400/600 PTCA ogni anno;
- **Standard qualitativi del personale:** ogni emodinamista deve, al fine di mantenere uno standard minimo di qualità, effettuare almeno 75/100 PTCA (di cui almeno 15 primarie) ogni anno.

Le emodinamiche devono garantire le prestazioni in h 24.

I centri SPOKE

Pronto Soccorso

In assenza di una diffusa possibilità di diagnosi pre-ospedaliera di STEMI con ECG su ambulanza, il maggior numero di STEMI si diagnostica oggi nel Pronto Soccorso (PS) degli ospedali Spoke. È evidente che va assicurata la massima celerità nella diagnosi di STEMI, eseguendo l'ECG entro 5 minuti dall'ingresso nei pazienti con dolore toracico, e che va garantita in maniera efficiente e sicura la trasmissione dell'ECG all'Hub. Il sistema di contatto con l'Hub di riferimento deve essere collaudato ed affidabile, con numero telefonico dedicato o sistemi di teletrasmissione con avviso acustico a trasmissione avvenuta.

Le UTIC

Le UTIC Spoke devono garantire risposta a tutte le emergenze cardiologiche, ad eccezione della rivascolarizzazione. È comunque imprescindibile:

- la possibilità di posizionamento di catetere da elettrostimolazione temporaneo per gestione delle bradiaritmie (e talora delle tachiaritmie) in qualsiasi orario e giorno (24/7);
- la disponibilità della ventilazione non invasiva con C-PAP, con gestione autonoma dell'attrezzatura da parte di tutto il personale sanitario;
- la possibilità di ultrafiltrazione con apparecchi portatili in UTIC, pur se gestiti dalla nefrologia.

Ciò è indispensabile anche per poter ricoverare pazienti trattati con angioplastica primaria presso l'Hub senza possibilità di ricovero nello stesso.

A tale fine, come già sopra indicato, sarà prevista una tariffa per la prestazione di angioplastica che garantisca all'Hub il rimborso dei costi sostenuti per l'effettuazione della procedura, che, in base alle norme oggi vigenti, va invece allo Spoke che dimette il paziente.

SUEM 118

Il Servizio del 118 svolge un ruolo centrale nella rete in tutte le occasioni di soccorso e/o trasporto dei pazienti con infarto, esplicitato nel paragrafo "Ruolo e compiti del SUEM 118" del presente documento.

In considerazione dei compiti ad esso assegnati, è indispensabile il suo appropriato dimensionamento in rapporto alla necessità di frequenti trasferimenti di pazienti in emergenza/urgenza e dei trasporti secondari.

Altro elemento di forza è la dotazione diffusa della possibilità di registrazione e trasmissione all'Hub dell'ECG a 12 derivazioni, che rappresenta uno dei più potenti mezzi di contenimento dei ritardi al trattamento.

Standard professionali

Al fine di garantire un livello minimo di qualità delle prestazioni erogate sono definiti in letteratura e dalle società scientifiche di settore degli standard di volume distinti in standard di struttura e standard per il personale medico del laboratorio di emodinamica:

- Standard di struttura: ogni laboratorio di emodinamica deve, al fine di mantenere uno standard minimo di qualità, effettuare almeno 400/600 PTCA ogni anno;
- Standard per il personale: ogni emodinamista deve, al fine di mantenere uno standard minimo di qualità, effettuare almeno 75/100 PTCA (di cui almeno 15 primarie) come primo operatore ogni anno.

Le emodinamiche devono garantire le prestazioni in h 24.

1.6 Indicatori di performance

Per valutare e monitorare l'appropriatezza, l'efficienza e la performance della Rete cardiologica è necessario raccogliere alcuni dati per la costruzione di indicatori; tali dati debbono essere inviati periodicamente dagli attori della rete al Coordinamento Regionale per l'Emergenza e Urgenza per le relative elaborazioni e valutazioni, e comunque in base e con le modalità della specifica procedura adottata. Ai fini di una raccolta omogenea e veloce è preferibile utilizzare una checklist standard regionale facente parte della documentazione sanitaria ufficiale del paziente reperibile in cartella clinica. Essendo la prognosi di questi pazienti tempo dipendente viene posta particolare attenzione al timing delle varie azioni. Ad esempio:

- Pazienti "riperfusi": pazienti con STEMI ripperfusi /tutti i pazienti con STEMI < 12 ore;
- Pazienti che hanno effettuato Angioplastica primaria / trombolisi sul totale dei pazienti elegibili;
- Pazienti che hanno effettuato Angioplastica primaria < 90' / < 120' sul totale dei pazienti elegibili;
- Angioplastica primaria / pazienti in shock e pazienti con segni e/o sintomi di scompenso cardiaco acuto (Killip 2-3);
- Tempi di diagnosi e trattamento (door to needle, door to balloon, tempo pre PTCA, ecc.) ;
- Pazienti soccorsi dal 118 / pazienti presentatisial PS;
- Falsi positivi inviati dal 118 in Emodinamica;
- Falsi negativi inviati dal 118 in Pronto Soccorso;
- Dati relativi alla procedura interventistica (pazienti avviati alla cardiochirurgia, tromboaspirazione, numero di stent e tipologia, trattamento farmacologico eseguito, %);
- Reparto di degenza (UTIC / Rianimazione / altro);
- Durata della degenza;
- Ritrasferimento presso centro Spoke;
- Mortalità intraospedaliera;
- Aderenza ai protocolli terapeutici previsti in prevenzione secondaria.

Per i pazienti che attivano il 118:

- Ora della chiamata;
- Ora di arrivo del mezzo di soccorso;
- Ora di invio dell'ECG ed informazioni cliniche (se attivo il sistema di telecardiologia);
- Ora di risposta dell'ECG (se attivo il sistema di telecardiologia);
- Eventuale terapia in loco;
- Ora di arrivo al centro hub;
- Ora di arrivo al centro spoke (eventuale).

Per i pazienti che giungono con mezzi propri al PS:

- Ora di arrivo in PS;
- Ora di esecuzione dell'ECG;
- Ora di lettura dell'ECG;
- Ora inizio sintomi (se non possibile, segnalare);
- Stratificazione del rischio;
- Tempo pre lisi (o door to needle; eventuale);
- Ora inizio fibrinolisi (eventuale);
- Valutazione efficacia fibrinolisi (riperfusion SI/NO);
- Ora di invio in sala di Emodinamica (se hub o spoke con emodinamica);
- Terapia in PS;
- Ora di gonfiaggio del primo palloncino (se hub o spoke con emodinamica);
- Tempo pre PCI (o door to balloon);
- Ora di chiamata dell'ambulanza per trasferimento all'hub (se non disponibile emodinamica in loco);
- Ora di arrivo e partenza dell'ambulanza verso il centro hub;
- Ora di gonfiaggio del primo palloncino (se hub);
- Complicanze procedurali (eventuali);
- Indicazione a Bypass aortocoronarico (eventuale);
- Numero e tipologia di stent posizionati;
- Terapia in Emodinamica;
- Ora di ingresso del paziente in UTIC hub (eventuale);
- Ora di trasferimento del paziente alla UTIC dello spoke di provenienza (eventuale);
- Giorno e ora di trasferimento del paziente dalla UTIC al reparto di cardiologia;
- Giorno e ora di dimissione del paziente (domicilio, riabilitazione o altra struttura sanitaria territoriale);
- Terapia di dimissione.

Per questi indicatori dovranno essere compiute analisi stratificate per età e sesso ed altre dimensioni eventualmente individuate.

1.7 Riorganizzazione della rete per livelli di intensità (Hub & spoke)

1.7.1 I nodi della Rete

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015;
- Centri Spoke sede di Dea di I livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015 che rispondono ai requisiti del bacino di utenza ed ai tempi di percorrenza dettati dal protocollo con il 118 da articolare secondo le indicazioni riportate nel presente documento, dotati di emodinamica e UTIC
- Centri spoke con UTIC senza emodinamica di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015.

Aree

- **1 Rete dell'Area Nord:** gli Ospedali della Provincia di Cosenza, che hanno come Hub di riferimento per l'emergenza cardiologica l'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza;
- **2 Rete dell'Area Centrale:** gli Ospedali delle Province di Catanzaro, Croton e Vibo Valentia, che hanno come Hub di riferimento l'Ospedale Pugliese-Ciaccio e l'AOU Mater Domini di Germaneto.

- **3 Rete dell'Area Sud:** gli Ospedali della Provincia di Reggio Calabria, che hanno come Hub di riferimento gli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria.

Vengono pertanto a delinearsi tre macro-aree:

- Nell'Area Nord è allo stato attivo 24/7 il solo Hub dell'Annunziata di Cosenza, al quale devono afferire i pazienti con STEMI di tutta la Provincia. Nell'anno 2013 è stato attivato il laboratorio di emodinamica presso l'Ospedale di Castrovillari; al raggiungimento dei predetti standard operativi per l'effettuazione dell'angioplastica primaria, il bacino di popolazione della Provincia verrà ridistribuito dal Coordinamento di Area in rapporto ai tempi di percorrenza ed al livello di operatività del nuovo centro.
- Nell'Area Centro è attiva una maggiore disponibilità di offerta ad oggi non regolamentata, pertanto si stabilisce che:
 - I pazienti che si presentino direttamente al Pronto Soccorso Hub del Pugliese siano trattati presso l'emodinamica dello stesso presidio per l'ovvia maggior tempestività di intervento;
 - I pazienti con diagnosi di STEMI posta in Ospedali Spoke o in sede extra-ospedaliera dal 118 nelle Province dell'Area Centrale, saranno indirizzati presso gli Hub dell'Area Centro sulla base della seguente suddivisione dell'ambito territoriale: all'Hub Pugliese Ciaccio afferiscono i pazienti dell'ambito territoriale dell'ASP di Catanzaro; all'Hub Mater Domini afferiscono i pazienti degli ambiti territoriali delle ASP di Crotona e Vibo Valentia.

È in corso per le Aziende Ospedaliere Pugliese-Ciaccio e Mater Domini un processo di integrazione che porterà all'accorpamento delle due Aziende nella costituenda Azienda Ospedaliera-Universitaria "Renato Dulbecco". All'esito dell'integrazione i nodi della rete assumeranno piena coerenza con il dettato del DM 70/2015.

- L'Area Sud, con un bacino di popolazione di 570.000 abitanti, circa afferirà all'Hub attivo dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria.

Tabella 11: I nodi della rete Hub & Spoke di cui al DPGR 18/2010 e DCA n. 9/2015

RETE HUB & SPOKE AREA NORD		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Cosenza AO</u>		
	<u>Belvedere Casa di Cura Tricarico (*1)</u>	
		Cetraro /Paola <i>Unico presidio con due strutture</i>
	<u>Castrovillari (*2)</u>	
		Rossano /Corigliano <i>Unico presidio con due strutture</i>

RETE HUB & SPOK AREA CENTRO		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Catanzaro Pugliese Ciacchio</u>		
<u>Catanzaro Mater Domini</u>		
	<u>Catanzaro S. Anna Hospital (*1)</u>	
		Lamezia Terme
		Crotone
		Vibo Valentia

RETE HUB & SPOKE AREA SUD		
RETE PER ACUTI		
Hub	Spoke con UTIC e Emodinamica	Spoke con UTIC senza Emodinamica
<u>Reggio di Calabria</u>		
		Polistena
		Locri

(*1) Relativamente all'Area Nord si ritiene necessario considerare all'interno della rete SCA regionale pubblica anche il ruolo operativo della struttura privata Tricarico a copertura dei bacini di utenza dell'alta costa tirrenica dell'Area Nord. Tale struttura sarà inserita nei protocolli operativi regionali e di Area in un'ottica di supporto ed integrazione alla rete pubblica. Si precisa che la predetta Casa di Cura è dotata di PS accreditato.

Per quanto riguarda la Struttura S. Anna Hospital di Catanzaro effettua gli interventi in situazioni di urgenze differite.

(*2) Nell'Area Nord è necessario considerare, nell'ambito dei protocolli operativi, la tempistica di messa a regime della nuova emodinamica di Castrovillari in termini di precisa definizione dei flussi dei pazienti all'interno della rete.

Nota: Con periodicità annuale verrà valutata l'attività delle emodinamiche per ricondurre le strutture agli standard nazionali sui volumi di attività e l'articolazione per bacini di utenza.

Tabella 12: Posti letto Area Nord

AREA NORD						
ASP / AO - AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO LOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
A.O.		A. O. COSENZA	COSENZA	25	10	si
A.S.P.		OSP. CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	18	7	si
		STAB. OSP. CORIGLIANO	CORIGLIANO	18	7	no
		P.O. SAN FRANCESCO CETRARO	CETRARO	18	7	no
AZIENDE PRIVATE		CASA DI CURA TRICARICO ROSANO DI BELVEDERE MARITTIMO	BELVEDERE MARITTIMO	22	5	si

Tabella 13: Posti letto Area Centro

AREA CENTRO						
ASP / AO - AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIO LOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA

CATANZARO						
A.O.		A. O. CATANZARO	CATANZARO	20	12	si
A.O.U.		A. O. MATER DOMINI	CATANZARO	20	12	si
A.S.P.		OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	LAMEZIA TERME	14	6	no
AZIENDE PRIVATE		CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	CATANZARO	27	6	si
CROTONE						
A.S.P.		OSPED. CIVILE S. GIOVANNI DI DIO	CROTONE	20	10	no
VIBO V.						si
A.S.P.		P.O.JAZZOLINO	VIBO V.	18	8	no

Tabella 14: Posti letto Area Sud

AREA SUD						
ASP // AO - AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
A.O.		A. O. REGGIO C.	REGGIO CALABRIA	21	15	si
A.S.P.		OSPEDALE CIVILE LOCRI	LOCRI	12	4	no
		P.O. S. MARIA DEGLI UNGHERESI POLISTENA	POLISTENA	12	8	si
		P.O. GIOVANNI XXIII	GIOIA TAURO	10	no	no
AZIENDE PRIVATE		POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC	REGGIO CALABRIA	11	no	no

1.7.2 Gestione del trasporto dei pazienti con emergenza / urgenza cardiologica

1.7.2.1 Ruolo e compiti del SUEM 118

1. Soccorso extra-ospedaliero di paziente con STEMI

La diagnosi extra-ospedaliera di STEMI consente di indirizzare il paziente direttamente all'Hub di riferimento evitando consistenti perdite di tempo. In caso di diagnosi con ECG a 12 derivazioni di STEMI < alle 12 ore, con indicazione quindi all'angioplastica primaria, l'equipe del 118 che ha effettuato il soccorso provvederà immediatamente al trasporto all'Hub di riferimento, che sarà avvisato telefonicamente dalla centrale operativa 118.

Va quindi garantita la disponibilità di defibrillatori con registrazione e tele-trasmissione di ECG a 12 derivazioni. La diagnosi pre-ospedaliera di STEMI è infatti uno dei più potenti mezzi per ridurre il ritardo alla riperfusione, e di conseguenza una delle più concrete possibilità di riduzione di mortalità e morbilità. L'obiettivo deve essere quello di dotare di teletrasmissione dell'ECG tutte le ambulanze e tutti i pronto soccorsi non-Hub.

Nei territori più distanti dall'Hub, nei quali il tempo necessario al trasporto ed al rientro può richiedere sino a 3-4 ore, va prevista la sostituzione del team impegnato da parte di un team reperibile, per salvaguardare la possibilità di intervento tempestivo sul territorio in caso di emergenza. A tal proposito, è necessario tenere in considerazione che la riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri attualmente in corso, sommata alla necessità di soddisfare i protocolli regionali di centralizzazione dei pazienti traumatizzati, critici e dei pazienti con ictus potrebbe determinare un maggior impegno di mezzi di soccorso nel territorio, con rischio di indisponibilità al soccorso per tempi considerevoli.

2. Trasporto di pazienti con Sindrome Coronarica Acuta da Pronto Soccorso Spoke all'Hub di riferimento

In caso di presentazione autonoma di pazienti con STEMI ad un PS Spoke per i quali si preveda di attivare il trasferimento immediato all'Hub per coronarografia in emergenza, questo sarà effettuato dalla PET di riferimento individuata dalla Centrale Operativa 118.

Analogo comportamento andrà tenuto in caso di pazienti con SCA-NSTEMI che presentino caratteristiche di alto rischio (instabilità emodinamica e/o elettrica e/o ischemica), tali da renderli equiparabili a quelli con STEMI, o per casi da indirizzare in cardiocirurgia (dissezione aortica, insufficienza mitralica acuta e severa).

3. Trasporto di pazienti già trattati all'Hub verso UTIC Spoke

L'Hub è tenuto a garantire l'angioplastica primaria anche in assenza di disponibilità di posto letto. Per tale motivo, previo accordo tra i due centri, è possibile che il paziente con STEMI trattato efficacemente con angioplastica, in condizioni cliniche che lo consentano per valutazione da parte del Cardiologo dell'Hub, possa essere trasferito ad una UTIC Spoke, subito dopo la procedura o ad ore/giorni di distanza.

Il paziente sarà accompagnato alla destinazione di ricovero con mezzi del 118 medicalizzati o non medicalizzati in base alle condizioni cliniche accertate dal clinico che dimette. Potrà essere effettuato uno scambio: a fronte di un paziente che dallo Spoke viene indirizzato all'Hub in emergenza, l'ambulanza potrà riportare allo Spoke un paziente già trattato che proviene dallo stesso Spoke.

4. Utilizzo dell'elisoccorso

L'ambulanza rientra nelle risorse che effettuano soccorsi primari in tempi brevi ed ha anche la capacità di risparmiare tempo su lunghi percorsi, anche se la distribuzione degli Hub di emodinamica consente il raggiungimento in autoambulanza dalla maggior parte degli Spoke nei tempi idonei all'esecuzione di un'efficace angioplastica primaria salvo che in casi di particolare collocazione della sede di intervento (località montana) o di difficoltà viaria in particolari periodi (frane, traffico vacanziero, etc.), per cui l'attivazione dell'elisoccorso nella SCA deve essere limitato a casi eccezionali.

Il tempo necessario per l'attivazione, il decollo e l'atterraggio (per due volte) ed il trasporto in ambulanza alle e dalle piazzole di atterraggio può raramente essere inferiore in maniera significativa a quello per il trasferimento diretto agli hub. L'utilizzo dell'ambulanza dovrà essere adeguatamente motivato dal medico che ne fa richiesta alla Centrale Operativa.

L'utilizzo motivato dell'elisoccorso potrebbe più frequentemente trovare impiego per pazienti diretti alle cardiocirurgie di Catanzaro dalle estremità Nord e Sud della regione, che abbiano già diagnosticato una patologia con chiara indicazione cardiocirurgica.

Va inoltre tenuta in considerazione la complessità della procedura di defibrillazione una volta in volo (non comune a tutti i tipi di elicottero), che deve limitare all'indispensabile l'utilizzo dell'elitransporto per pazienti ad alto rischio di tachiaritmie ventricolari, come i pazienti con SCA.

5. Trasporto di pazienti con Sindrome Coronarica Acuta ricoverati in UTIC spoke e reparti di degenza ospedalieri ai centri di emodinamica/cardiochirurgia

Il trasporto secondario di pazienti da indirizzare agli Hub di emodinamica/cardiochirurgia già ricoverati in UTIC spoke o reparti di degenza di ospedali periferici viene effettuato dal 118 con ambulanza medicalizzata.

Nel caso si tratti di pazienti instabili (riaccensione di angor, instabilità emodinamica, pazienti ad alto rischio ecc.) viene attivata la PET di riferimento dalla Centrale Operativa 118, con medico ed infermiere del 118, analogamente a quanto previsto per i trasporti da Pronto Soccorso di cui al punto 2.

Nel caso di trasporto secondario programmato per esecuzione di coronarografia o intervento chirurgico in pazienti stabili, l'orario e la data di trasferimento vengono concordati con la centrale operativa 118 che si farà carico dell'organizzazione del trasferimento con ambulanza e personale infermieristico e medico dedicato.

A tal fine, in considerazione del carico di lavoro cui è sottoposto il SUEM 118, si rende necessario potenziare il sistema dell'emergenza-urgenza territoriale attraverso una equa distribuzione delle PET su tutto il territorio regionale.

6. Procedure di ottimizzazione dei tempi e modi di attivazione/trasporto.

Il trasferimento da PPI (per il tempo di attivazione previsto), PS, Reparti Ospedalieri per emergenza cardiologica con autoambulanza deve essere richiesto telefonicamente dal Medico che pone la diagnosi alla Centrale Operativa competente per territorio nei modi e nei tempi previsti dalle specifiche norme regionali.

Una volta posta la diagnosi di STEMI < 12 ore, va immediatamente attivata la procedura di trasferimento senza prima verificare la disponibilità dell'Hub, che deve garantire il trattamento con angioplastica primaria indipendentemente dalla disponibilità di posto letto. A procedura attivata va comunque tempestivamente contattato l'Hub per le informazioni del caso. Nell'eccezionale o imprevedibile circostanza di impossibilità al

trattamento, si valuterà la possibilità di dirigersi verso altro Hub ove compatibile con i tempi o gestire il paziente in UTIC Spoke in maniera farmacologica.

Una volta posta la diagnosi STEMI < 12 ore con indicazione all'angioplastica, va applicato il protocollo farmacologico concordato all'interno dei Coordinamenti di Area, a cura dei Sanitari del 118 in caso di diagnosi extra-ospedaliera, o a carico del personale del Pronto Soccorso in caso di diagnosi in PS Spoke.

La specifica formazione del personale del 118 è fondamentale per massimizzare i vantaggi della rete. In caso di diffusione della telediagnosi ECG pre-ospedaliera confermata dal Cardiologo dell'Hub, su decisione concordata e formalizzata tra il Medico del 118, dei PPI (per il tempi di attivazione previsto), o PS e il Cardiologo dell'Hub potranno essere attivati i protocolli di trombolisi concordati all'interno dei Coordinamenti di Area. Le Cardiologie della rete daranno il supporto necessario a programmi di formazione specifici per tutto il personale sanitario del 118.

1.7.3 Coordinamento Regionale e coordinamento di Area

La constatazione di livelli diversi di organizzazione nelle tre aree assistenziali di cui al DPGR n. 18/2010e al DCA n. 9/2015 comporta l'esigenza di garantire un'organizzazione comune, in primo luogo nelle aree di riferimento e, quindi, nell'intero territorio regionale al fine di omogeneizzare l'attività della rete, adeguarla a sopravvenute esigenze nonché programmare le risposte assistenziali in base ai fabbisogni laddove crescenti.

Si è ritenuto, pertanto, opportuno istituire, con il DDG n. 4613 del 15/5/2015, un coordinamento Regionale e tre coordinamenti di area (Nord, Centro, Sud).

Il Coordinamento Regionale è costituito dal Dirigente del settore competente del Dipartimento Tutela della Salute e dai responsabili degli Hub delle tre Aree territoriali (Nord, Centro, Sud).

Il Coordinamento di Area è affidato ai responsabili degli Hub di riferimento e ne fanno parte i responsabili dei nodi della rete, compreso il SUEM 118.

I compiti dei Coordinamenti sono:

- emanazione/aggiornamento di linee-guida regionali basate su nuove evidenze scientifiche, adatte alla situazione reale ed alle sue variazioni nel tempo, con particolare riguardo ai trattamenti farmacologici associati all'angioplastica primaria, spesso in rapida evoluzione;
- la verifica periodica delle condizioni operative e l'analisi degli indicatori di risultato;
- la verifica dell'efficacia e dell'efficienza complessiva del sistema.
- l'organizzazione dei percorsi all'interno del proprio territorio e l'attuazione nella specifica rete delle raccomandazioni regionali;
- la verifica dei risultati attraverso il monitoraggio dei tempi di trasporto, di effettuazione dell'angioplastica, della mortalità e morbilità intraospedaliera e del follow-up;
- la programmazione dell'aggiornamento del personale;
- l'effettuazione di incontri a cadenza programmata nell'ambito del Coordinamento regionale.

I Coordinamenti hanno predisposto il PDTA per la SCA nella Regione Calabria che è stato approvato con DCA n. 75 del 6 luglio 2015.

1.8 Prossime azioni da svolgere

- Attivazione Teleconsulto: il teleconsulto è ineludibile per garantire la tempestività e l'appropriatezza dei processi decisionali e costituisce parte integrante della rete. Il teleconsulto deve essere implementato nei PS che non dispongono di guardia cardiologica h 24 tramite teletrasmissione dei documenti clinici al centro Hub di riferimento. Attraverso il teleconsulto si definisce lo smistamento dei mezzi di soccorso verso la tipologia di struttura più appropriata per l'assistenza alle patologie

diagnosticabili attraverso la lettura del tracciato ECG. Inoltre la possibilità di trasmissione dell'ECG deve essere presente in tutti mezzi di soccorso. Nell'attesa della rapida entrata in funzione operativa del sistema è però necessario che la Rete Cardiologica regionale sia comunque funzionante; i contatti tra centri periferici ed Hub debbono avvenire, nelle more, con i mezzi attualmente in uso (contatto telefonico diretto tra medici e fax). Attualmente n. 32 autoambulanze su 52 programmate sono attrezzate per la trasmissione dell'ECG. Entro il 31 dicembre 2016 tutte le autoambulanze saranno attrezzate per la trasmissione dell'ECG;

- Definizione delle Linee guida per la codifica degli episodi di ricovero STEMI e NSTEMI al fine di migliorare la codifica di STEMI nel flusso SDO regionale secondo procedure che saranno emanate dal Dipartimento Tutela della Salute, entro il 30 giugno 2016;
- Definizione della tariffa per la prestazione di angioplastica primaria per il centro Hub quando il paziente viene ritrasferito allo spoke dopo la procedura, entro il 31 dicembre 2016;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle postacuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete", entro il 31 dicembre 2016.

1.9 Monitoraggio

Il Coordinamento Regionale Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.



Allegato 5 Rete Stroke

Sommario

1	Rete Stroke	3
1.1	Introduzione	3
1.2	Analisi del fabbisogno	4
1.3	Analisi dell'offerta	6
1.4	Individuazione Standard di riferimento dei nodi della rete	7
1.4.1	Il modello identificato come riferimento per la rete	7
1.5	Indicatori di carattere generale per la gestione dello Stroke	11
1.6	Prossime azioni da svolgere	13
1.7	Monitoraggio	13

1 Rete Stroke

1.1 Introduzione

Criteria metodologici

I criteri utilizzati per la costruzione della rete assistenziale per l'ictus si basano sulle seguenti premesse:

- i percorsi assistenziali devono permettere a ogni cittadino, di ricevere la migliore assistenza, indipendentemente dal punto del territorio in cui si verifica l'evento acuto e indipendentemente dalla età della persona e dalla sua situazione sociale, economica e culturale;
- la rete assistenziale deve dare accesso alle migliori cure, secondo quanto stabilito dalle linee guida internazionali e nazionali - accreditate e condivise dalle società scientifiche neurologiche e di patologia cardiocerebrovascolare - raccolte sulla base di evidenze scientifiche (EBM);
- le linee guida devono tradursi in percorsi assistenziali definiti e condivisi, e devono essere adattate alla situazione specifica della regione e ai diversi nodi della rete per l'emergenza (118), della rete ospedaliera e della rete di assistenza territoriale e di base;
- Particolare attenzione deve essere posta anche alla creazione di un sistema sufficientemente flessibile e per quanto possibile adattabile ai futuri sviluppi scientifici e tecnologici.

Criteria scientifici

Contro la patologia cerebrovascolare i maggiori risultati derivano dalla corretta applicazione dei criteri di prevenzione primaria e secondaria, dalla diffusione di adeguati stili di vita, e dal contrasto all'ipertensione, al diabete, al fumo, all'obesità, alla sedentarietà e ad altri specifici fattori di rischio. Malgrado gli importanti sforzi compiuti in questa direzione negli ultimi anni, rimane un importante lavoro per giungere alla diffusione capillare di queste informazioni, la corretta e regolare prescrizione dei trattamenti, la verifica della loro effettiva applicazione.

Per quanto riguarda il trattamento in fase acuta, gli interventi che hanno dimostrato maggiore efficacia sono:

- la trombolisi sistemica (entro le 4 ore e 30 minuti dall'esordio dei sintomi);
- il ricovero in Stroke Unit.

I risultati con maggiore significatività sul singolo soggetto si ottengono dalla trombolisi, ma sulla popolazione complessiva prevale l'efficacia delle Stroke Unit; questo è dovuto al fatto che, mentre tutti i soggetti possono beneficiare del ricovero in stroke unit, solo una ridotta percentuale di essi è eleggibile per la trombolisi.

Una nota particolare va posta sulle analogie e sulle differenze tra il trattamento in fase acuta della patologia cerebrovascolare e di quella cardiovascolare: il tessuto encefalico sanguigno molto più facilmente ed è soggetto agli effetti dell'ischemia più precocemente e in modo meno irreversibile rispetto al muscolo cardiaco; questi fatti hanno importanti conseguenze anche sul modello organizzativo. L'efficacia e la relativa sicurezza della trombolisi sono documentate per le prime 3 ore dall'esordio dei sintomi; sono in corso studi per la sua applicazione fino alle 4 ore e mezza o alle 6 ore, ma è provato che in queste fasce temporali il rischio di sanguinamento aumenta e l'efficacia si riduce.

Importanti differenze vi sono anche per i trattamenti endovascolari: mentre nella patologia cardiaca vi è stata la ben nota e notevolissima espansione dell'angioplastica, dello stenting, dei bypass e di altri trattamenti invasivi, nell'ictus ischemico tutti questi trattamenti sono agli esordi, mancano per il momento di certezze trasferibili alla EBM, sono di applicazione assai complessa e sono pochissimi gli operatori preparati in tal senso.

La "rete" per l'assistenza all'ictus ischemico in fase acuta, dati i tempi strettissimi di intervento, va strutturata in modo capillare sul territorio per quanto riguarda la trombolisi sistemica e l'assistenza in stroke unit, mentre per il momento, essendo limitata a poche e particolari situazioni, la rete per i trattamenti endovascolari deve

prevedere pochi punti di intervento ed una organizzazione flessibile del sistema, in attesa di nuove evidenze scientifiche e della formazione di nuovi operatori.

Epidemiologia

L'ictus è tra le più patologie più diffuse e più gravi: è la prima causa di invalidità permanente, la seconda causa di demenza (dopo l'Alzheimer) e la terza causa di morte (sommata alla patologia cardiovascolare sale al primo posto).

In Italia, ogni anno circa 200.000 persone vengono colpite da ictus cerebrale, di questi l'80% sono nuovi casi e la restante parte è costituita dalle recidive. Il 75% dei casi di ictus colpisce le persone con più di 65 anni e circa 10.000 eventi si manifestano in soggetti di età inferiore ai 55 anni.

Il 10-20% dei soggetti colpiti da ictus cerebrale muore entro un mese dall'evento, mentre un altro 10% non sopravvive al primo anno.

Della quota rimanente, un terzo dei pazienti sopravvive con un grado di disabilità elevato (non autonomia con necessità di ricovero in struttura protetta), un terzo presenta un grado di disabilità lieve o moderato (parziale autonomia con possibilità di assistenza domiciliare) e un terzo riacquista la totale autonomia.

Un'azione riabilitativa tempestiva, coordinata e continuativa, pur non ripristinando totalmente la situazione pre-trauma, può ottimizzare il potenziale recupero del paziente riducendo il suo grado di dipendenza e favorendo la possibilità di una vita il più possibile autonoma.

1.2 Analisi del fabbisogno

Criteri di selezione per l'individuazione della casistica ICTUS

Criteri
DATI SDO NAZIONALI – CRUSCOTTO AGENAS
CAPITOLO DI DIAGNOSI: 7- Malattie del sistema circolatorio
ACC DI DIAGNOSI : 109 - "Vasculopatie cerebrali acute".
ICD9_CM - ICTUS EMORRAGICO: 430;431;432;432.0; 432.1;432.9
ICD9_CM – ICTUS ISCHEMICO: 43301; 43311; 43321; 43331; 43381;43391; 43400; 43401; 43410; 43411; 43490; 43491; 436 (1).

[1] Si è ritenuto opportuno includere i codici diagnosi "senza menzione di infarto cerebrale" (43400; 43410; 43490) e il cod. 436 "vasculopatie cerebrali acute non definite" considerate alcune criticità rilevate nella codifica delle SDO.

Analisi dei dati

Nell'anno 2012 su un numero totale di ricoveri ospedalieri di 283.106, n. 5.140 (1,8%) sono relativi alle vasculopatie cerebrali acute, la cui degenza media risulta essere di 13 giorni. I pazienti dimessi dalle unità operative di neurologia sono stati 1.565; pertanto, solo il 30% dei pazienti trova ricovero nelle unità di neurologia, il restante il 70% trova ricovero in altre unità operative, per lo più di medicina generale.

Dei 5.140 ricoveri (RO), i casi di ictus emorragico sono stati 1.381 (di cui n.132 con intervento chirurgico). Si rileva infine che dei 5.140 ricoveri relativi alle vasculopatie cerebrali acute, n. 475 sono stati ricoverati in unità operative di postacuzie cod. 56 o 75.

Tabella 1: Casistica Ictus per Area Geografica

AREA GEOGRAFICA	ICTUS (RO)	% sul totale	Degenza media (RO)
AREA NORD	1988	39%	14
AREA CENTRO	2.032	40%	14,1
AREA SUD	1.120	22%	11.3
TOTALE REGIONE	5.140	100%	13,1

Tabella 2: Casistica Ictus emorragico per Area Geografica (SDO 2012)

AREA GEOGRAFICA	Ictus Emorragico (RO+DH Dimessi)	% sul totale
AREA NORD	616	45%
AREA CENTRO	489	35%
AREA SUD	276	20%
TOTALE REGIONE	1.381	100%

Fabbisogno di Stroke Unit

I parametri nazionali presenti in letteratura, prevedono il fabbisogno di Stroke Unit in considerazione dell'incidenza dello stroke nella popolazione generale:

- Centro di I livello ogni 200 mila abitanti, con una casistica per anno di oltre 400 pazienti con stroke.
- Centro di II livello ogni milione di abitanti, con una casistica per anno di almeno 500 pazienti con stroke, presso cui centralizzare i soggetti con evento ictale di tipo ischemico o emorragico che necessitino di provvedimenti di neuroradiologia interventistica e/o neurochirurgici.

I parametri di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015 prevedono una Neurologia per bacino di utenza di 200.000/400.000 abitanti, ed una Neurochirurgia per bacino di utenza di 500.000/1.000.000 abitanti, in linea con quanto previsto dal Regolamento Nazionale sugli standard ospedalieri.

Tabella 3: Parametri per l'articolazione della Rete Ospedaliera (DPGR n.18/2010 e DCA n. 9/2015)

Disciplina	N. strutture per regione	Bacino mln	PL/SC	Punti erogazione		Posti letto totale		Punti erogaz. pubblici assegnati
				min	max	min	max	
Neurologia	1 SC per Hub e Spoke	0,2-0,4	20	5	10	100	200	13
Neurochirurgia	1 SC per Hub	0,5-1	20	2	4	40	80	3

1.3 Analisi dell'offerta

Rilevazione dell'esistente

L'offerta delle strutture pubbliche ed equiparate dedicate anche all'assistenza a pazienti con evento ictale di tipo ischemico o emorragico presenta la seguente composizione¹:

Tabella 4: Composizione dell'offerta Area Nord

AREA NORD						
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	NEUROLOGIA	STROKE UNIT	NEURO-CHIRURGIA	NEURO-RADIOLOGIA
A.O.	A.O. DI COSENZA	COSENZA	✓	✓	✓	✓
A.S.P.	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	✓*			
A.S.P.	STAB. OSPED. DI CORIGLIANO	CORIGLIANO	✓			
A.S.P.	P.O. DI CETRARO	CETRARO	✓			

(*) Il PO di Castrovillari presenta una dotazione di PPLL di Neurologia da Programmazione Regionale. Non risultano attivati i PPLL da modello NSIS HSP.12

Tabella 5: Composizione dell'offerta Area Centro

AREA CENTRO							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	40		✓		✓
HUB	A.O. PUGLIESE - DE LELLIS	CATANZARO	0			25	
SPOKE	CROTONE	CROTONE	10	✓			
SPOKE	P.O. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	20	✓			

Tabella 6: Composizione dell'offerta Area Sud

AREA SUD						
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	NEUROLOGIA	STROKE UNIT	NEURO-CHIRURGIA	NEURO-RADIOLOGIA
A.O.	A.O. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	REGGIO CALABRIA	✓	✓	✓	✓*
A.S.P.	OSP.CIVILE LOCRI	LOCRI	✓			
A.S.P.	P.O. SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	✓*			

(*)L'Unità di Neuroradiologia dell'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli è di tipo non interventistico. Il PO di Polistena presenta una dotazione di PPLL di Neurologia da Programmazione Regionale. Non risultano attivati i PPLL da modello NSIS HSP.12

Allo stato attuale nella regione Calabria le strutture autorizzate al trattamento trombolitico sono:

- Unità Operativa di Neurologia del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia quale centro idoneo per l'utilizzo della specialità medicinale Actilyse per il trattamento dell'ictus cerebri - DDG Regione Calabria n. 4965 del 3 Maggio 2006;
- Unità Operativa di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera Annunziata di Cosenza quale centro idoneo per l'utilizzo della specialità medicinale Actilyse per il trattamento dell'ictus cerebri - DDG Regione Calabria n. 3238 del 16 Marzo 2009;
- Unità Operativa di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria quale centro idoneo per l'utilizzo della specialità medicinale Actilyse per il trattamento dell'ictus cerebri - DDG Regione Calabria n. 6397 del 10 Maggio 2012.

¹ Riferimenti normativi: DPGR 106/11; DPGR 136/11, DPGR 26/12

Nel Presidio Ospedaliero di Crotona non risultano posti letto programmati di neurologia. Dall'analisi delle SDO 2012 si registrano n. 431 ricoveri relativi alle vasculopatie cerebrali acute, di cui n. 316 in area medica e i restanti n. 115 in postacuzie (cod. 56 e 75). Si ritiene opportuno dover ricomprendere lo Spoke di Crotona all'interno della rete regionale ICTUS, assegnando n. 10 posti letto di neurologia.

1.4 Individuazione Standard di riferimento dei nodi della rete

1.4.1 Il modello identificato come riferimento per la rete

Il criterio di realizzazione della Rete delle patologie complesse previsto dal DPGR 18/2010 e dal DCA n. 9/2015 è quello di definire i nodi e le sedi di riferimento in armonia con:

- la rete Hub e Spoke regionale;
- l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione;
- consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri.

La rete funzionale Hub e Spoke deve integrare tutte le strutture coinvolte nell'assistenza al paziente, non solo per la garanzia della tempestività e il livello tecnologico appropriato rispetto ai casi da trattare, ma anche della qualità degli interventi e della continuità assistenziale, tenendo conto della globalità delle esigenze del paziente, inclusi gli aspetti legati alla riabilitazione.

Quando si parla di rete Hub e Spoke ci si riferisce, quindi, ad un modello organizzativo che concentra i pazienti a seconda della gravità e della complessità della prestazione².

Questo stesso criterio se applicato nelle reti per patologie complesse, e quindi più settoriali, può generare delle ambiguità di denominazione.

Ai fini di una maggiore chiarezza, si specifica che i nodi della rete per l'emergenza nel caso di evento ictus, organizzati secondo struttura funzionale gerarchica, corrispondono a:

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015 e di SU di II Livello;
- Centri Spoke sede di DEA di I livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015 e di SU di I Livello.

1.4.1.1 Requisiti dei nodi della rete HUB E SPOKE

La struttura dedicata che ha la funzione di garantire assistenza efficace ed efficiente a pazienti con ictus cerebrale acuto si identifica con la Stroke Unit (Unità ospedaliera di trattamento per i pazienti con ictus). Si intende per Stroke Unit un numero di posti letto (minimo 2 pl massimo 8 pl) annoverato all'interno dei letti ordinari della struttura complessa di neurologia a specifica intensità assistenziale e di monitoraggio e non strutture con valenza autonoma.

In coerenza con il modello Hub e Spoke definito dal decreto 9/2015 sono previsti due livelli di Stroke Unit:

SU di I LIVELLO

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura per la maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura;

² Monitor n. 27 Agenas

- Un neurologo dedicato;
- Personale infermieristico dedicato;
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo;
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- Terapia fibrinolitica endovenosa;
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- Disponibilità h.24 di TC cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM;
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler TSA ed ecocardiografia;
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito), con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

La Stroke Unit di I livello deve trattare almeno 400 casi/anno.

SU di II LIVELLO

Le Stroke Unit di II livello, oltre a quanto previsto per le SU di I livello, devono garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24;
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione;
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24;
- Neurochirurgia h.24;
- Chirurgia vascolare h.24;
- Angiografia cerebrale;
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico;
- Embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza);
- Craniotomia decompressiva;
- Clipping degli aneurismi.

La Stroke Unit di I livello deve trattare almeno 500 casi/anno.

1.4.1.2 Organizzazione della rete per livelli di intensità

La rete ospedaliera per la gestione dello stroke quale patologia complessa tempo-dipendente, articolata sulla base dei Parametri previsti per l'articolazione della Rete Ospedaliera e dell'emergenza urgenza di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015, considera le seguenti tipologie di nodi di rete:

- Centri Hub sede di DEA di II Livello e di Stroke Unit di II Livello;
- Centri Spoke sede di DEA di I livello, con Stroke Unit di I Livello.

Tabella 7: Individuazione dei centri HUB & SPOKE

AREA NORD	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
HUB AO Annunziata	
	Spoke Castrovillari
	SPOKE Corigliano
	SPOKE Cetraro
AREA CENTRO	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Pugliese (CZ) con integrazione funzionale per la neuroradiologia interventistica con AOU Mater Domini	
	Spoke Crotone (KR)
	Spoke Jazzolino (VV)
AREA SUD	
HUB	HUB e SPOKE
con SU di II Livello	con SU di I Livello
Hub AO Bianchi-Melacrino (RC)	
	Spoke Locri (RC)
	Spoke Polistena (RC)

Tabella 8: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. DI COSENZA	COSENZA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	10	✓			
SPOKE	P.O. ROSSANO- CORIGLIANO	CORIGLIANO	10				
SPOKE	P.O. DI CETRARO - PAOLA	CETRARO	10				

Tabella 9: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Centro

AREA CENTRO							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. PUGLIESE-DE LELLIS*(1)	CATANZARO	20		✓	20	✓
SPOKE	CROTONE*(2)	CROTONE	10	✓			
SPOKE	P.O. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	15	✓			

*(1) Con Integrazione funzionale con AOU Mater Domini per neuroradiologia interventistica.

Tabella 10: Posti letto dei centri HUB & SPOKE Area Sud

AREA SUD							
Tipo Azienda	Denominazione	Comune	PL NEUROLOGIA	PL STROKE UNIT I LIV.	PL STROKE UNIT II LIV.	PL NEURO-CHIRURGIA	PL NEURO-RADIOLOGIA
HUB	A.O. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	REGGIO CALABRIA	20		✓	20	✓
SPOKE	OSP.CIVILE LOCRI	LOCRI	13	✓			
SPOKE	P.O. SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	10	✓			

Al fine individuare i tempi medi di percorrenza tra le diverse aree del territorio regionale, per la costruzione della matrice a due vie (Tabella 11) si è considerata, come riferimento topologico, l'ubicazione di:

- Hub
- Spoke
- Ospedale generale
- Ospedale di zona montana

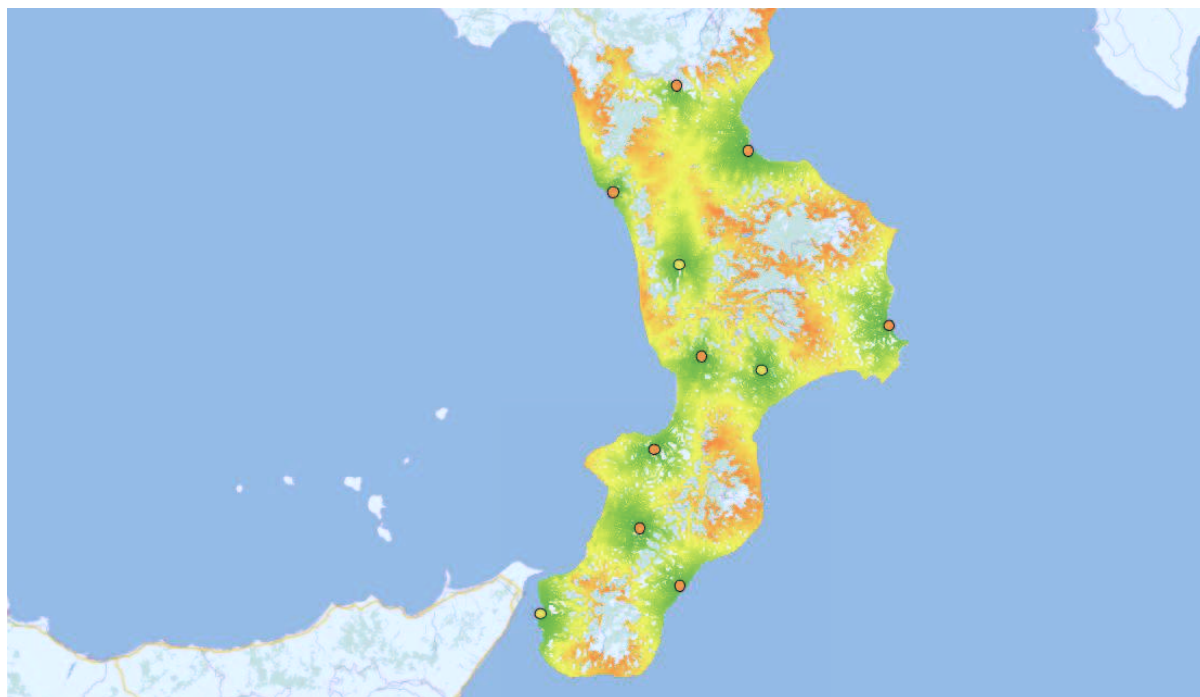
come proxy per la determinazione dei tempi che intercorrono tra i diversi centri focali in Regione.

Tabella 11: Tempi medi di percorrenza (minuti) tra i diversi centri focali di Regione Calabria

	AREA NORD					AREA CENTRO							AREA SUD						
	AO ANNUNZIATA (CS)	PO CASTROVILLARI (CS)	PO CORIGLIANO/ROSSANO (CS)	PO CETRARO/PAOLA (CS)	PO S. GIOVANNI IN FIORE (CS)	PO ACRÌ (CS)	PO CROTONE (KR)	AO PUGLIESE (CZ)	PO LAMEZIA TERME (CZ)	PO SOVERATO (CZ)	PO SOVERIA MANNELLI (CZ)	PO VIBO VALENTIA (VV)	PO TROPEA (VV)	PO SERRA SAN BRUNO (VV)	AO BIANCHI-MELACRINO (RC)	PO POLISTENA (RC)	PO LOCRI (RC)	PO MELITO PORTO SALVO (RC)	PO GIOIA TAURO (RC)
1 AO ANNUNZIATA (CS)		54	78	66	73	54	120	81	57	97	59	79	116	111	139	104	148	175	105
2 PO CASTROVILLARI (CS)	54		58	79	127	72	168	124	99	139	102	121	156	154	181	146	191	218	148
2 PO CORIGLIANO/ROSSANO (CS)	78	58		105	108	54	133	145	120	160	123	142	180	175	202	167	212	239	169
2 PO CETRARO/PAOLA (CS)	66	79	105		134	94	181	124	99	139	112	121	158	153	181	146	190	217	147
4 PO S. GIOVANNI IN FIORE (CS)	73	127	108	134		92	68	103	121	138	85	143	180	175	203	168	229	240	169
4 PO ACRÌ (CS)	54	72	54	94	92		134	122	97	138	100	119	157	152	179	145	189	216	146
2 PO CROTONE (KR)	120	168	133	181	68	134		89	107	100	138	134	170	174	194	159	190	230	160
1 AO PUGLIESE (CZ)	81	124	145	124	103	122	89		38	42	68	64	101	98	124	89	132	161	91
2 PO LAMEZIA TERME (CZ)	57	99	120	99	121	97	107	38		54	57	40	76	73	100	65	110	137	67
3 PO SOVERATO (CZ)	97	139	160	139	138	138	100	42	54		85	81	116	51	150	105	98	180	117
4 PO SOVERIA MANNELLI (CZ)	59	102	123	112	85	100	138	68	57	85		95	132	128	155	121	173	192	122
2 PO VIBO VALENTIA (VV)	79	121	142	121	143	119	134	64	40	81	95		48	61	85	50	95	122	52
3 PO TROPEA (VV)	116	156	180	158	180	157	170	101	76	116	132	48		105	113	77	122	149	74
4 PO SERRA SAN BRUNO (VV)	111	154	175	153	175	152	174	98	73	51	128	61	105		105	71	102	141	71
1 AO BIANCHI-MELACRINO (RC)	139	181	202	181	203	179	194	124	100	150	155	85	113	105		67	111	49	54
2 PO POLISTENA (RC)	104	146	167	146	168	145	159	89	65	105	121	50	77	71	67		50	96	29
2 PO LOCRI (RC)	148	191	212	190	229	189	190	132	110	98	173	95	122	102	111	50		91	70
3 PO MELITO PORTO SALVO (RC)	175	218	239	217	240	216	230	161	137	180	192	122	149	141	49	96	91		90
3 PO GIOIA TAURO (RC)	105	148	169	147	169	146	160	91	67	117	122	52	74	71	54	29	70	90	

1 = Hub; 2 = Spoke; 3 = Ospedale generale; 4 = Ospedale di zona montana

Figura 1 Rete Hub e Spoke ICTUS - Tempi di percorrenza 30 - 60 minuti



La copertura a 1 ora della rete ictus così come disegnata risulta essere sufficiente tenendo conto che la terapia fibrinolitica in caso di ictus ischemico e/o chirurgica o neuroradiologica in caso di ictus emorragico considera una finestra di tre ore.

E' evidente che per le aree allo stato non coperte, peraltro a bassa intensità abitativa, sarà programmata la corretta tempistica sulla base delle distribuzioni territoriali adeguatamente diffuse delle rete 118 ed ancor più, accorciando ulteriormente i tempi, a definizione e realizzazione della rete delle piattaforme di elisuperficie ad utilizzo notturno.

1.5 Indicatori di carattere generale per la gestione dello Stroke

Fase Pre Ospedaliera

È necessario che la gestione del paziente con ictus preveda il trasporto primario verso il nodo della rete che maggiormente risponde alle necessità cliniche e assistenziali o comunque in un presidio ospedaliero provvisto di TAC. Infatti, la diagnosi dirimente tra ictus ischemico e ictus emorragico, può essere fatta solo con l'ausilio della tomografia assiale computerizzata. Ai fini dell'allocazione dei pazienti così diagnosticati verso un centro Hub (in caso di necessità di rescue o di ictus emorragico che necessita di intervento neurochirurgico e/o neuroradiologico) è assolutamente indispensabile l'attivazione della trasmissione di immagini e l'acquisizione dei trasporti secondari urgenti in carico al 118.

Nella fase preospedaliera la Centrale Operativa SUEM 118 riveste un ruolo fondamentale nella ricezione dell'allarme sanitario poiché deve:

- riconoscere i segni di un ictus cerebrale attraverso le domande telefoniche strutturate (Cincinnati Prehospital Stroke Scale e FAST Scale);
- rilevare l'età del paziente e il momento di insorgenza dell'ictus, in modo da prevedere o eventualmente escludere la possibilità di praticare una trombolisi.

L'equipe del 118 deve:

- raccogliere un'anamnesi più accurata sull'ora di insorgenza, sulle patologie concomitanti, sull'uso di farmaci e su eventuali traumi;
- eseguire l'inquadramento diagnostico con particolare attenzione alle diagnosi differenziali (ipoglicemia e crisi epilettiche in particolare);
- prestare le prime cure (evitando, salvo casi particolari, sedativi o benzodiazepine in caso di crisi epilettica già risolta, ipotensivi, ipoglicemizzanti, liquidi in eccesso etc.);
- interagire con la Centrale Operativa al fine di indirizzare il paziente con ictus verso il nodo della rete che meglio risponde alle condizioni cliniche del paziente, considerando, in caso di indicazione alla eventuale trombolisi, il trasporto alla Struttura Ospedaliera che può garantirla, previa naturalmente diagnosi radiologica.

Da un punto di vista operativo emergono le seguenti criticità da affrontare:

- insufficiente coscienza nella popolazione del fatto che l'ictus è un'emergenza medica, alla pari dell'infarto miocardico, e che è necessario recarsi immediatamente in ospedale, meglio chiamando il 118.

E' necessario prevedere una campagna d'informazione capillare al fine di evitare che gran parte degli ictus giungano in ospedale con mezzi propri.

- Carezza di modelli di intervento condivisi con il 118.

Successivamente alla articolazione della rete dei centri che praticano la trombolisi è necessario che il 118:

- stabilisca i protocolli con i DEA e i relativi bacini territoriali di riferimento di ogni centro;
- operi una selezione telefonica dei casi eleggibili (età, tempi di insorgenza dei sintomi, comorbidità);
- allerti via radio il DEA di competenza;
- stabilisca protocolli operativi con gli ospedali privi di TAC o di stroke unit o di neurologia per il trasporto secondario in emergenza ai centri di competenza;
- analogamente stabilisca con le Stroke Unit e con i relativi DEA i protocolli per il trasporto secondario ai centri di II livello (neurochirurgia, neuroradiologia interventistica).

Fase Ospedaliera

Il modello organizzativo definito nel presente percorso necessita di un periodo di adeguamento e formazione delle strutture deputate alla cura dell'ictus e relative alle autorizzazioni per il trattamento con trombolisi.

Successivamente alla articolazione della rete dei centri previsti, nei pronto soccorsi dovrà essere stabilito un percorso per lo Stroke predefinito che possa portare il paziente ad essere trattato con la trombolisi, quando indicata, entro le tre ore dall'esordio dei sintomi, e non oltre i 270 minuti secondo la indicazioni derivanti dall'ECAS III e dal SITS – ISTR.

E' necessario allertare il medico esperto nel trattamento dell' ictus (neurologo o internista) all'arrivo del paziente in caso di autopresentazione o allertare lo stesso se sono disponibili le informazioni, in caso di arrivo attraverso il SUEM 118.

Deve essere effettuata una valutazione generale immediata entro 10 minuti dalla presa in carico e, reperite le informazioni anamnestiche necessarie, si procede alla esecuzione dell'ECG, prelievo per esami ematici e valutazione neurologica da parte del neurologo o medico esperto focalizzata sul livello di coscienza (Glasgow Coma Scale) e gravità dell'ictus (NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale). Si procede alla esecuzione della TAC senza contrasto da eseguire entro 25 minuti dall'arrivo. Se la TAC è positiva per emorragia si valuta, contattando il neurochirurgo del centro Hub di riferimento, l'eventuale trasferimento del paziente. Se la TAC è negativa per emorragia, il neurologo o medico esperto valuta i criteri di inclusione/esclusione per la terapia trombolitica e procede comunque al ricovero del paziente.

La gestione della fase ospedaliera dell'ictus è basata sul modello organizzativo Hub e Spoke.

Assistenza riabilitativa

In un successivo documento dovrà essere definita l'articolazione delle strutture di riabilitazione ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete".

L'avvio precoce degli interventi riabilitativi diminuisce l'incidenza dell'invalidità e dei deficit residui post-ictus. Pertanto, è necessario che venga garantita precocità e continuità nell'intervento riabilitativo intensivo, e che vengano individuati i bisogni riabilitativi per la prosecuzione della terapia riabilitativa domiciliare, ambulatoriale o con invio in struttura residenziale dedicata.

1.6 Prossime azioni da svolgere

- I Coordinamenti di Area con il Coordinamento Regionale, già istituiti con DDG n. 4612 del 15/5/2015, hanno predisposto il PDTA per l'ictus ischemico nella Regione Calabria, approvato con DCA n. 12 del 2 aprile 2015;
- Autorizzazione da parte della Regione dei centri deputati alla pratica della trombolisi entro il 31 dicembre 2016, previa certificazione da parte dei Direttori Generali della sussistenza dei requisiti;
- Approvazione da parte del Dipartimento Tutela della Salute di protocolli condivisi con i responsabili del 118 e i referenti dei nodi della rete per la gestione preospedaliera e ospedaliera dell'ictus e per il trasporto secondario ai centri di competenza entro il 30 giugno 2017;
- Avvio di una campagna d'informazione capillare finalizzata ad evitare che gran parte degli ictus giungano in ospedale con mezzi propri entro il 31 dicembre 2017;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle postacuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete", entro il 31 dicembre 2016.

1.7 Monitoraggio

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.



Allegato 6

Rete politrauma

Sommario

1	Rete Politrauma	3
1.1	Introduzione	3
1.2	Sistema integrato per l'assistenza al trauma - SIAT	3
1.3	Analisi della Domanda e dell'Offerta	5
1.4	Organizzazione della rete	6
1.4.1	Requisiti dei nodi della rete	6
1.4.2	Individuazione dei nodi della rete	8
1.4.3	Funzioni dei nodi della Rete	10
1.5	Considerazioni per la realizzazione operativa della rete	13
1.6	Rete delle Strutture per la Riabilitazione	16
1.7	Protocolli di trasferimento	16
1.8	Considerazioni clinico organizzative	17
1.9	Prossime azioni da svolgere	18
1.10	Monitoraggio	19

1 Rete Politrauma

1.1 Introduzione

Per trauma si intende l'applicazione dall'esterno sull'organismo di un'energia tale da determinare lesioni agli organi ed apparati. Il trauma nei Paesi occidentali è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori e la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni e, poiché interessa prevalentemente le fasce di popolazione attiva, costituisce un enorme costo sociale. Inoltre in molti traumatizzati residuano condizioni invalidanti che aggravano ulteriormente le sequele negative sia sul piano umano che economico per il paziente ed i suoi familiari. La Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità su indicazione del Ministro della Salute ha esaminato in un documento del luglio 2004 la problematica dell'assistenza al trauma maggiore, individuando le seguenti condizioni al fine di garantire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso:

- La necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- La capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
- L'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente);
- La connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati alla riabilitazione.

Questi aspetti sono già stati affrontati nell'ambito dell'accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 4 aprile 2002 sulle linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni, che ha individuato la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite Centri Trauma o Trauma Centers e sui Centri di Riabilitazione.

Il Centro Traumi può essere organizzato secondo il modello di un'unità operativa funzionale ed interdisciplinare all'interno di un Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di un Ospedale (*trauma team o trauma service*), con funzioni di coordinamento delle varie competenze specialistiche che, pur mantenendo l'appartenenza alle singole unità operative, quando necessario, convergono e vengono finalizzate alla gestione del traumatizzato secondo protocolli prestabiliti e condivisi. La vittima di un trauma maggiore si giova non solo di una gestione multidisciplinare in urgenza/emergenza volta al trattamento delle lesioni prodotte dal trauma, ma anche di una tempestiva presa in carico da parte degli Specialisti di Riabilitazione che deve iniziare già in fase acuta con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale, finalizzato al recupero del grado di funzione il più elevato possibile. L'introduzione nel Trauma Team degli specialisti di riabilitazione consente la valutazione precoce dei pazienti destinati ad un percorso riabilitativo e la messa in atto immediata di provvedimenti che favoriscono il successivo recupero funzionale.

1.2 Sistema integrato per l'assistenza al trauma - SIAT

Le esperienze condotte negli Stati Uniti, in Canada e negli altri Paesi europei hanno dimostrato che l'istituzione di sistemi integrati di assistenza ai soggetti colpiti da trauma denominati Trauma System o Sistema integrato per l'assistenza al trauma SIAT consentono una riduzione dei decessi evitabili per trauma. La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con trauma maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto. **Si definisce trauma maggiore un evento in grado di determinare lesioni mono o poli distrettuali tali da causare almeno in un settore un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente.** Tali condizioni vengono definite sulla base di un valore superiore a 15 del punteggio anatomico Injury Severity Score (ISS).

I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre-ospedalieri di severità, possono afferire all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT. Se, a seguito della valutazione medica, tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118).

Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori. Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di Centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

In caso di impossibilità al controllo ed al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro trauma per la stabilizzazione iniziale per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio-respiratoria (Centralizzazione secondaria utilizzando la Centrale Operativa 118 di competenza che dovrà essere adeguatamente dotata delle risorse per la gestione diretta dei Trasporti Secondari Urgenti, avvalendosi della rete per la trasmissione di immagini e dati).

I concetti di centralizzazione e di inclusività sono strettamente correlati alla possibilità di:

- attivare un rapporto di collaborazione, tra le strutture, per l'assistenza al paziente critico al fine di intervenire tempestivamente ed efficacemente evitando la congestione solo dei centri a elevata intensità di cure;
- uso della telemedicina che consente la rapidità di trasferimento delle immagini tra strutture per formulare la diagnosi precisa e decidere il percorso assistenziale migliore;
- Implementazione sul sistema 118 della gestione dei trasporti secondari urgenti;
- introduzione sistematica dell'Audit clinico quale mezzo per implementare le linee guida e per verificare l'attività svolta tra i professionisti dei diversi centri (propedeutico all'istituzione del Trauma Registry Regionale in accordo con i flussi informativi ministeriali).

Il principio operativo di centralizzazione permette non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche (con quindi evidente contenimento dei costi del sistema), ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari. Qualora i volumi di attività lo richiedano, il CTS (Centro Traumi ad alta Specializzazione) funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete: CTZ (Centro Traumi di Zona) PST (Presidi di Pronto Soccorso per Traumi).

Il CTS, per il suo ruolo specialistico, deve sempre avere a disposizione letti in area critica per accettare i pazienti provenienti da tutto il SIAT, che richiedano le sue attrezzature e competenze. È quindi indispensabile che vengano predisposti protocolli concordati di trasferimento in uscita dalle terapie intensive del CTS verso terapie intensive-subintensive di altri CTZ della rete, proponibili per pazienti che hanno superato la fase acuta e che necessitano di trattamenti erogabili anche in sedi diverse dal CTS.

È evidente che qualora i volumi di attività non siano tali da consentire la individuazione di un CTS, (come sembra essere per la Regione Calabria) è necessario, almeno per quelle specialità che richiedono un bacino di utenza più ampio della Regione stessa, individuare fuori regione, con appositi accordi inter regionali e attraverso specifici protocolli attuativi per tempestivo trasferimento, uno o più centri CTS come target per i pazienti che rispondono ai requisiti di complessità non gestibili nei CTZ.

Bisogna tener presente che la gestione efficace del trauma maggiore prevede un riconoscimento rapido e tempestivo a partire dal momento stesso dell'evento della causa che lo ha provocato. Pertanto è necessario

che gli operatori sanitari che operano in emergenza sul territorio utilizzino la definizione di trauma maggiore su indicata. Poiché l'ISS non può essere calcolato in sede pre-ospedaliera, vengono convenzionalmente considerati colpiti da evento traumatico maggiore i pazienti che presentano, sul campo, almeno uno dei seguenti criteri di selezione (triage):

- **alterazione delle funzioni vitali:** pressione sistolica < 90 mmHg, alterazione della coscienza (Glasgow Coma Scale < 14), frequenza respiratoria > 29 o < 10 (Revised Trauma Score < 11);
- **anatomia della lesione:** ferite penetranti di testa, collo, torace, addome, arti prossimali a livello del gomito o ginocchio; lembo toracico mobile; sospetto clinico di frattura di bacino o di due o più ossa lunghe prossimali; paralisi di un arto; amputazione prossimale a polso o caviglia; associazione lesione traumatica con ustione di 2° o 3°;
- **indicatore di alta energia:** eiezione da veicolo, morte di un occupante del veicolo, caduta oltre cinque metri, investimento auto-pedone o auto-ciclista, rotolamento del veicolo, estricazione > 20 minuti, caduta di motociclista con separazione dal mezzo, alta velocità (deformazione esterna > 60 cm, intrusione > 40 cm, strada extraurbana o velocità > 40 km/h, abbattimento di ostacolo fisso);
- **traumi avvenuti in soggetti a rischio** per età (età < 5 > 55 anni), patologia cronica pre-esistente nota o evidente, gravidanza nota o evidente.

Nella maggior parte dei casi i pazienti traumatizzati gravi hanno un trauma cerebrale e/o midollare (Pagliacci, 2003), in questi casi i pazienti devono essere trasferiti in neurochirurgia e curati prima che vadano in coma. Questo spiega il **ruolo principale della neurochirurgia** all'interno di sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi (Sistema integrato per l'assistenza al trauma - SIAT).

La modulazione dell'assistenza secondo livelli di complessità, con centralizzazione dei casi più complessi in poche sedi, favorisce l'efficienza del sistema e presuppone l'esistenza di un percorso clinico assistenziale nell'emergenza (Pcae) per il paziente con trauma grave che consenta un riconoscimento tempestivo a partire dal momento stesso dell'evento che lo ha provocato. Per garantire una tempestiva presa in carico da parte del CTZ, devono essere previsti protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico.

Come già accennato, deve essere previsto tempestivo collegamento trasmissione di dati e immagini in tempo reale corredato di relativo protocollo per i PDTA con i CTS fuori regione individuati per quelle specialità sovra regionali quali, ad esempio, Centro Grandi Ustionati, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

È necessario inoltre ricordare che il modello così configurato deve assicurare anche l'integrazione con le Strutture di riabilitazione in modo da garantire con tempestività sia la precoce riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato nella fase del ricovero in acuzie che la successiva presa in carico, in rapporto alla situazione clinica del paziente, da parte delle strutture che operano nella fase post-acuta (Unità di risveglio, Unità spinali, U.O. di Riabilitazione).

1.3 Analisi della Domanda e dell'Offerta

I dati epidemiologici riferiti alla realtà nazionale stimano il numero di traumatizzati gravi che giunge vivo in ospedale in circa 300 casi/milione/anno pari quindi a circa 600 casi/anno in Calabria.

Nel 2012 sono stati documentati dal sistema informativo della Regione Calabria, nel capitolo di diagnosi traumatismi e avvelenamenti, n. 23.814 episodi di ricovero a carico di residenti (inclusa la mobilità passiva), Di questi n. 7.635 nell'Area Nord, n. 8.831 nell'Area Centro (Crotona, Catanzaro, Vibo Valentia), n. 7.348 nell'Area Sud.

Dei 23.814 traumatismi registrati nelle SDO 2012, i pazienti che hanno necessitato di ricovero in Terapia Intensiva sono stati n. 354 (di cui 5 pazienti con diagnosi di ustione maggiore). La casistica non giustifica un CTS regionale dedicato.

Nelle due tabelle seguenti sono riportati i dati dei posti letto per disciplina presenti ad oggi in Regione Calabria.

Tabella 1: Tipologia di area di emergenza (PS/DEA) e dotazione di PL di neurochirurgia, rianimazione/terapia intensiva, ortopedia/traumatologia, chirurgia generale per Area e per singolo Presidio ad oggi presenti.

AREA	Azienda	DEA/PS	PL Neuro chirurgia	PL Terapia Intensiva	PL Ortopedia	PL Chirurgia generale
Nord	AO Cosenza	DEA II Liv	20	17	30	50
	Castrovillari	DEA I Liv.		10	20	30
	Rossano Corigliano	DEA I Liv.		10	10	40
	Cetraro Paola	DEA I Liv.		10	30	40
Centro	AO Catanzaro	DEA II Liv.	20	10	30	30
	Crotone	DEA I Liv.		10	30	30
	Lamezia Terme	DEA I Liv.		12	30	20
	Iazzolino	DEA I Liv.		6	20	20
	Soverato	PS			10	20
	Tropea	PS			10	10
Sud	AO Reggio Calabria	DEA II Liv.	20	14	30	30
	Locri	DEA I Liv.		13	20	30
	Polistena	DEA I Liv.		12	20	20
	Gioia Tauro	PS			10	20
	Melito Porto Salvo	PS			10	15
Totale			60	124	310	405

Ad integrazione della rete operano le strutture private con U.O. di Ortopedia per le fratture del femore con obbligo di copertura delle urgenze nelle 12 h (diurno).

Tabella 2: Posti letto di Ortopedia.

AREA	Azienda	PL Ortopedia
Nord	Casa di Cura Cascini ☒ Belvedere Marittimo	22
	Casa di Cura Scarnati - Cosenza	33
Centro	Casa di Cura Villa del Sole - Catanzaro	33
	Casa di Cura Villa Michelino - Lamezia Terme	22
Sud	Casa di Cura Villa Caminiti ☒ Villa San Giovanni	11
	Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia ☒ Reggio Calabria	77
Totale		198

1.4 Organizzazione della rete

1.4.1 Requisiti dei nodi della rete

HUB : Centro traumi di zona (CTZ). Si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce H24, il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità, in modalità H24. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma;
- Area attrezzata di accettazione (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie;

- Chirurgia generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Medicina d'urgenza;
- Ortopedia;
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT;
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale;
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato;
- Neurochirurgia.

Centro regionale Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000 - 4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più regioni.

Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici;
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze;
- Sale operatorie H24;
- Attivazione della Damage Control Surgery H24;
- Medicina d'urgenza;
- Chirurgia Generale e d'urgenza;
- Anestesia-Rianimazione;
- Rianimazione pediatrica laddove prevista l'accettazione pediatrica;
- Ortopedia;
- Neurochirurgia;
- Radiologia con possibilità interventistica;
- Laboratorio e Centro trasfusionale.

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

Spoke: Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST). Si colloca in un ospedale con Pronto soccorso generale e garantisce il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni con instabilità cardiorespiratoria prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore.

1.4.2 Individuazione dei nodi della rete

Sulla base delle analisi effettuate, degli standard di riferimento del Consiglio Superiore di Sanità e del Regolamento nazionale, viene previsto un collegamento con uno o più CTS extra regionali per le funzioni ad amplissimo bacino di utenza come definito dagli standard. Inoltre sono individuati CTZ (Hub) nell'AO di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria che soddisfano il requisito di DEA II livello e garantiscono una maggior copertura del territorio con una riduzione di trasferimenti secondari e dei tempi di percorrenza.

Tale articolazione si basa sul modello di rete integrata "Hub e Spoke" definita dal DPGR 18/2010 e dal DCA n. 9/2015, che prevedono la concentrazione della casistica più complessa in numero tre centri (HUB) fortemente integrati con i centri periferici (SPOKE).

La collocazione regionale dei 8 PST (Spoke) risponde ad un criterio di volume minimo di attività rispetto agli accessi totali in PS e a quelli per trauma grave, previo possesso dei requisiti specifici riportati al paragrafo "Requisiti dei nodi della rete".

Fermo restando che i CTZ devono sempre garantire il trattamento del paziente con trauma grave, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto nell'area intensiva, risulta funzionale alla rete l'attivazione di un sistema regionale di rilevazione in tempo reale dell'effettiva disponibilità dei posti letto specialistici (quali ad esempio T.I., Rianimazione, Neurochirurgia) che comunque deve essere a disposizione del 118 e deve valere per tutte le reti per le patologie complesse.

Va promosso l'uso della telemedicina da PST ai CTZ e da questi verso CTS individuati al fine di formulare una diagnosi precisa ed il percorso assistenziale migliore per il paziente.

La proposta di rete si riferisce agli adulti (età > 15 anni), gli ospedali Hub per la gestione del trauma in età pediatrica (età uguale o inferiore a 14 anni) devono essere gli stessi CTZ di riferimento per l'adulto con l'utilizzo delle stesse risorse umane e strumentali integrate da valenze specifiche.

Di seguito sono individuati i nodi della rete suddivisi per area.

Tabella 3: Centri HUB & SPOKE Area Nord

AREA NORD			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Cosenza AO</u>			
			S. Giovanni in Fiore
			Acri
	<u>Castrovillari</u>		
	<u>Rossano /Corigliano</u> Unico presidio con due strutture		
	<u>Cetraro /Paola</u> Unico presidio con due strutture		

Tabella 4: Centri HUB & SPOKE Area Centro

AREA CENTRO			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS Semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Catanzaro Pugliese Ciaccio</u>			
<u>AO Mater Domini</u> (solo per le funzioni ad integrazione funzionale)			
		Soverato	
	<u>Lamezia Terme</u>		
			Soveria Mannelli
	<u>Crotone</u>		
	<u>Vibo Valentia</u>		
		Tropea	
			Serra S. Bruno

Tabella 5: Centri HUB & SPOKE Area Sud

AREA SUD			
Hub CTZ	Spoke PTS	Ospedale Generale PS semplice	Ospedale di zona montana PS Zona Montana
<u>Reggio Calabria</u>			
		Melito Porto Salvo	
	<u>Polistena</u>		
		Gioia Tauro	
	<u>Locri</u>		

Nelle due tabelle seguenti sono inoltre riportati i dati dei posti letto per disciplina che costituiranno la rete politrauma.

Tabella 6: Tipologia di area di emergenza (PS/DEA) e dotazione di PL di neurochirurgia, rianimazione/terapia intensiva, ortopedia/traumatologia, chirurgia generale per Area e per singolo Presidio.

AREA	Azienda	DEA/PS	PL Neuro chirurgia	PL Terapia Intensiva	PL Ortopedia	PL Chirurgia generale
Nord	AO Cosenza	DEA II Liv	20	17	30	50
	Castrovillari	DEA I Liv.	-	10	20	30
	Rossano Corigliano	DEA I Liv.	-	10	10	40
	Cetraro Paola	DEA I Liv.	-	10	30	40
Centro	AO Catanzaro	DEA II Liv.	20	16	30	38
	Crotone	DEA I Liv.	-	10	30	30
	Lamezia Terme	DEA I Liv.	-	12	30	20
	Iazzolino	DEA I Liv.	-	6	20	20
	Soverato	PS	-	-	10	20
	Tropea	PS	-	-	10	10
Sud	AO Reggio Calabria	DEA II Liv.	20	14	30	30
	Locri	DEA I Liv.	-	13	20	30
	Polistena	DEA I Liv.	-	12	20	20
	Gioia Tauro	PS	-	-	-	20
	Melito Porto Salvo	PS	-	-	20	20
Totale			60	130	310	418

Ad integrazione della rete operano le strutture private con U.O. di Ortopedia per le fratture del femore con obbligo di copertura delle urgenze nelle 12 h (diurno).

Tabella 7: Posti letto di Ortopedia.

AREA	Azienda	PL Ortopedia
Nord	Casa di Cura Cascini ☒ Belvedere Marittimo	22
	Casa di Cura Scarnati - Cosenza	33
Centro	Casa di Cura Villa del Sole - Catanzaro	33
	Casa di Cura Villa Michelino - Lamezia Terme	22
Sud	Casa di Cura Villa Caminiti ☒ Villa San Giovanni	11
	Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia ☒ Reggio Calabria	77
Totale		198

1.4.3 Funzioni dei nodi della Rete

1.4.3.1 Funzioni dei CTZ (Centri Traumi di Zona)

Nel *Centro Traumi di Zona (C.T.Z.)*, dotato di un Team dedicato (*trauma team*) gestito dalla figura professionale di maggiore competenza specifica (*leader*), sono disponibili tutte le risorse organizzative e strutturali necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni, tranne quelle relative alle funzioni attribuite per specifica complessità al CTS extra regionale.

Le funzioni coincidono con i Centri Hub e possono essere erogate da un unico presidio ospedaliero o da diversi presidi integrati funzionalmente al fine di garantire le funzioni previste.

☐ Ospedale deve essere comunque dotato delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità:

- Anestesia e Rianimazione

- Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza
- Chirurgia Generale e d'urgenza
- Neurochirurgia
- Ortopedia
- Neurologia
- Urologia
- Nefrologia con dialisi

Funzioni di:

- Chirurgia Vascolare
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Endoscopia digestiva e Broncoscopia

Devono essere presenti o disponibili H 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio d'urgenza, Servizio Immunotrasfusionale.

Il P.S. del Centro HUB deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione del bacino di riferimento salvo alcune funzioni particolarmente specifiche che sono svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni in collegamento con Centri sovra regionali).

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento della rete integrata traumatologica, in armonia con la rete Hub e Spoke (CTZ e PTS) e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente interospedaliero protetto del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli Hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

1.4.3.2 Funzioni di P.S.T. (Presidio di Pronto Soccorso per Traumi)

Il Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (P.S.T.), presente nei centri Spoke o Dea di I livello, deve essere in grado di garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni potenzialmente pericolose per la sopravvivenza e determinanti instabilità prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore (D.E.A. di II° livello o centro Hub).

Su questa articolazione devono essere previsti protocolli di gestione del paziente nelle singole tappe del percorso che contemplino la trasmissione di immagini e dati per ciascuna tipologia di trauma, specie per quelli che richiedono trasferimenti secondari, sia nella fase di stabilizzazione sia nella fase di necessaria riaccoglienza

qualora sia terminato il trattamento acuto nel C.T.Z. o nei CTS secondo gli specifici protocolli per gli eventuali casi di competenza.

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di Spoke deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente politraumatizzato, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro HUB (CTZ), secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un Presidio Ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza, che agiscono con modalità interdisciplinari di lavoro tipiche del trauma team gestito dalla figura professionale di maggiore competenza specifica (leader). L'ospedale deve essere, di norma, dotato di Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di G.A. (guardia attiva) o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o nel caso in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

Il bacino d'utenza previsto è quello di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015.

1.4.3.3 Funzioni di Pronto Soccorso semplice

Il Pronto Soccorso Semplice (P.S.) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente traumatizzato secondo protocolli definiti con i centri HUB e SPOKE (CTZ e PTS), di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro SPOKE o HUB di riferimento, oppure direttamente al CTS di competenza se del caso secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

Devono essere funzionanti 24 ore, anche in rete, i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile). Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al pronto soccorso superiore a 20.000 unità. È ubicato in una struttura appartenente alla rete ospedaliera, dotata di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, e servizi come sopra specificati e prevede la pronta disponibilità anche di multi presidio (eventualmente in collegamento con lo spoke di riferimento) e la guardia attiva secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

Il bacino d'utenza previsto è quello di cui al DPGR n. 18/2010 e al DCA n. 9/2015.

1.4.3.4 Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'ospedale di Zona Montana

Il Pronto Soccorso di base di Zona Montana deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente traumatizzato secondo protocolli definiti con i centri CTZ, oppure di trasferimento urgente al centro CTZ o PTS di riferimento, secondo protocolli concordati.

Come servizi diagnostici è prevista la radiologia con trasmissione di immagine collegata alle radiologie del centro SPOKE (DEA I) o Hub (DEA II) di riferimento, laboratorio con apparati per analisi fast in pronto soccorso e gestiti dal pronto soccorso stesso, la presenza di una emoteca.

1.5 Considerazioni per la realizzazione operativa della rete

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS di base, PS dell'Ospedale di Zona Montana, PPI (di cui è comunque prevista la soppressione in tempi brevi) ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata con i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI (di cui è comunque prevista la soppressione in tempi brevi) e delle postazioni di ambulanza dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti e secondari urgenti. È necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti inter-ospedalieri organizzata e gestita dal 118 in relazione alle necessità dei PS e PPI e in accordo con i centri HUB e SPOKE e i CTS extra regionali individuati riceventi, deve comunque ottimizzare il percorso del paziente sulla base di protocolli condivisi.

È altresì necessaria la definizione di precisi protocolli, che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza, al fine di garantire la recettività dei CTZ.

I PST, i PS, i PPI (per i tempi di attività previsti) e l'interazione, attraverso il 118, con la rete della continuità assistenziale sono i centri ideali per il trattamento dei codici traumatici bianchi e verdi (che rappresentano comunque una grande mole di lavoro ambulatoriale prevalentemente a carattere ortopedico).

Va comunque nettamente separata la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, PS di base, Ospedale di Zona Montana, con forte integrazione con i PPI (per i tempi di attività previsti) e quelli per le Cure Primarie (Case della salute)), che pur dialogando tra loro in una totale integrazione tecnologica e protocollare svolgono funzioni totalmente distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non ancora completamente uniforme e di cui deve essere mantenuta rigorosamente in capo al Dipartimento Tutela della Salute la certificazione. Tale formazione ed aggiornamento del personale, va pianificata in accordo alle linee guida sulla gestione del trauma ospedaliero e preospedaliero tra tutte le componenti del sistema (CTZ, PTS e CTS extra regionale).

Di seguito vengono descritte le fasi operative pre ospedaliera e ospedaliera per la gestione del trauma.

Gestione pre ospedaliera del trauma

Scopo della rete per il trauma è quello di fornire al paziente traumatizzato, sin dal primo momento e dal luogo in cui accade l'evento, l'iter più appropriato. Questo significa che il Servizio 118 già in fase preospedaliera deve provvedere attraverso predefiniti protocolli organizzativi operativi e clinici al rispetto dei tempi e delle modalità diagnostico-terapeutiche. A tal fine, con il coordinamento del competente settore del Dipartimento Tutela della Salute, entro il 31 dicembre 2016, i responsabili del servizio 118 della Regione e i referenti dei centri HUB e Spoke dovranno definire un protocollo operativo unico regionale per la gestione del trauma lieve, moderato e grave secondo le linee guida nazionali ed internazionali.

Il paziente con trauma, identificato secondo i predetti criteri, deve essere trattato e trasportato al centro spoke o hub in base alla tipologia e gravità delle lesioni e quindi alla necessità di prestazioni specialistiche appropriate al singolo caso sempre tenendo presente il principio della centralizzazione, cioè della necessità di

trasportare il paziente nella sede di cura definitiva riducendo i passaggi intermedi che prolungano inutilmente i tempi di intervento.

Anche il trasporto secondario da centro spoke o da qualsiasi presidio ospedaliero dovrà essere garantito dal servizio 118, che contatterà il centro HUB di riferimento comunicando l'arrivo del paziente con modalità e tempi appropriati al caso. Il trasporto può avvenire sia mediante autoambulanza che mediante elicottero, secondo le necessità e garantendo la massima sicurezza del paziente.

Si ritiene necessario l'avvio di un sistema di trasmissione immagini, che permetta allo specialista del centro Hub la valutazione dei referti della diagnostica per immagini inoltrati dal Centro Spoke per evitare una centralizzazione impropria verso centri ad alta specialità anche di pazienti gestibili in altra sede.

Nell'attesa dell'arrivo dei mezzi di trasporto il paziente deve essere tenuto costantemente sotto controllo dal personale medico e di assistenza del servizio 118, fino alla fase di ospedalizzazione o dell'ospedale, se già ospedalizzato, per controllare l'eventuale insorgenza di lesioni che possano creare rischi per la vita del paziente stesso e che richiedono un intervento immediato.

Prima del trasporto deve essere assicurata un'adeguata stabilità delle funzioni respiratoria e circolatoria e devono essere controllate tutte le fonti di possibili emorragie.

Deve essere fornita al centro Hub tutta la documentazione clinica e radiologica riguardante l'assistenza preospedaliera e prestata nell'ospedale spoke o altro ospedale. In particolare devono essere fornite le seguenti informazioni:

Fase preospedaliera: tipologia del trauma, parametri fisiologici all'arrivo del mezzo di soccorso, terapia effettuata sul campo.

Fase presso l'ospedale di prima ammissione: parametri fisiologici all'arrivo e al trasferimento, referti di esami diagnostici e di laboratorio e terapia effettuata.

Gestione ospedaliera del trauma

La gestione del trauma in ospedale è un processo di estrema complessità. Un paziente con funzioni vitali critiche deve essere inquadrato dal punto di vista diagnostico e trattato in tempi brevi; un approccio multidisciplinare contemporaneo è di fondamentale importanza per ridurre i tempi e ottimizzare la condotta terapeutica.

Presso gli Hub individuati deve essere istituito un team di gestione del trauma maggiore (trauma team), gestito dalla figura professionale di maggiore competenza specialistica (leader) individuato dal Direttore Generale per coordinare le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione mono o polidistrettuale.

Ogni centro Hub deve prevedere protocolli operativi validati, condivisi dalle diverse figure professionali che intervengono nella gestione del politrauma e periodicamente aggiornati.

La gestione intraospedaliera del trauma prevede l'accoglienza, la valutazione primaria e la stabilizzazione definitiva.

Il paziente giunge tramite servizio 118 al PS dove è già presente il referente del centro spoke o hub precedentemente contattato dallo stesso 118 e che a sua volta, sulla scorta delle informazioni cliniche ricevute, deve allertare le figure professionali di cui potrebbe avere bisogno ed in particolare:

- Il rianimatore;
- Il tecnico di radiologia e il radiologo;
- e in base al contesto clinico, anche il chirurgo generale, ortopedico, ecc.

Le successive fasi di valutazione primaria e stabilizzazione definitiva devono essere condotte dai professionisti secondo i protocolli appositamente predisposti sulla scorta delle linee guida nazionali e internazionali per i vari tipi di traumi e di cui ogni centro spoke e hub, se non ancora presenti, dovrà dotarsi o aggiornare quelli in uso. Al termine della valutazione secondaria il paziente deve essere ricoverato in reparto o condotto in sala operatoria o trasferito nel centro Hub di riferimento, se necessario.

Nel caso il hub non avesse disponibilità di posti letto di rianimazione per il ricovero del paziente traumatizzato, provvederà a liberare un posto letto trasferendo i malati che hanno superato la fase acuta presso un reparto dell'ospedale idoneo al proseguimento del percorso assistenziale. Nel caso in cui il paziente trasferibile richiedesse competenze o tecnologie proprie di una terapia intensiva si cercherà di attuare il trasferimento attivando la rete interna delle terapie intensive.

Al fine di limitare al massimo l'eventualità di carenza di posti letto presso la rianimazione il Hub procederà al più presto possibile al trasferimento presso lo spoke di provenienza dei pazienti stabilizzati o che non necessitano di terapia intensiva specialistica e lo spoke si impegna a rendere questo processo il più celere possibile.

1.6 Rete delle Strutture per la Riabilitazione

In un successivo documento dovrà essere definita l'articolazione delle strutture di riabilitazione ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete".

In particolare, la stesura da parte del Fisiatra della scheda di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) in fase sempre più precoce ha la funzione di identificare il setting riabilitativo più appropriato e di accompagnare il paziente durante i trasferimenti di setting (acuzie-postacuzie, acuzie-territorio, postacuzie-territorio), a garanzia dell'appropriatezza del percorso riabilitativo e della continuità di presa in carico.

È necessario garantire un buon funzionamento dell'area extraospedaliera di continuità assistenziale, in rete con l'area della postacuzie e con i servizi territoriali.

Come indicato nel Piano nazionale di indirizzo per la Riabilitazione, le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale, devono essere erogate presso presidi di alta specialità e vanno ricondotte ad un'integrazione organizzativa che in ambito regionale e nazionale garantisca percorsi dedicati come reti riabilitative per:

- persone affette da mielolesione acquisita attraverso strutture dedicate per la fase acuta e strutture per la gestione delle complicanze della fase stabilizzata;
- persone affette da gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici;
- persone affette da disabilità gravi in età evolutiva;
- persone con turbe neuropsicologiche acquisite.

1.7 Protocolli di trasferimento

L'intervento del Servizio di Emergenza Territoriale 118 nella gestione dei trasporti secondari protetti

Per Trasporto Secondario Protetto si intende il trasferimento assistito di un paziente critico da un ospedale ad un altro per ricovero o esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici urgenti che non possono essere effettuati nell'ospedale richiedente.

Le richieste di Trasporto Secondario che vengono inoltrate alla C.O. 118 da parte dei Presidi Ospedalieri, possono comprendere casi di emergenza/urgenza dovuti a:

- Mancanza di posto letto in Rianimazione/Unità Coronarica/Terapia Intensiva Specialistica/Terapia Intensiva Neonatale;
- Assenza di reparto di Rianimazione/Unità Coronarica/Terapia Intensiva Specialistica/Terapia Intensiva Neonatale;
- Indagine Specialistica/Diagnostica urgente;
- Intervento Specialistico urgente;
- Logistica: intendendosi la necessità di liberare un posto letto per acuti in Rianimazione/Unità Coronarica/Terapia Intensiva Specialistica/Terapia Intensiva Neonatale, avendo in Pronto Soccorso un nuovo paziente critico per il quale non si possa attuare il trasferimento.

Trasporto con elisoccorso

Per quanto riguarda le emergenze che necessitano del trasporto con eliambulanza risulta ad oggi che solo alcuni centri Hub dispongano di un'elisuperficie H24. La normativa vigente specifica che il trasporto in elicottero con adeguato personale ed equipaggiamento per trasferire un paziente critico tra ospedali possa essere preferibile a trasferimenti via terra per distanze superiori a 40 km.

Pertanto per l'elisoccorso gli atti di ridefinizione della rete dovranno prevedere, per le aree afferenti a centri Hub non dotati di elisuperficie, l'identificazione di centri alternativi allorquando la conformazione geografica

del territorio, la presenza o meno di mezzi di soccorso su gomma medicalizzati del Servizio 118 e il livello di complessità delle strutture afferenti la rendessero preferibile al fine di minimizzare i tempi di accesso ai centri di specialità.

1.8 Considerazioni clinico organizzative

Come si evince dalle tabelle dei dati riportati nel capitolo dedicato, ed in particolare dagli andamenti DRG, risultano evidenti alcune sotto categorie di pazienti che richiedono, all'interno della rete trauma, specifici protocolli clinico organizzativi in relazione alla complessità e /o al volume di attività. Di questi si elencano di seguito i più significativi:

Traumi maggiori

Si definisce "trauma maggiore" una condizione caratterizzata da uno o più criteri clinici o situazionali. Tali criteri individuano una classe di pazienti che hanno una alta probabilità di presentare lesioni configurabili come trauma grave (cioè pazienti con un Injury Severity Score > 15). Sulla base di questi orientamenti deve essere concordato e definito apposito protocollo.

Il processo assistenziale al paziente con trauma grave si sviluppa attraverso la successione delle seguenti fasi:

- Soccorso e valutazione extraospedaliera
- Valutazione primaria
- Valutazione secondaria
- Immobilizzazione delle fratture e del rachide in toto
- Rapido e prioritario accesso alla diagnostica successiva
- Rapido e prioritario accesso alla Sala Operatoria
- Rapido e prioritario accesso alla Sala Angiografica

Sulla base di questi orientamenti deve essere concordato e definito apposito protocollo.

Il Trauma Cranico

Il trauma cranico è fra le più importanti patologie traumatiche e rappresenta ancora oggi la principale causa di morte nella popolazione di età al di sotto dei 45 anni. Ogni anno 250 pazienti ogni 100.000 abitanti vengono ricoverati in Italia per trauma cranico. La mortalità è di circa 17 casi per 100.000 abitanti per anno. L'Italia si trova in piena "media" europea considerando l'incidenza media in Europa di 232 casi per 100.000 abitanti/anno e una mortalità di 15 casi per 100.000 abitanti. Le caratteristiche del trauma cranico (oltre all'impatto nosologico) rendono particolarmente importanti la tempestività e la correttezza del soccorso immediato oltre alla sua corretta gestione "nella comunità" che possono avere importanti ripercussioni sull'esito a breve, medio e lungo termine. I rischi di perdita di tempo e di inappropriately dell'assistenza devono essere ridotti al minimo. La "catena" del trattamento del paziente con trauma cranico è, infatti, estremamente complessa e va dall'assistenza nel luogo dell'incidente, al trasporto all'ospedale appropriato, al primo trattamento nell'ospedale "spoke", alla diagnostica specialistica, al trattamento in fase acuta, alla riabilitazione precoce e tardiva. La "debolezza" fino alla "rottura" anche di un solo anello in questa catena è in grado di alterare irrimediabilmente il risultato finale. Le linee guida esistenti per il trauma grave sono quelle prodotte dalla Brain Trauma Foundation, quelle dello European Brain Injury Consortium, e quelle italiane pubblicate a cura dell'AGENAS le cui questo testo fa specificatamente riferimento.

Sulla base di questi orientamenti deve essere concordato e definito apposito protocollo.

Il Grande Ustionato

I PDTA concordati con il CTS di riferimento extra regionale e che definiscano puntualmente quali sono le azioni cliniche ed organizzative relative alla decisione del trasferimento presso il centro ustionati di competenza oppure al trattamento in loco provvisorio o definitivo.

Trauma dell'anello pelvico

Il trattamento di tali lesioni prevede *una gestione della fase acuta ed un trattamento definitivo*. La *gestione della fase acuta* è un passaggio critico che prevede un coordinamento rapido e rigoroso di più specialisti (medico d'urgenza, rianimatore, chirurgo generale d'urgenza, ortopedico traumatologo, radiologo sia per la diagnosi sia per l'eventuale trattamento endovascolare) finalizzato alla stabilizzazione in emergenza delle condizioni emodinamiche del paziente. L'instabilità emodinamica è una caratteristica non rara in questa tipologia di trauma, legata al correlato sanguinamento ed alla concomitante lesione degli organi splancnici contenuti nell'anello addominale.

La definizione di protocolli salvavita in questi pz emodinamicamente instabili prevede un trattamento tempestivo ed eseguito dal trauma team nei centri CTZ più appropriato. Pertanto tali protocolli devono iniziare rigorosamente sul territorio e proseguire nel più breve tempo possibile presso il CTZ di riferimento. Bisogna considerare che le fratture emodinamicamente instabili di bacino rappresentano tuttora una delle cause di morte più frequenti per shock emorragico.

Sulla base di questi orientamenti deve essere concordato e definito apposito protocollo.

Trauma Vertebro - Midollare

Dovrà essere predisposto specifico protocollo in accordo con il documento Stato Regioni.

Frattura di femore nell'anziano

La frattura di femore nell'anziano rappresenta una considerevole causa di ricovero in Calabria.

In considerazione dell'incidenza del fenomeno, destinato ad aumentare in relazione all'invecchiamento della popolazione, si è ritenuto opportuno definire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di riferimento regionale col fine di ridurre complessivamente la durata media della degenza (ad oggi di circa 16 giorni), aumentando il numero di pazienti sottoposto ad intervento chirurgico nelle prime 48 ore (26 %). Al fine di aumentare la percentuale di interventi entro le prime 48 ore, si rende necessaria l'integrazione con la rete dei privati accreditati prevedendo nell'ambito dei budget di prestazioni l'acquisto di interventi di fratture di femore su pazienti inviati dai PS dei presidi ospedalieri sulla base di specifici protocolli.

L'applicazione del presente percorso a livello locale dovrà prevedere la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale ed interdisciplinare che lo contestualizzi rispetto alle caratteristiche organizzative locali e individui specifiche attività di monitoraggio dell'applicazione del percorso stesso.

Trauma Maxillo facciale

In generale la riparazione chirurgica delle fratture del massiccio facciale non si pone con caratteristiche d'urgenza assoluta e può essere procrastinata quando il paziente è stato stabilizzato.

Si ritengono comunque urgenti i seguenti casi:

- Lesioni con alterazioni del visus da compressione della via ottica riparabili chirurgicamente;
- Sanguinamento non altrimenti controllabile in sede di fratture;
- Alterazioni della respirazione (caduta della lingua per fratture della mandibola, fratture complesse della regione naso-etmoido-mascellare).

Sulla base di questi orientamenti deve essere concordato e definito apposito protocollo.

1.9 Prossime azioni da svolgere

- Elaborazione e definizione dei PDTA da parte dei Coordinamenti di Area con il Coordinamento Regionale, già istituiti con DDG n. 4611 del 15/5/2015;
- Approvazione dei PDTA predisposti con i gruppi di lavoro entro il 31 dicembre 2016;

- Completamento del teleconsulto: esso è importante per garantire la tempestività e l'appropriatezza dei processi decisionali. Deve essere implementato nei PS per la trasmissione dei documenti clinici al centro HUB di riferimento, entro il 31 dicembre 2016;
- Approvazione del protocollo operativo unico regionale per la gestione del trauma lieve, moderato e grave secondo le linee guida nazionali ed internazionali condiviso con i responsabili del servizio 118 e con i referenti dei centri hub e spoke entro il 30 giugno 2016;
- Approvazione regionale protocolli di trasferimento urgente interospedaliero protetto del paziente condivisi con i responsabili delle Centrali Operative 118 e con i referenti dei centri HUB e Spoke, entro il 30 giugno 2016.
- Approvazione regionale protocolli concordati per la precoce presa in carico da parte del PST dei pazienti che hanno risolto presso il CTZ la fase acuta e non richiedono più trattamento specialistico, entro il 31 dicembre 2016;
- Stipula di accordi interregionali e protocolli attuativi per le complessità da gestire nei Centri Traumi ad alta specializzazione (non presenti in Regione), entro il 30 giugno 2017;
- Formazione e aggiornamento del personale come attività continuativa;
- Articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle postacuzie, ai fini dello sviluppo delle attività riabilitative secondo un concetto di "rete", entro il 31 dicembre 2016.

1.10 Monitoraggio

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione degli indicatori e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.



Allegato 7

Rete per il trasporto neonatale

Sommario

1	Rete per il trasporto neonatale	3
1.1	Premessa	3
1.2	Il servizio di trasporto materno assistito (STAM)	3
1.2.1	Indicazioni e controindicazioni al trasferimento	4
1.2.2	La gestione del trasferimento	4
1.2.3	Audit	5
1.3	Il Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN)	5
1.3.1	Tipi di trasporto neonatale e modelli di STEN	5
1.3.2	Indicazioni allo STEN	5
1.3.3	Caratteristiche dei professionisti impegnati nello STEN	6
1.3.4	Comunicazione	6
1.3.5	Ricongiungimento madre bambino	6
1.4	I nodi della rete	6
1.4.1	Servizio Trasporto Neonatale della Regione Calabria	9
1.5	Prossime Azioni per l'attivazione STAM e STEN	9
1.6	Monitoraggio	9

1 Rete per il trasporto neonatale

1.1 Premessa

La scelta più idonea è la centralizzazione delle gravidanze a rischio in quanto universalmente riconosciuta come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata.

Non sempre questa modalità di assistenza risulta attuabile, in quanto pur nelle migliori condizioni organizzative e sanitarie, si calcola che circa un 30% di patologie gravi insorte durante il travaglio non siano "prevedibili" e che l'1-2% dei nati necessiti di una rianimazione neonatale e di cure intensive o subintensive in maniera del tutto "inattesa". In tali condizioni si rende indispensabile il trasporto del neonato dal punto nascita al livello dotato di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

Il trasporto neonatale non riguarda solo i nati di peso molto basso, ma interessa anche soggetti con altra patologia (asfissia neonatale, neonati con anomalie congenite, ecc.).

Nella scelta della modalità organizzativa del trasporto in utero e neonatale va tenuta presente la distribuzione delle nascite e, di conseguenza, i fabbisogni assistenziali in ambito perinatale. Il 34% delle nascite si registra in Area Nord in cui operano n. 1 Centro Hub, n. 3 centri Spoke e 1 struttura privata accreditata. Il 37% delle nascite si registra in Area Centro con 1 Centro Hub, 3 centri Spoke e 1 ospedale generale. Il 29% delle nascite si registra in Area Sud con n. 1 Centro Hub, 2 centri Spoke e 2 strutture private accreditate.

1.2 Il servizio di trasporto materno assistito (STAM)

Il servizio di trasporto materno assistito (STAM) deve essere realizzato attraverso collegamenti Regionali e di Area che connettano centri Hub e centri Spoke per garantire un'adeguata assistenza alle gravide ed ai neonati ad alto rischio, ottimizzando l'impiego dei posti letto dei Reparti di Terapia Intensiva Neonatale e Ostetricia.

Si possono definire due tipi di trasferimento della donna gravida:

- elettivo dopo identificazione di una patologia malformativa o dell'accrescimento fetale o sistemica materna che indichi l'invio ad un reparto Hub da parte di un reparto Spoke;
- urgente in seguito all'instaurarsi di una condizione acuta materna e/o fetale che necessiti di un rapido ricovero in un centro di Livello superiore.

Mentre il trasporto elettivo consente una gestione programmabile del caso che comunque comporta una disponibilità, anche se non immediata, di un posto in T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale), il trasporto urgente necessita di una disponibilità effettiva ed immediata di posti letto e professionisti (sia nel versante ostetrico che neonatologico) al fine di affrontare l'emergenza.

L'organizzazione deve contare su una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area che consenta l'individuazione in tempo reale dei posti letto disponibili sia di Ostetricia che di Terapia Intensiva Neonatale.

La valutazione dei rischi e benefici materni e neonatali e la gestione dei casi potenzialmente deputati al trasferimento è demandata a Dirigenti Medici Ostetrici e Neonatologi esperti sia dell'équipe inviante che di quella accettante, e preliminarmente convenuta secondo protocolli intraaziendali ostetrico-neonatologici, che specifichino le figure professionali coinvolte nella gestione dello STAM.

La comunicazione tra le due équipe deve chiaramente delineare il livello di criticità e le modalità di trasferimento (es. quale figura professionale dovrà accompagnare la paziente) e quale sia il piano assistenziale programmato.

La risposta alle esigenze dello STAM avviene mediante la rete di collegamento dei servizi di Emergenza-Urgenza afferente al 118, adeguatamente organizzata, prevedendo, in relazione alle condizioni cliniche della donna, l'accompagnamento della stessa da parte di un'Ostetrica e/o di un Ginecologo.

Nella programmazione deve essere presa in considerazione la possibilità di un ritorno, risoltasi la situazione clinica acuta e/o la carenza di spazi di ricovero, della paziente al reparto inviante.

1.2.1 Indicazioni e controindicazioni al trasferimento

Le principali indicazioni al trasferimento sono:

- età gestazionale $\geq 22^{+0}$ settimane;
- necessità di terapie intensive per madre, feto o neonato;
- chiusura della terapia intensiva neonatale (trasporto interterziario);
- indisponibilità di culle di livello adeguato alla gravità del caso. La probabilità che il neonato abbia bisogno di un livello elevato di cura deve essere valutata utilizzando i dati disponibili riguardanti la patologia diagnosticata;
- indisponibilità di posti letto di ostetricia in degenza ostetrica o sala parto.

Le principali controindicazioni al trasferimento sono:

- elevato rischio di parto durante il trasferimento;
- evidenza di condizioni fetali critiche che indichino la necessità di un parto immediato;
- condizioni materne instabili che possano richiedere un intervento medico durante il trasferimento (metrorragia in atto, ipertensione non controllabile, ecc.);
- qualsiasi altra patologia che crei instabilità delle condizioni materne.

Nel caso sussistano controindicazioni al trasferimento è necessario condividere il piano assistenziale con i professionisti del Centro Hub e, se possibile, procrastinare il momento del parto fino all'arrivo dell'équipe neonatologica onde assicurare le migliori condizioni di rianimazione.

Nella programmazione di un trasferimento è necessario prendere in considerazione: il tempo presumibilmente ipotizzabile prima del parto prematuro e la durata del viaggio compreso il trasferimento presso il centro Hub più vicino dotato delle risorse necessarie.

1.2.2 La gestione del trasferimento

L'Unità Operativa che trasferisce è responsabile della appropriatezza e della tempestività del trasferimento.

Qualora si evidenziasse durante il trasferimento l'imminenza del parto, l'ambulanza dovrà raggiungere l'Unità Operativa di Ostetricia adeguatamente attrezzata più vicina.

Il personale che esegue il trasporto viene deciso dai sanitari della struttura trasferente e le motivazioni di tale scelta devono essere riportate nella documentazione sanitaria.

In caso di necessità la donna deve essere accompagnata durante il trasferimento da un'ostetrica esperta e/o da un medico (anestesista, ginecologo).

Non è necessaria la presenza di un pediatra poiché se vi è un rischio elevato di parto il trasferimento è inappropriato ed è quindi consigliabile soprassedere al trasferimento materno ed attivarsi per il successivo trasporto neonatale.

1.2.3 Audit

Il trasferimento materno deve essere oggetto di audit e gli eventi da sottoporre a valutazione sono:

- parto durante il trasferimento;
- parto entro trenta minuti dall'arrivo a destinazione;
- mortalità e morbilità materna verificatasi nel corso del trasferimento. Nella morbilità devono essere prese in considerazione le crisi ipertensive, eclamptiche, le emorragie e la necessità di rianimazione;
- mortalità fetale nel corso del trasferimento;
- Casi di trasferimento realizzati al di fuori della rete regionale e o di area;
- esito del caso dopo il trasferimento: il timing del parto, l'ospedale dove eventualmente ha partorito la donna (se diverso da quello con cui era stato programmato il trasferimento), l'esito materno e neonatale;
- esito materno e neonatale dei casi in cui il trasferimento non sia avvenuto nonostante fosse stato considerato necessario.

1.3 Il Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN)

Come detto sopra il trasporto non sempre risulta attuabile con un 30% di patologie gravi insorte durante il travaglio non "prevedibili" e l'1-2% dei nati che necessitano di una rianimazione neonatale e di cure intensive o subintensive in maniera del tutto "inattesa". In tali condizioni il trasferimento prenatale risulta impraticabile e, alla nascita, dopo l'opportuna stabilizzazione, si rende indispensabile il trasporto del neonato dal punto nascita al livello dotato di posti letto di TIN.

Il trasporto neonatale rappresenta la cerniera di collegamento tra punto nascita periferico e centro di riferimento.

1.3.1 Tipi di trasporto neonatale e modelli di STEN

Sono individuabili diversi tipi di trasporto neonatale:

- *Trasporto Primario*: dal punto nascita alla Terapia Intensiva Neonatale (TIN);
- *Trasporto Interterziario*: trasporto del neonato tra centri TIN per l'esecuzione di particolari indagini diagnostiche e/o procedimenti terapeutici altamente specializzati (chirurgia pediatrica, neurochirurgia, cardiocirurgia, dialisi, oculistica, ecc.);
- *Back-transport*: invio del neonato, guarito dalla patologia acuta, in un centro ad intensità di cura inferiore (es. punto nascita di origine o centro più vicino alla residenza della famiglia). Il back-transport va promosso in tutti i contesti, in quanto, oltre a rappresentare un ovvio vantaggio economico, permette di evitare il sovraffollamento delle TIN e consente, allo stesso tempo, il riavvicinamento del neonato alla famiglia.

1.3.2 Indicazioni allo STEN

Per quel che concerne il trasporto primario, la Società Italiana di Medicina Perinatale ha individuato le categorie di neonati che richiedono il trasferimento presso una struttura di III livello:

- neonati con grave patologia respiratoria che necessitano di assistenza respiratoria intensiva;
- neonati con stress respiratorio di media entità con evidente e progressivo peggioramento clinico ed in condizioni cliniche "instabili";
- neonati con basso peso alla nascita < 1500 g e/o età gestazionale < 32 settimane;

- neonati con patologia chirurgica bisognosi di cure intensive pre e post chirurgiche;
- neonati con evidente compromissione delle funzioni vitali e che richiedono interventi diagnostici e terapeutici invasivi e/o particolarmente complessi;
- neonati che presentano sindrome ipossico-ischemica di II-III grado (Sarnat 2-3);
- neonati che necessitano di particolari indagini strumentali, non eseguibili in loco: possono essere momentaneamente trasferiti e, dopo aver effettuato l'indagine, ritornare al presidio di nascita.

1.3.3 Caratteristiche dei professionisti impegnati nello STEN

Il trasporto di un neonato in condizioni "critiche" è una delle attività neonatologiche più complesse; richiede personale medico e infermieristico altamente qualificato, in grado di assicurare nel più breve tempo possibile l'assistenza ottimale a tutti i neonati ovunque essi nascano e, allo stesso tempo, di garantire un trasporto sicuro ed efficiente nella struttura più idonea alle necessità del singolo paziente. Stante tali obiettivi ne deriva che:

- l'organizzazione dello STEN deve essere a carico dei professionisti della TIN;
- l'équipe assistenziale deve essere costituita da un neonatologo e da un infermiere professionale con formazione in ambito di trasporto neonatale (eventuali ulteriori figure professionali dovranno essere definiti e valutati dalla Direzione Sanitaria);
- è necessaria la perfetta conoscenza di tutte le attrezzature in dotazione (incubatrice da trasporto con annesso ventilatore, monitor portatile, pompe per infusione, attrezzature del mezzo di trasporto) in modo da poter eventualmente risolvere prontamente le cause di malfunzionamento;
- è necessario un training specifico d'addestramento del personale destinato al trasporto. Il personale della TIN deve conoscere perfettamente le risorse del mezzo di trasporto (sorgenti di O₂ e di pressione, fonti di energia elettrica, ecc.) e, a sua volta il personale del 118 deve conoscere le attrezzature destinate alla rianimazione, alla stabilizzazione e alla ventilazione del neonato.

1.3.4 Comunicazione

Il trasporto del neonato costituisce sempre per la famiglia un'esperienza particolarmente dolorosa e fonte di grave disagio. Al fine di ridurre il grado d'ansia e preoccupazione, prima della partenza del neonato dalla sede di nascita è necessario:

- favorire il contatto diretto del neonato con i genitori ed effettuare una fotografia del piccolo da lasciare ai genitori prima della separazione;
- in presenza dei medici del presidio ospedaliero è utile un colloquio con i genitori al fine di renderli partecipi della situazione, dei rischi ed anche, per quanto possibile, della prognosi;
- fornire la carta d'accoglienza della TIN in modo che i genitori possano conoscere la sede di destinazione del piccolo, gli orari di visita e le regole di reparto;
- fornire al genitore il numero di telefono della TIN e invitarlo a chiamare, a qualsiasi ora, per ottenere informazioni sull'andamento clinico del neonato;
- Dopo il trasporto garantire costanti informazioni alla famiglia e al reparto inviante.

1.3.5 Ricongiungimento madre bambino

Nei casi in cui le condizioni cliniche del neonato non prevedano un rapido back transport è necessario prevedere un trasferimento della madre presso il Centro Hub, non appena le condizioni cliniche lo permettano.

1.4 I nodi della rete

La realtà regionale si caratterizza in termini di distribuzione dei centri Hub (con TIN) rispetto al bacino di utenza: 1 centro Hub in Area Nord (13% dei nati in Regione), 1 centro Hub in area Centro (13 % dei nati in Regione) e n. 1 centro Hub in Area Sud (10% dei nati in Regione).

Tabella 1: Individuazione dei nodi della rete

AREA NORD			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO dell'Annunziata di Cosenza</u>			
			Sacro Cuore di Cosenza
	<u>Castrovillari</u>		
	<u>Rossano /Corigliano</u> (Unico presidio con due strutture)		
	<u>Cetraro /Paola</u> (Unico presidio con due strutture)		

AREA CENTRO			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO Pugliese Ciaccio di Catanzaro</u>			
	<u>Lamezia Terme</u>		
	<u>Crotone</u>		
	<u>Vibo Valentia</u>		

AREA SUD			
Hub	Spoke	Ospedale Generale	Case di cura private accreditate
<u>AO Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria</u>			Villa Aurora di Reggio Calabria
			Villa Elisa di Cinquefrondi
	<u>Polistena</u>		
	<u>Locri</u>		

Il numero di Centri Spoke che gravitano sul singolo Hub: 3 spoke e una struttura privata accreditata vs 1 Hub di area Nord; 3 Centri spoke vs 1 Hub area Centro, 2 Centri spoke e due strutture private accreditate vs 1 Hub area Sud.

Le strutture private accreditate sono inserite nel percorso nascita in quanto effettuano un numero di parti di circa 1.000/anno. Assumono, pertanto, il ruolo di potenziali invianti alle strutture di riferimento dotate di TIN.

Tabella 2: Posti letto programmati per l'area delle Terapie intensive neonatali e area materno infantile (Strutture pubbliche e private accreditate)

AREA	Codice Azienda	Codice struttura	Tipologia struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto programmazione regionale			
							DH	DS	DO	Totale
NORD	912	180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	45	50
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	62	NEONATOLOGIA	1		19	20
		180912	HUB	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	201	180006	SPOKE	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	20	25
		180010	SPOKE	OSPEDALE SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	25	30
		180012	SPOKE	OSPEDALE SPOKE CETRARO-PAOLA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	26	30
	180028	PRIVATO	SACRO CUORE	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4		40	44	
CENTRO	914	180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		5	35	40
		180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	62	NEONATOLOGIA	2		13	15
		180914	AOU	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	202	180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	26	30
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	62	NEONATOLOGIA			10	10
		180032	SPOKE	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			4	4
	203	180033	SPOKE	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1		29	30
	204	180107	SPOKE	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA-TROPEA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		2	18	20
SUD	915	180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		4	36	40
		180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	62	NEONATOLOGIA	1		16	17
		180915	HUB	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			10	10
	205	180059	SPOKE	OSPEDALE CIVILE LOCRI	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		3	27	30
		180061	SPOKE	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		3	17	20
		180062	OG	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	37	GINECOLOGIA		1	9	10
		180073	PRIVATO	VILLA AURORA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3		30	33
180077	PRIVATO	VILLA ELISA	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3		30	33		

NOTA: Ospedale 'Tiberio Evoli' - Melito P.S non è inserito nella rete dei punti nascita. Eroga solo prestazioni di ginecologia.

Tabella 3: Volumi attività dei punti nascita (DRG 370 – 375) - anno 2013

Regione di ricovero	ASR	Struttura	RO	RO	DH	DH	Totale	
			Dimessi	Giornate	Dimessi	Accessi		
180 - Calabria	180201 - A.S.P. Cosenza	18000600 - Ospedale Civile Ferrari - Castrovillari	510	1.870	0	0	510	
	180201 - A.S.P. Cosenza	18001001 - Ospedale Rossano	1.129	4.468	19	19	1.148	
	180201 - A.S.P. Cosenza	18001201 - Ospedale Cetraro	550	2.142	1	1	551	
	180201 - A.S.P. Cosenza	18002800 - Sacro Cuore	1.031	3.289	0	0	1.031	
	180202 - A.S.P. Crotone	18003200 - Ospedale Civile San Giovanni Di Dio	1.312	4.760	0	0	1.312	
	180203 - A.S.P. Catanzaro	18003300 - Ospedale Di Lamezia Terme	988	3.934	0	0	988	
	180203 - A.S.P. Catanzaro	18005500 - Ospedale Basso Ionio	435	1.626	0	0	435	
	180204 - A.S.P. Vibo Valentia	18003400 - P.O. Jazzolino	949	3.467	0	0	949	
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	18005900 - Ospedale Civile Locri	735	3.107	0	0	735	
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	18006100 - P.O. 'S. Maria Degli Ungheresi'	608	2.391	0	0	608	
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	18007300 - Casa Di Cura 'Villa Aurora'	876	3.004	0	0	876	
	180205 - A.S.P. Reggio Calabria	18007700 - Casa Di Cura 'Villa Elisa' S.P.A.	813	3.300	0	0	813	
	180912 - Azienda Ospedaliera di Cosenza	18091201 - P.O. Annunziata	1.955	9.453	0	0	1.955	
	180913 - Azienda Ospedaliera Pugliese Ciacio (CZ)	18091301 - Ospedale Pugliese	2.097	6.933	1	1	2.098	
	180915 - Azienda Osp. Bianchi-Melacrino-Morelli (RC)	18091501 - Presidio Ospedaliero Riuniti	1.770	7.366	0	0	1.770	
	Totale			15.758	61.110	21	21	15.779

1.4.1 Servizio Trasporto Neonatale della Regione Calabria

Tenendo conto di tali dati si propone la seguente ripartizione degli STEN:

- 1 STEN a Cosenza (area Nord di 5.593 nati con 1 Hub e 3 Spoke) ubicato in un'unica TIN dell'Area Nord;
- 1 STEN a Catanzaro (area Centro di 6.126 nati con 1 Hub e 3 Spoke) ubicato in un'unica TIN dell'area Centro che sarà attivo per le province di Crotone, Catanzaro e Vibo Valentia;
- 1 STEN Reggio Calabria (area Sud di 4.904 nati con 1 Hub e 2 Spoke) ubicato in un'unica TIN dell'area Sud.

Lo STEN si dovrà fare carico del trasferimento dal punto nascita alla TIN più vicina con disponibilità di posti letto.

Il Back transport potrà essere effettuato dallo STEN o dal punto nascita di provenienza.

1.5 Prossime Azioni per l'attivazione STAM e STEN

- È stato predisposto il PDTA dal Coordinamento regionale, che sarà approvato con DCA entro il 30/06/2016. Il Coordinamento provvederà inoltre alla:
 - verifica della procedura per il trasporto tra Hub (TIN), Spoke e 118 e la definizione degli appositi protocolli operativi (che contengano: le modalità di attivazione del servizio, i compiti del centro trasferente e la modulistica e modalità di archiviazione dei dati) , entro il 31 dicembre 2016;
 - verifica delle attrezzature in dotazione delle ambulanze dedicate al trasporto neonatale (incubatrice da trasporto con annesso ventilatore, monitor portatile, pompe per infusione, attrezzature del mezzo di trasporto) e definizione dei mezzi di trasporto dedicati allo STEN, entro il 31 dicembre 2016;
 - definizione delle procedure e i protocolli di attivazione dell'elisoccorso, entro il 31 dicembre 2016.
- Implementazione dei Servizi di Trasporto Neonatale programmati, entro il 31 dicembre 2017.

1.6 Monitoraggio

Il Dipartimento Tutela della Salute effettuerà trimestralmente il monitoraggio dello stato di attuazione della rete, attraverso la valutazione di appositi indicatori che saranno concordati con il gruppo di lavoro e con il sostegno del tavolo di governo del sistema e predisporrà la relazione per la struttura Commissariale.