



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 134/12

di iniziativa del Consigliere R. MAMMOLITI recante:

"Modifica articolo 14 comma 3 della Legge regionale del 19 marzo 2004, n. 11 -
Piano regionale per la salute 2004/2006"

relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	09/12/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	09/12/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 134/XII pag. 3

"Modifica articolo 14 comma 3 della Legge regionale del 19 marzo 2004, n. 11 – Piano regionale per la salute 2004/2006".

Normativa regionale

Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 pag. 8

"Piano Regionale per la Salute 2004/2006."

Documentazione correlata

Programma Operativo 2022-2025 pag. 205



*Consiglio regionale
della Calabria*

Gruppo Consiliare
Partito Democratico



Raffaele Mammoliti
Consigliere Regionale

**Proposta di legge recante:
“Modifica art. 14 comma 3 della Legge Regionale del 19 Marzo
2004 N. 11 Piano Regionale per la Salute 2004/2006”.**



Consiglio regionale
della Calabria

Gruppo Consiliare
Partito Democratico



Raffaele Mammoliti
Consigliere Regionale

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La presente proposta emendativa mira a modificare il comma 3 dell'art. 14 della Legge Regionale del 19 marzo 2014 N. 11-Piano regionale per la salute 2004/2006”.

Vi è, infatti, che gli utenti della sanità calabrese sono, purtroppo, costretti ad attendere tempi lunghi per sottoporsi ad esami medici e clinici nonché ad interventi chirurgici.

Tutto ciò incide negativamente sull'effettività del diritto alla salute sussistente all'interno della regione Calabria.

Inoltre, a causa dei tempi lunghi di attesa, moltissimi pazienti calabresi si vedono costretti a varcare il confine regionale per sottoporsi ad esami medici e clinici nonché ad interventi chirurgici presso strutture sanitarie site al di fuori della regione Calabria e tutto ciò determina una significativa mobilità passiva con esborso di denaro da parte della Regione Calabria in favore delle altre Regioni in cui i pazienti calabresi sono costretti a recarsi per motivi di salute.

In ragione di quanto sopra, con le modifiche normative proposte, il Presidente della Regione e la Giunta Regionale e/o il Commissario ad acta (quest'ultimo fin quando la Regione sarà sottoposta al piano di rientro), nell'adozione del provvedimento di nomina dei direttori generali/commissari straordinari delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, dovranno assegnare a questi ultimi, tra gli obiettivi per lo svolgimento del ruolo, di provvedere, in via prioritaria, all'abbattimento dei tempi delle liste di attesa e all'abbattimento della mobilità passiva dei pazienti verso strutture sanitarie di altre Regioni. Si prevede, inoltre, l'obbligo per il nominato direttore generale/commissario straordinario di relazionare, con cadenza semestrale, al Presidente della Regione o al Commissario ad acta sull'attività svolta e con particolare riferimento agli obiettivi sopra indicati. Qualora, infine, il Presidente della Regione e la Giunta Regionale o il Commissario ad acta intendano procedere alla conferma del nominato direttore generale/commissario straordinario, nell'accertare il raggiungimento degli obiettivi assegnati, dovranno verificare, in via prioritaria, l'abbattimento dei tempi delle liste di attesa e della mobilità passiva dei pazienti verso strutture sanitarie di altre Regioni. Il mancato raggiungimento di detti obiettivi comporterà da parte del Presidente della Regione e della Giunta Regionale e del Commissario ad acta una valutazione negativa”.

La proposta di legge si struttura in tre articoli:



Consiglio regionale
della Calabria

Gruppo Consiliare
Partito Democratico



Raffaele Mammoliti
Consigliere Regionale

- l'articolo 1 apporta modifiche all'art. 14 comma 3 della L.R. 19 Marzo 2004 N. 11;
 - l'articolo 2 reca la clausola di invarianza finanziaria;
 - l'articolo 3 dispone l'entrata in vigore della legge.
- La legge non comporta oneri, per come si desume dall'articolo 2.

Relazione tecnico-finanziaria

La presente legge reca disposizioni che non comportano nuovi o maggiori oneri finanziari per il bilancio regionale, stante il merito delle modifiche apportate alla legge interessata dall'intervento di modifica.

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

Titolo della proposta di legge: Modifica art. 14 comma 3 della Legge Regionale del 19 Marzo 2014 N. 11, Piano Regionale per la Salute 2004/2006.

ARTICOLO	DESCRIZIONE SPESE	TIPOLOGIA I O C	CARATTERE TEMPORALE A O P	IMPORTO
1	(Modifiche all'art. 14 comma 3 della ,l.r. 11/2014)	//	//	0,00 EURO
2	(Clausola di invarianza finanziaria)	//	//	0,00 EURO
3	(Entrata in vigore)	//	//	0,00 EURO



Consiglio regionale
della Calabria

Gruppo Consiliare
Partito Democratico



Raffaele Mammoliti
Consigliere Regionale

CRITERI DI QUANTIFICAZIONE DEGLI ONERI FINANZIARI

La presente legge reca disposizioni che non implicano nuovi o maggiori oneri finanziari per il bilancio regionale, pertanto, non vengono esplicitati i criteri di quantificazione.

TAB. 2 COPERTURA FINANZIARIA:

Indicare nella Tabella 2 il Programma e/o capitolo del bilancio di copertura degli oneri finanziari indicati nella tabella 1.

Programma/Capitolo	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	totale
//	//	//	//	//
Totale	//	//	//	//

Proposta di legge recante: “Modifica art. 14 comma 3 della Legge Regionale del 19 Marzo 2004 N. 11 Piano Regionale per la Salute 2004/2006”

ART. 1

(Modifiche all’art. 14 comma 3 della l.r. 11/2004)

1. Al comma 3 dell’art. 14 della Legge Regionale del 19 marzo 2004 N. 11, Piano regionale per la salute 1004/2006, dopo le parole : “...alle nomine e ai curricula”, vengono aggiunti i seguenti periodi: “Il Presidente della Regione e la Giunta Regionale e/o il Commissario ad acta (quest’ultimo fin quando la Regione sarà sottoposta al piano di rientro), nell’adozione del provvedimento di nomina dei direttori generali/commissari straordinari delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, assegnano a questi ultimi, tra gli obiettivi per lo svolgimento del ruolo, di procedere, in via prioritaria, all’abbattimento dei tempi delle liste di attesa e all’abbattimento della mobilità passiva dei pazienti verso strutture



Consiglio regionale
della Calabria

Gruppo Consiliare
Partito Democratico



Raffaele Mammoliti
Consigliere Regionale

sanitarie di altre Regioni, con l'obbligo per il nominato direttore generale/commissario straordinario di relazionare, con cadenza semestrale, al Presidente della Regione o al Commissario ad acta sull'attività svolta e con particolare riferimento agli obiettivi sopra indicati. Qualora il Presidente della Regione e la Giunta Regionale o il Commissario ad acta intendano procedere alla conferma del nominato direttore generale/commissario straordinario, nell'accertare il raggiungimento degli obiettivi assegnati, verificano, in via prioritaria, l'abbattimento dei tempi delle liste di attesa e della mobilità passiva dei pazienti verso strutture sanitarie di altre Regioni. Il mancato raggiungimento di detti obiettivi comporterà da parte del Presidente della Regione e della Giunta Regionale e del Commissario ad acta una valutazione negativa”.

ART. 2

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

ART. 3

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale telematico della Regione.

Reggio Calabria 07/12/2022

**f.to Il Consigliere Regionale
Raffaele Mammoliti**

LEGGE REGIONALE 19 marzo 2004, n. 11

Piano Regionale per la Salute 2004/2006.

(BURC n. 5 del 16 marzo 2004, supplemento straordinario n. 3)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle seguenti leggi regionali: 11 agosto 2004, n. 18; 22 dicembre 2004, n. 32; 11 maggio 2007, n. 9; 18 luglio 2008, n. 24; 29 marzo 2013, n. 16; 2 marzo 2022, n. 5; 15 aprile 2022, n. 9; 7 luglio 2022, n. 21; 21 ottobre 2022, n. 35)

Art. 1

*(Tutela del diritto alla salute,
programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)*

1. La presente legge stabilisce le finalità della programmazione regionale in materia sanitaria e ne dichiara i principi e i criteri; disciplina le modalità del concorso degli enti locali e la partecipazione delle formazioni sociali; individua strumenti e modalità per l'attuazione, la verifica e l'implementazione degli atti di programmazione.
2. La Regione Calabria riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e la garantisce attraverso il servizio sanitario regionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
3. Il servizio sanitario regionale, assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi fondamentali del decreto legislativo di riordino [30 dicembre 1992 n. 502](#) e successive modificazioni ed integrazioni, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal piano regionale per la salute, nel rispetto dei principi del piano sanitario nazionale, dei bisogni di salute delle popolazioni, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.
4. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal piano sanitario nazionale e di quello regionale per la salute e comprendono:
 - a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
 - b) l'assistenza distrettuale;
 - c) l'assistenza ospedaliera.
5. L'erogazione delle prestazioni di cui al comma precedente avviene attraverso le strutture pubbliche e private accreditate; le modalità dell'accesso dell'utente ai presidi delle istituzioni sanitarie private accreditate sono disciplinate, nel rispetto della libera scelta del cittadino, nell'ambito delle disposizioni normative vigenti, dal Piano Regionale per la Salute.

Art. 2

(Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

1. La Regione assicura e garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari.
2. La Regione, al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del servizio sanitario regionale, utilizza i contenuti e le modalità degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie definite dal Ministero della salute con il decreto di cui all'articolo 14, comma 1, del [decreto legislativo di riordino n. 502/92](#) e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento

- alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.
3. La Regione promuove iniziative per la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni, ed in particolare degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi e favorire il loro coinvolgimento nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.
 4. I direttori generali delle aziende concordano le modalità ed i tempi di raccolta e valutazione delle osservazioni con gli organismi di volontariato e con le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini in ordine alla gestione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni, sulla base degli indirizzi formulati dal dipartimento sanità.
 5. La Regione e le aziende del servizio sanitario regionale assicurano iniziative di formazione e di aggiornamento del personale destinato ai rapporti con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini.
 6. Le Aziende del servizio sanitario regionale approvano ed aggiornano la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti sulla base degli indirizzi formulati dal dipartimento sanità.
 7. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le Aziende del servizio sanitario regionale orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La carta definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.
 8. Le Aziende assicurano specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un apposito piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della carta e della relativa attuazione.
 9. Le Aziende del servizio sanitario regionale, ai fini di cui ai commi precedenti, assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti.
 10. È abrogato l'articolo 16 della [legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.](#)

Art. 3

(Rapporti con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale)

1. I rapporti fra le associazioni di volontariato e gli organismi di promozione sociale, le cui attività concorrono con le finalità del Servizio sanitario regionale ed il Servizio sanitario medesimo, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.
2. L'associazionismo e la cooperazione sociale concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale.

Art. 4

(Programmazione sanitaria regionale)

1. La programmazione sanitaria regionale individua, in coerenza con il piano sanitario nazionale, gli strumenti per assicurare lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. La programmazione sanitaria regionale si attua sul territorio della Regione attraverso le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere.
3. Sono atti della programmazione sanitaria ad ambito regionale:
 - a) il Piano Regionale per la Salute e i relativi strumenti di attuazione di livello regionale;
 - b) gli atti di indirizzo adottati dalla Giunta regionale;
 - c) i piani attuativi locali;
 - d) i piani attuativi delle Aziende Ospedaliere.
4. Sono atti rilevanti per la programmazione sanitaria di ambito regionale:
 - a) la relazione sanitaria regionale;
 - b) la relazione sanitaria aziendale.
5. La relazione sanitaria regionale valuta, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali di cui al presente articolo, lo stato di salute della popolazione ed i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal Piano Regionale per la Salute.
6. La Giunta Regionale predispose la Relazione Sanitaria Regionale e la trasmette ogni anno, entro il 31 dicembre, al Consiglio Regionale.
7. La Giunta trasmette la Relazione medesima alla Conferenza permanente per la Programmazione socio-sanitaria.

Art. 5¹

(Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale)

1. *È istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria.*
2. *La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.*
3. *La Conferenza è composta come segue:*
 - a) *assessore regionale alla tutela della salute o suo delegato, che la presiede;*
 - b) *presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie;*
 - c) *sindaci, o loro delegati, delle città capoluogo di provincia, se non presidenti di conferenza dei sindaci;*
 - d) *quattro rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali, dei quali uno dell'ANCI, uno dell'UPI, uno dell'UNCEM ed uno della Lega delle autonomie;*

¹ **Articolo così sostituito dall'art. 17, l.r. 11 maggio 2007, n. 9. Il testo originario era così formulato:** "Articolo 5 (Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale) 1. È istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale regionale, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria. 2. La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale. 3. La Conferenza è composta come segue: a) assessore regionale alla tutela della salute o suo delegato, che la presiede; b) assessore regionale alle politiche sociali o suo delegato; c) presidenti delle conferenze dei sindaci delle Aziende Sanitarie; d) sindaci o loro delegati delle città capoluogo di provincia, se non presidenti di conferenza dei sindaci; e) due rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie, dei quali uno dell'ANCI ed uno dell'UPI, limitatamente alle sedute di trattazione di materie socio-sanitarie e cinque rappresentanti indicati dalle organizzazioni di promozione sociale; f) presidenti delle province, o loro delegati, limitatamente alle sedute di trattazione di materie sociali e socio-assistenziali. 4. Se richiesti, partecipano ai lavori della Conferenza, senza diritto di voto, i dirigenti generali del dipartimento regionale della sanità e del dipartimento affari sociali, nonché i direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere. 5. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'assessore regionale alla tutela della salute procede all'insediamento della Conferenza, che provvede all'approvazione del regolamento di funzionamento. Fino all'approvazione del regolamento si applica il regolamento del consiglio comunale della città capoluogo di regione. 6. La Conferenza esprime i pareri e svolge le funzioni previste dal piano regionale per la salute. 7. Il Dipartimento regionale della sanità assicura le attività di supporto logistico e funzionale necessarie per il funzionamento della Conferenza. 8. E' abrogato l'articolo 17 della legge regionale 7 agosto 2002 n. 29."

- e) *presidenti delle province, o loro delegati, limitatamente alla trattazione delle materie socio-sanitarie.*
4. *Se richiesti, partecipano ai lavori della Conferenza, senza diritto di voto, il Dirigente generale del Dipartimento regionale tutela della salute, nonché i Direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere.*
 5. *Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'assessore regionale alla tutela della salute procede all'insediamento della Conferenza, che provvede all'approvazione del regolamento di funzionamento. Fino all'approvazione del regolamento si applica il regolamento del consiglio comunale della città capoluogo di regione.*
 6. *La Conferenza esprime i pareri e svolge le funzioni previste dal Piano regionale per la salute.*
 7. *Il Dipartimento regionale della sanità assicura le attività di supporto logistico e di segreteria necessarie per il funzionamento della Conferenza.*
 8. *È abrogato l'articolo 17 della [legge regionale 7 agosto 2002 n. 29](#).*

Art. 6

(Partecipazione degli enti locali alla programmazione delle attività)

1. La Conferenza dei Sindaci svolge, per ciascuna Azienda Sanitaria, le funzioni di cui al [Decreto 502 del 30 dicembre](#) e all'articolo 11 della [L.R. 22 gennaio 1996, n. 2](#). Con deliberazione di Giunta regionale e previo parere della Commissione permanente, sono disciplinate le modalità di funzionamento della Conferenza dei Sindaci.
2. Per le Aziende Ospedaliere le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono svolte da un Comitato di rappresentanza composto da cinque membri, eletto in seno alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale presso ogni Azienda Ospedaliera.
3. Il Comitato dei Sindaci di Distretto concorre alla verifica dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali. Con Deliberazione di Giunta regionale e previo parere della Commissione consiliare competente, sono disciplinate le modalità di funzionamento del Comitato dei Sindaci di Distretto.

Art. 7

(Organizzazione delle aziende)

1. Le finalità istituzionali del servizio sanitario regionale sono realizzate mediante undici Aziende sanitarie e quattro Aziende ospedaliere, che hanno personalità giuridica pubblica autonomia *imprenditoriale*.² Sono organi delle aziende il direttore generale, *il collegio di direzione*³ ed il collegio sindacale. L'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato adottato dal Direttore Generale conformemente all'atto di indirizzo adottato dalla Giunta regionale.
2. Per la più efficace e razionale utilizzazione delle risorse umane e finanziarie, la Giunta regionale formula indirizzi alle Aziende sanitarie ed alle Aziende ospedaliere affinché esercitino in comune tra di loro funzioni amministrative, legali e tecniche.
3. È abrogato l'articolo 3 della [legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2](#).

Art. 8

(Articolazione posti letto)

² **L'art. 2, comma 1, lettera a), l.r. 7 luglio 2022, n. 21, sostituisce la parola "gestionale" con la parola "imprenditoriale".**

³ **Parole aggiunte dall'art. 2, comma 1, lettera b), l.r. 7 luglio 2022, n. 21.**

1. I posti letto per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate concorrono, su base complessiva regionale, al conseguimento dello standard di 4 posti letto ogni mille abitanti stabilito dal Piano Regionale per la Salute, rimanendo inalterato il rapporto percentuale tra posti letto pubblici e privati accreditati per acuti, fino alla concorrenza massima del 32% di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto per acuti esistenti alla data del 31.12.2003. I posti letto eccedenti delle strutture pubbliche e private sono ridotti e decadono dall'accREDITamento e possono essere riconvertiti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione, con priorità per la riconversione dei posti letto pubblici, nei limiti delle relative disponibilità ed in coerenza con le indicazioni del piano regionale per la salute.
2. La Giunta regionale, previo parere della Commissione regionale competente, è delegata a definire con le strutture ospedaliere private accreditate, anche mediante intese con le organizzazioni di categoria rappresentative a livello regionale, il riparto dei posti letto per pazienti acuti conformi agli standard come sopra definiti, con riconversione alle specialità corrispondenti ai fabbisogni individuati di posti letto per acuti dal piano regionale per la salute. Tale riconversione dovrà comunque avvenire entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, a pena di decadenza dagli accREDITamenti.
3. Nelle more della rideterminazione prevista dal comma precedente, i posti letto delle strutture private accreditate concorrono alla contrattazione di prestazioni ospedaliere in ambito regionale, tenuto conto dei fabbisogni determinati dal piano regionale per la salute e delle risorse rese annualmente disponibili.
4. I posti letto ospedalieri delle strutture pubbliche, articolati per specialità, sono assegnati alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende Sanitarie secondo il riparto effettuato dal piano regionale per la salute. L'assegnazione a ciascuna Azienda sanitaria è effettuato secondo il criterio di proporzionalità rispetto al numero dei residenti; i posti letto delle Aziende ospedaliere sono ripartiti sulla base dei principi e con i criteri specifici di cui all'articolo 4 del [D.lgs 502/92](#) e s.m.i.. I posti letto sono ripartiti secondo le tabelle di PRS di cui alla presente legge; eventuali variazioni sono approvate con delibera di Giunta regionale, previo parere vincolante della commissione consiliare competente.
5. Previo parere della conferenza dei Sindaci e del comitato di rappresentanza le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere con il piano attuativo, nel rispetto delle indicazioni di cui al comma precedente, provvederanno a ripartire le unità operative ed eccezionalmente i mezzi moduli previsti dal piano, nei propri presidi. Il riparto tra le strutture dovrà avvenire per interi moduli, e solo in casi eccezionali per mezzi moduli, tenuto conto anche della tipologia del presidio nel quale sono svolte le attività assistenziali.
6. La Giunta regionale può riprogrammare la localizzazione delle singole specialità e la distribuzione dei relativi posti letto previsti dal Piano regionale per la salute, entro il limite del 5 per cento del totale regionale, con provvedimento motivato, sentito il parere vincolante della competente commissione consiliare.
7. Limitatamente alle ipotesi di riconversione di cui al presente articolo trova applicazione anche per le strutture private accreditate il differimento dei termini di cui all'articolo 15 comma 6 della [legge regionale 26.06.2003 n. 8](#).

Art. 9

(Finanziamento del servizio sanitario regionale)

1. Al finanziamento delle attività necessarie a garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni in esse ricomprese provvede la Giunta regionale nei limiti delle quote del fondo sanitario regionale. Il finanziamento da parte della Giunta delle attività svolte da ciascuna Azienda Sanitaria per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni si basa

sul criterio della quota capitaria, fatto salvo il ricorso ad un fondo di riequilibrio da utilizzare dalla Giunta regionale a fronte di specificità funzionali od organizzative da recuperare comunque entro un termine massimo di cinque anni.

2. La Giunta regionale provvede altresì a determinare i volumi e tipologie delle prestazioni, le modalità di remunerazione ed i limiti di spesa per gli accordi ed i contratti che le Aziende Sanitarie stipulano con le strutture pubbliche e gli erogatori privati accreditati, entro i limiti degli standard relativi ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, e con riferimento alla qualità delle prestazioni. Per l'anno 2004 valgono le disposizioni di cui all'art. 1 della [legge regionale n. 30/2003](#).
3. La remunerazione delle attività delle Aziende Ospedaliere è definita dalla Giunta regionale sulla base del sistema tariffario delle prestazioni, nonché sulla base delle funzioni e dei programmi definiti negli accordi stipulati con le Aziende Sanitarie. La Giunta regionale può disporre ulteriori trasferimenti connessi a specifiche attività assistenziali, relativi ad attività di ricerca finalizzata o a sperimentazioni autorizzate.

Art. 10

(Piani attuativi)

1. Il PRS trova attuazione attraverso la programmazione sanitaria aziendale. L'atto di programmazione sanitaria aziendale è il piano attuativo.
2. La Giunta regionale:
 - a) indirizza la formazione dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie aziendali, anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati;
 - b) approva la conformità dei piani attuativi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alle disposizioni del piano regionale per la salute, emanando eventuali prescrizioni di adeguamento;
 - c) controlla la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
 - d) nell'ambito delle proprie competenze può attivare iniziative atte a verificare la rispondenza fra gli atti di programmazione e l'azione di governo delle Aziende.
3. Entro 150 giorni dall'intervenuta esecutività dell'atto aziendale le aziende adottano il piano attuativo.
4. Il piano attuativo è lo strumento di pianificazione triennale attraverso il quale le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere, in relazione alle risorse disponibili ed alle previsioni del piano sanitario regionale, programmano le proprie attività.
5. Il piano attuativo delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere è articolato in programmi annuali di attività ed è negoziato con il Dipartimento regionale della Sanità sulla base degli indirizzi formulati dalla Giunta regionale.
6. La Giunta regionale, acquisite le proposte della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, entro il 30 ottobre di ciascun anno detta gli indirizzi per la redazione dei piani attuativi triennali, nonché del programma annuale delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere.
7. I direttori generali, acquisito il parere del collegio di direzione adottano nei sessanta giorni successivi la proposta di piano attuativo e di programma annuale, accompagnati dal bilancio economico-preventivo, trasmettendoli al Dipartimento della Sanità per la successiva approvazione della Giunta regionale.
8. Per il primo anno di vigenza del piano regionale per la salute, la Giunta regionale definisce gli indirizzi per i piani attuativi e del programma annuale entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 11
(Aziende sanitarie)

1. Le Aziende Sanitarie garantiscono le prestazioni e le attività previste dai livelli essenziali di assistenza, dimensionate ed organizzate in relazione alle specificità del territorio ed ai bisogni delle popolazioni secondo gli indirizzi fissati dalla legge, avvalendosi anche delle strutture private accreditate.
 2. Le Aziende Sanitarie assicurano l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei servizi territoriali con quelle dei presidi ospedalieri a gestione diretta e con quelle delle Aziende ospedaliere, in conformità ai criteri di organizzazione definiti dal piano regionale per la salute.
 3. Le Aziende Sanitarie articolano l'organizzazione in presidi e distretti, che garantiscono una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo che le caratteristiche geomorfologiche del territorio o la bassa densità della popolazione richiedano diversamente. Le Aziende Sanitarie provvedono alla gestione degli ospedali ubicati nel rispettivo ambito territoriale, organizzati in rete ed accorpati in presidio unico. Il sistema di emergenza 118 – "Calabria soccorso" – è gestito e organizzato su base provinciale dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio; le centrali operative del 118, ancorché collocate in aree di pertinenza delle Aziende Ospedaliere, nonché il personale e le risorse utilizzate, sono assegnati e dipendono dalle Aziende Sanitarie nelle quali operano le stesse centrali. Il coordinamento operativo tra le Centrali 118 è affidato alla Centrale di Catanzaro, sulla base delle direttive dettate dal Dipartimento Regionale della Sanità, sentita, ove occorra, la competente struttura della Protezione Civile.
 4. Entro 90 giorni dalla data di adozione dell'atto di indirizzo della Giunta regionale le Aziende Sanitarie definiscono la propria struttura organizzativa in conformità alle disposizioni della presente legge, alle previsioni del piano regionale per la salute, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale. Decorso inutilmente detto termine, la Giunta, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a 30 giorni, esercita il potere sostitutivo.
 5. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione; nei confronti dei dirigenti interessati è prevista l'attuazione delle norme di salvaguardia previste dai rispettivi CCNL.
- 5-bis. Al fine di assicurare l'esigibilità sociale della missione assistenziale cui i distretti sanitari sono destinati, vengono individuate, ove necessarie nel rispetto del criterio geodemografico e socioeconomico, le seguenti strutture e organizzazioni distrettuali, strumentali a generare un nuovo modello di erogazione di assistenza di prossimità a garanzia di una maggiore attenzione alla persona umana, da esercitarsi nei luoghi in cui la stessa abbia fissato la propria dimora abituale:*
- a) *la Casa della Comunità, da intendersi quale struttura fisica garante dell'assistenza multidisciplinare primaria, assicurata da équipes di professionisti dipendenti e convenzionati con il servizio sanitario;⁴*
 - b) *l'ospedale di comunità, da intendersi quale struttura sanitaria fissa della rete territoriale, prevalentemente infermieristica, a ricovero breve destinato a pazienti cui necessitano trattamenti sanitari di media e bassa intensità clinica comportanti degenze brevi;*

⁴ **Lettera sostituita dall'art. 1, comma 1, l.r. 15 aprile 2022, n. 9. Precedentemente il testo così recitava:** "la casa di continuità, da intendersi quale struttura fisica garante dell'assistenza multidisciplinare primaria, assicurata da personale dipendente e comunque a disposizione del sistema della salute pubblico, anche in regime convenzionale;"

- c) *la centrale operativa territoriale, da intendersi quale strumento organizzativo per la corretta presa in carico dell'individuo bisognoso di ricorrere alle cure del sistema della salute e per il monitoraggio continuo dei residenti stanziali.*⁵

Art. 11- bis⁶

(Unità di continuità assistenziale)

1. *Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria e contenere il ricorso ai pronto soccorso ospedalieri, in considerazione del perdurare del Covid-19, vengono istituite le Unità di continuità assistenziale.*
2. *Le Unità di continuità assistenziale, da attivarsi nell'ordine di una ogni 100.000⁷ abitanti, operano all'interno dei servizi di continuità assistenziale delle strutture delle Aziende sanitarie provinciali anche per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, in continuità di esercizio con le istituite unità speciali di continuità assistenziale, operanti al 30 giugno 2020.*
3. *La Regione, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, adotta un apposito atto di indirizzo per la conferma o la variazione dell'ubicazione delle Unità di continuità assistenziale, in relazione al diverso fabbisogno espresso dal territorio.*

Art. 12

(Aziende ospedaliere)

1. Sono confermate le Aziende ospedaliere costituite ai sensi dell'articolo 2 della [legge regionale 12 novembre 1994 n. 26](#).
2. Entro 90 giorni dall'adozione dell'atto di indirizzo della Giunta regionale le Aziende Ospedaliere adeguano la propria organizzazione alle disposizioni della presente legge ed alle previsioni del piano regionale per la salute, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale. Decorso inutilmente detto termine, la Giunta regionale, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a 30 giorni, esercita il potere sostitutivo.
3. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture delle Aziende ospedaliere che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione; nei confronti dei dirigenti interessati è prevista l'attuazione delle norme di salvaguardia previste dai rispettivi CCNL.

Art. 13

(Controlli sugli atti delle aziende)

1. Sono soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti delle aziende del servizio sanitario regionale:
 - a) bilancio economico-preventivo, bilancio di esercizio comprensivo del conto consultivo;
 - b) atto aziendale e piani attuativi comprensivi delle dotazioni organiche e loro variazioni;

⁵ **Comma aggiunto dall'art. 1, comma 1, l.r. 2 marzo 2022, n. 5.**

⁶ **Articolo aggiunto dall'art. 2, comma 2, l.r. 7 luglio 2022, n. 21.**

⁷ **L'articolo 3, comma 1, l.r. 21 ottobre 2022, n. 35, sostituisce la parola "50.000" con la parola "100.000".**

- c) regolamenti di organizzazione.
2. Gli atti indicati nel comma precedente sono trasmessi, entro quindici giorni dall'adozione, al Dipartimento regionale della Sanità, che provvede all'istruttoria necessaria per l'esercizio del controllo. La Giunta regionale esercita il controllo sugli atti di cui al comma precedente entro 60 giorni dalla data di ricezione; decorso inutilmente tale termine gli atti si intendono approvati.
 3. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della Sanità indirizza e coordina i direttori generali delle aziende del servizio sanitario regionale, verificando il rispetto dei principi di legalità efficacia, efficienza ed economicità della gestione. I direttori generali delle aziende sono tenuti a trasmettere, entro quindici giorni dalla richiesta, gli atti, i documenti e le notizie che a tal fine sono richiesti dal dirigente generale del Dipartimento medesimo.
 4. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della Sanità, qualora verifichi l'adozione da parte delle aziende di atti contrari a disposizione di legge o agli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale, nonché ai principi di efficacia, efficienza ed economicità della gestione, con determinazione non delegabile, invita l'Azienda all'esercizio del potere di autotutela.
 5. Sono abrogati l'articolo 12 della [legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2](#) e l'articolo 20, comma 1, della [legge regionale 26 giugno 2003 n. 8](#).
 6. La Commissione antimafia del Consiglio Regionale monitora gli appalti e la spesa per acquisti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Art. 14

(Direttore generale)

1. Spettano al direttore generale la rappresentanza legale ed i poteri di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo, nonché la responsabilità per la gestione complessiva dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera. Il direttore generale assicura, anche mediante valutazioni comparative di costi, rendimenti e risultati ed attraverso i servizi di controllo previsti dal [D.lgs. 30 luglio 1999 n. 286](#), la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili, nonché la legalità, imparzialità e buon andamento dell'attività aziendale; adotta l'atto aziendale e nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed i responsabili delle strutture dell'azienda.
 2. Nell'esercizio delle sue funzioni, il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario e si avvale del collegio di direzione.
 3. *I provvedimenti di nomina dei Direttori Generali, Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono adottati dal Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale degli idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre Regioni, costituiti previa pubblica selezione. Gli elenchi sono aggiornati con cadenza biennale. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula.*⁸
- 3-bis. *La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla formazione dell'elenco di cui al comma 3 e definisce i criteri per la verifica dei requisiti di cui al successivo comma 3-ter.*

⁸ **Comma così sostituito dall'art. 1, comma 1, l.r. 29 marzo 2013, n. 16; precedentemente così recitava:** «3. *I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere sono adottati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla tutela della salute, con riferimento ai requisiti di seguito indicati e senza necessità di valutazioni comparative o formazione di elenchi o albi. Possono essere nominati direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere soggetti in possesso del diploma di laurea, che abbiano svolto una esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in Enti, Aziende, strutture pubbliche o private in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la nomina».*

- 3-ter. *Il Direttore Generale è nominato tra soggetti che non abbiano compiuto il sessantasettesimo anno di età al momento della nomina in possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale svolta negli ultimi dieci anni, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.*
- 3-quater. *Resta ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in attuazione dell'articolo 4 del [D.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517](#).*
- 3-quinquies. *La Giunta regionale, ai fini della selezione dei candidati per l'inserimento nell'elenco degli idonei di cui al comma 3, si avvale di una Commissione costituita ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 3, del [Decreto Legislativo 30 dicembre 1992](#) e s.m.i..⁹*
4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale. I dipendenti pubblici, anche della medesima azienda nella quale è conferito l'incarico sono collocati in aspettativa.
 5. L'incarico di direttore generale può essere revocato prima della scadenza contrattuale ove la Giunta regionale, in contraddittorio con l'interessato, accerti gravi violazioni dei doveri dell'ufficio, ovvero inadempienze agli obblighi contrattualmente assunti o agli obiettivi assegnati. In ogni caso il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico determina automaticamente la decadenza dall'incarico.
 6. Nei casi di vacanza dell'ufficio, di assenza o impedimento, le funzioni del direttore generale sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo all'uopo delegato dal direttore generale, ovvero, in assenza di delega, dal più anziano di essi; ove l'assenza o l'impedimento si protragga per più di sei mesi, il contratto del direttore generale è risolto di diritto e la Giunta regionale procede alla sostituzione.
 7. È abrogato l'articolo 4 della [legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2](#).

Art. 15

(Direttore sanitario e direttore amministrativo)

1. Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo delle aziende del servizio sanitario regionale sono nominati dal direttore generale. Essi coadiuvano il direttore generale nella direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite dalla legge, dagli atti generali di organizzazione e per delega del direttore generale; concorrono, con la formazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità del parere reso dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo nelle materie di rispettiva competenza.
2. Il direttore sanitario assicura l'organizzazione e la direzione dei servizi sanitari ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza. L'incarico di direttore sanitario può essere conferito a medici che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnicosanitaria in Enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.
3. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza. L'incarico di direttore amministrativo può essere conferito a laureati in discipline giuridiche o economiche che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico-amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

⁹ [Commi, dal 3-bis al 3-quinquies, aggiunti dall'art. 1, comma 2, l.r. 29 marzo 2013, n. 16.](#)

- 3-bis. *Presso l'Assessorato Tutela della salute e politiche sanitarie sono istituiti gli elenchi regionali degli idonei, ad aggiornamento biennale, degli aspiranti alla nomina a Direttore amministrativo e Direttore sanitario delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale in possesso dei requisiti di cui ai commi 2 e 3.*
- 3-ter. *La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla formazione degli elenchi di cui al precedente comma.*
- 3-quater. *I Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nominano i Direttori amministrativi e sanitari, ai sensi del comma 1, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali degli idonei di cui al comma 3bis. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione e ai curricula. I provvedimenti di nomina sono pubblicati nel Bollettino ufficiale della Regione Calabria e sui siti web istituzionali delle singole Aziende, in apposita sezione ad essi dedicata.¹⁰*
4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di contratto di diritto privato tra il direttore generale ed il direttore sanitario o amministrativo.
5. Gli incarichi di direttore sanitario e di direttore amministrativo hanno natura esclusivamente fiduciaria e possono essere revocati anche prima della scadenza contrattuale; gli incarichi hanno comunque termine ed i relativi rapporti di lavoro sono risolti di diritto, nell'ipotesi di cessazione, per revoca, decadenza, dimissioni o qualsiasi altra causa, del direttore generale. Nessun compenso o indennizzo è corrisposto al direttore sanitario ed al direttore amministrativo in tali ipotesi.
6. Gli incarichi di direttore sanitario e direttore amministrativo in corso nelle aziende del servizio sanitario regionale cessano alla data di nomina dei direttori generali; i relativi contratti di lavoro sono risolti di diritto senza attribuzione di alcun compenso o indennizzo.
7. Sono abrogati gli articoli 5 e 6 della [legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.](#)

Art. 16

(Collegi sindacali)

1. I Collegi sindacali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere svolgono le funzioni previste dal decreto legislativo di riordino. Ogni collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, dei quali due designati dal Consiglio regionale, uno dal Ministero dell'Economia e Finanze, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Conferenza dei sindaci che per l'Azienda ospedaliera è lo stesso dell'Azienda sanitaria nel cui ambito ricade. I componenti del collegio sindacale devono essere iscritti nel registro dei revisori contabili. Decorsi quindici giorni dall'entrata in vigore della presente legge gli attuali collegi sindacali cessano le loro funzioni.

Art. 17

(Rapporti tra servizio sanitario regionale e università)

1. La Regione assicura l'apporto delle Università calabresi al perseguimento degli obiettivi ed alla realizzazione delle attività previste dal piano regionale della salute, anche attraverso l'inserimento delle facoltà nelle strutture organizzative del servizio sanitario regionale, valorizzandone funzioni e le competenze specifiche degli atenei.
2. A tale fine, i rapporti tra servizio sanitario regionale ed università sono oggetto di specifici protocolli d'intesa che definiscono:

¹⁰ **Commi dal 3-bis al 3-quater aggiunti dall'art. 1, comma 3, l.r. 29 marzo 2013, n. 16.**

- a) le modalità del concorso delle strutture del servizio sanitario regionale al soddisfacimento delle esigenze formative, didattiche e di ricerca delle università;
 - b) l'apporto della Facoltà di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali, di formazione e di sviluppo delle conoscenze delle strutture del servizio sanitario regionale;
 - c) le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze del servizio sanitario regionale;
 - d) le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze della formazione teorico-pratica del personale del servizio sanitario regionale.
3. Con protocollo quadro tra Giunta regionale ed Università sono individuati:
- a) i criteri per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali correlate alle esigenze formative e di ricerca della Università ivi compresa l'individuazione delle strutture a ciò dedicate, tenuto conto che l'offerta di prestazioni assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini e quelle delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" devono integrarsi e che le attività assistenziali e sanitarie sono svolte dalle strutture sotto la direzione delle Aziende del Servizio sanitario regionale;
 - b) la disciplina dei rapporti tra organi degli atenei ed organi delle aziende del servizio sanitario regionale;
 - c) i criteri per la individuazione di attività finalizzate alla migliore qualificazione dei servizi erogati;
 - d) i criteri per la determinazione dei rapporti reciproci, tenuto conto dei fabbisogno formativo delle strutture del servizio sanitario regionale;
 - e) i criteri per l'individuazione e l'organizzazione, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale ed in conformità agli ordinamenti didattici vigenti, dei corsi di formazione e per la ripartizione dei relativi oneri.
4. L'attuazione delle previsioni del protocollo quadro di cui al comma precedente è assicurata anche mediante intese tra aziende del servizio sanitario regionale ed università.
5. I protocolli d'intesa di cui al presente articolo regolano i rapporti tra servizio sanitario regionale ed università.
6. I posti letto destinati alle attività di didattica e di ricerca nel rapporto percentuale necessario studenti-posti letto, sono indicati nell'allegata tabella di cui al presente Piano Regionale per la Salute.
7. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le convenzioni ed i protocolli d'intesa attualmente in vigore tra servizio sanitario regionale ed università devono essere adeguati alle disposizioni di legge, alle previsioni del piano regionale per la salute ed agli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale; decorso il predetto termine cessa comunque l'efficacia delle convenzioni e dei protocolli vigenti. In caso di mancato raggiungimento dell'intesa si applica il potere sostitutivo di cui all'articolo 1 comma 4 del [D.lgs. 517/99](#). Nei 90 giorni successivi l'Azienda ospedaliera Mater Domini adegua la propria organizzazione alla previsione dei protocolli d'intesa, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale; decorso inutilmente detto termine la Giunta regionale, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a trenta giorni, esercita il potere sostitutivo.¹¹
8. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione.
9. La Regione con apposito capitolo di bilancio finanzia borse aggiuntive di specializzazione mediche in misura non superiore al 50 % dei posti assegnati dal MIUR ed in relazione alla programmazione sanitaria regionale.

¹¹ [La l.r. 11 agosto 2004, n. 18, proroga il termine di cui al presente comma al 30 settembre 2004.](#)

Art. 18

(Enti di ricerca)

1. I rapporti tra il servizio sanitario regionale e gli enti di ricerca per le attività assistenziali, sono definiti tra la regione, l'azienda sanitaria e quelle ospedaliere e gli enti medesimi attraverso appositi protocolli d'intesa dai contenuti previsti dal precedente articolo, in quanto applicabili.

Art. 19

(Coordinamento con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente)

1. La Giunta regionale, ai fini della integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, stabilisce le modalità e i livelli di integrazione, prevedendo la stipulazione di accordi tra le Aziende Sanitarie ospedaliere e l'Agenzia regionale per l'ambiente, sentita la competente Commissione consiliare.

Art. 20

(Educazione continua in medicina e sviluppo continuo della professionalità)

1. È istituita la Commissione regionale per l'educazione continua in medicina (ECM) con il compito di supporto al Dipartimento regionale in materia di analisi dei bisogni formativi, professionali e di contesto, individuazione degli obiettivi formativi, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, individuazione dei requisiti ulteriori e procedure per l'accreditamento dei provider, verifica e valutazione dei provider e degli eventi formativi, realizzazione dell'anagrafe dei crediti.
2. La commissione, nominata dall'assessore alla tutela della salute, è composta da:
 - a) assessore alla tutela della salute, o suo delegato, che la presiede;
 - b) cinque membri in rappresentanza degli ordini dei medici, uno per provincia;
 - c) tre membri in rappresentanza di altri ordini o collegi professionali;
 - d) cinque membri, con specifiche competenze nell'ambito dell'educazione continua in medicina, individuati dall'assessore alla tutela della salute all'interno dei rappresentanti delle società scientifiche calabresi di derivazione nazionale;
 - e) un membro in rappresentanza della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Magna Grecia;
 - f) un membro in rappresentanza della Facoltà di Farmacia dell'Unical.
3. Per lo sviluppo dei compiti in materia di ECM e sviluppo continuo della professionalità (SCP) è altresì istituita la Consulta regionale per lo sviluppo continuo della professionalità composta da un rappresentante per ciascun ordine e collegio e per ciascuna laurea specialistica delle professioni sanitarie e non sanitarie operanti nel servizio sanitario regionale non ricompresa in ordini o collegi.
4. La consulta esprime parere in materia di organizzazione e programmazione delle attività di ECM e SCP.

Art. 21

(Approvazione del piano)

1. È approvato il Piano Regionale per la Salute della Regione Calabria valido per il triennio 2004-2006, il cui testo, composto da un allegato è parte integrante della presente legge.

Art. 22

(Disposizioni transitorie e di rinvio. Abrogazioni)

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, si applicano le disposizioni del [decreto legislativo di riordino 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modificazioni ed integrazioni.
2. A far data dall'entrata in vigore della presente legge sono abrogati:
 - a) la [legge regionale 3 aprile 1995, n. 9](#) (Piano Sanitario Regionale 1995-1997);
 - b) gli articoli 3, 4, 5, 6, 9, commi 3, 12, 14 e 16 della [legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2](#);
 - c) gli articoli 12 e 17 della [legge regionale 7 agosto 2002, n. 29](#);
 - d) l'articolo 20, comma 1, della [legge regionale 7 agosto 2002, n. 29](#), come modificato dall'articolo 7 della [legge regionale 10 ottobre 2002, n. 39](#);
 - e) l'articolo 17, commi 1, 3 e 4, e l'articolo 20, comma 1, della [legge regionale 26 giugno 2003, n. 8](#);
 - f) la [legge regionale 1 dicembre 1988, n. 27](#);
 - g) ogni altra disposizione incompatibile con le previsioni della presente legge.

Art. 23

(Pubblicazione)

1. La presente legge entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

(Allegato)¹²

¹² **Allegato abrogato dall'art. 15, comma 1, ottavo alinea, l.r. 18 luglio 2008, n. 24, a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'art. 11, comma 5, della stessa legge, al fine di evitare l'interruzione di attività amministrative.** Precedentemente l'art. 14, l.r. 11 agosto 2004, n. 18, ha modificato le tabelle n. 6, n. 7 e n. 8, il paragrafo intitolato "Autorizzazione" e il paragrafo intitolato "C. Aspettativa dell'utenza" del medesimo allegato poi abrogato. (Vedi anche gli artt. 15, 17, 18 e 19, l.r. n. 18/2004).

Allegato ⁽¹⁵⁾**Piano regionale per la salute 2004-2006** ⁽¹⁶⁾**Introduzione****Lo scenario istituzionale attuale**

Il nuovo Piano Sanitario Regionale si colloca in un contesto di rilevante evoluzione dello scenario normativo, finanziario e contrattuale della sanità nel nostro Paese. La recente modifica al titolo V della Costituzione (*L.Cost. 18 ottobre 2001, n. 3*) valorizza le autonomie locali (art. 114) e, all'articolo 117, lettera m, indica la necessaria uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza, rinviando alla legislazione concorrente fra Stato e Regione la responsabilità della tutela della salute.

È, pertanto, compito della Regione regolamentare la materia, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione statale, con la conseguente maggiore responsabilizzazione della stessa Regione anche in materia di sostenibilità economica dei servizi sanitari.

Il vigente Piano Sanitario Nazionale, 2003-2005 (*D.P.R. 23 maggio 2003*), sviluppa ulteriori elementi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale diretti a sostenere il processo di cambiamento già avviato ed a promuoverne il miglioramento complessivo, in modo da garantire le prestazioni necessarie, efficaci ed appropriate per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini su tutto il territorio nazionale.

Già con il *D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* il Governo, su delega del Parlamento, aveva provveduto ad emanare le norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, riformando il precedente quadro disegnato dal *D.Lgs. n. 502/1992*. Le novità salienti introdotte all'epoca riguardano:

- il potenziamento del ruolo svolto dai Comuni e dai cittadini;
- la maggiore autonomia delle Aziende sanitarie pubbliche;
- l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza assicurati dal S.S.N. a titolo gratuito o tramite meccanismi di spesa partecipata, sulla base dei principi di tutela della dignità umana, del bisogno di salute, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'equità nonché dell'economicità di impiego delle risorse;
- la valorizzazione del ruolo dei distretti;
- l'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione dell'attività delle aziende dei S.S.R.

Significativi risultano, inoltre, gli interventi in materia di razionalizzazione, controllo e governo della spesa sanitaria che, in questi ultimi anni, hanno caratterizzato l'evoluzione del panorama sanitario nazionale. Con l'*Accordo Stato-Regioni* dell'8 agosto 2001 si è sancita la necessità di definire un quadro stabile di evoluzione delle risorse pubbliche destinate al finanziamento del S.S.N. a fronte dell'individuazione certa dei Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), premessa indispensabile per il

miglioramento dell'efficienza, tramite la razionalizzazione dei costi. Il quadro normativo è stato allora completato con la definizione dei L.E.A. operata con il [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#).

Lo scenario istituzionale e politico nel quale il nuovo Piano Sanitario Regionale si colloca è, pertanto, radicalmente diverso da quello in cui è stato approvato il precedente Piano Sanitario Regionale ([L.R. n. 9/1995](#)). Persino lo schema del nuovo Piano Sanitario Regionale è radicalmente differente dal precedente, il quale, a giudicare dagli effetti che ha prodotto sul sistema sanitario regionale nel lungo periodo della sua vigenza, non sembra abbia inciso significativamente né sul piano assistenziale né su quello gestionale e delle compatibilità economiche del sistema sanitario regionale. Riguardo tale specifico profilo è opportuno rilevare anche la scarsa incidenza delle leggi regionali di attuazione del [D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni e degli altri provvedimenti adottati in questi ultimi anni in materia sanitaria, ivi compresi quelli relativi agli accreditamenti istituzionali di cui al [D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modificazioni ed integrazioni.

Assai scarsa è stata l'attenzione verso i bisogni effettivi dei cittadini. L'enfasi verso l'efficienza ha fatto in parte scemare l'interesse verso l'efficacia dell'intervento assistenziale. I L.E.A., invece, corrispondono a specifici bisogni di salute. È partendo dall'analisi di questi ultimi che devono essere progettati i servizi assistenziali, che hanno il compito istituzionale di soddisfare il bisogno. Ogni ipotesi di razionalizzazione del S.S.R., ancorché finalizzata anche ad incrementare i livelli di efficienza del sistema, deve trovare precise risposte alla sempre maggiore domanda di salute che i cittadini pongono.

È necessario che il nuovo Piano Sanitario Regionale, coerentemente con i rilevanti cambiamenti istituzionali, politici e gestionali in sintesi descritti, si trasformi, da atto programmatico e di pianificazione sanitaria, in vero e proprio **progetto per la salute**, in grado di assicurare ai cittadini calabresi un sistema sanitario efficace, efficiente ed economicamente sostenibile.

Il quadro normativo di riferimento

Oltre alle norme già indicate si segnalano di seguito altri testi notevoli di riferimento per i principi fondamentali contenuti nel presente documento:

- il [D.M. 24 luglio 1995](#) del Ministro della Sanità recante "contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità nel S.S.N.";
- il [D.M. 15 ottobre 1996](#) del Ministro della Sanità recante "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del S.S.N. riguardanti la personalizzazione, l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie";
- la [legge 23 dicembre 1998, n. 448](#) (art. 28, comma 10);
- la [legge n. 133/1999](#) "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", che ha definito i principi ed i criteri per l'avvio del federalismo fiscale, prevedendo la sostituzione dei trasferimenti erariali a favore delle Regioni, in particolare di quelli destinati alla spesa sanitaria corrente;
- il [decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517](#) "Disciplina dei rapporti Università-Servizio Sanitario Nazionale";

- il [decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56](#) "Disposizioni in materia di federalismo fiscale (attuativo della [legge delega n. 133/1999](#))";
- la [legge 8 novembre 2000, n. 328](#) "Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la [legge n. 388/2000](#) (finanziaria 2001) che abolisce dal 1° gennaio 2001 i vincoli di destinazione dei trasferimenti statali per la sanità; sancisce l'obbligo di garantire comunque fino al 2003 livelli di copertura finanziaria da parte delle Regioni pari alla quota capitaria definita; pone a carico delle Regioni la copertura di eventuali disavanzi di gestione sulla base del patto di stabilità, attraverso l'autonomia impositiva;
- il decreto-legge 19 settembre 2001, n. 347 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella [legge 16 novembre 2001, n. 405](#), che ribadisce gli accordi economici dell'[Accordo dell'8 agosto 2001](#);
- la [legge regionale 7 agosto 2002, n. 29](#) e successive modifiche ed integrazioni "Approvazione disposizioni normative collegate alla legge finanziaria regionale relative al Settore Sanità".

Lo stato attuale del Servizio Sanitario Regionale

L'attuale Servizio Sanitario Regionale appare scarsamente efficiente ed efficace sia dal punto di vista del cittadino utente che da quello degli operatori sanitari e, infine, rispetto ai costi richiesti per la sua gestione.

A tutt'oggi, il Servizio Sanitario Regionale non è riuscito a garantire equità, soddisfazione dei bisogni sanitari degli utenti, efficienza organizzativa e sostenibilità economica. L'affermazione è ampiamente dimostrata dagli elementi di seguito indicati:

- liste d'attesa significativamente lunghe per prestazioni di diagnostica, comprese anche le patologie che richiederebbero immediata assistenza, e ciò a fronte di costi che, specie per tale sub-livello assistenziale, spesso si sono registrati di gran lunga superiori a quelli di altre Regioni;
- differenze quali-quantitative nei servizi offerti e nelle prestazioni erogate nelle varie aree della Regione;
- sprechi ed inappropriata delle richieste e delle prestazioni riferite alla specialistica ambulatoriale, alle prestazioni ospedaliere di ricovero ed all'assistenza farmaceutica;
- condizionamento della libertà di scelta dei cittadini;
- insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici, disabili, anziani e per le loro famiglie;
- costante e penalizzante saldo negativo della mobilità sanitaria nei confronti delle altre Regioni, non solo per le alte specialità, ma anche per le prestazioni di base.

Inoltre sul piano più squisitamente strutturale e relativo alla organizzazione dell'offerta dei servizi dell'attuale sistema sanitario regionale, si rilevano negativamente alcuni aspetti che il vigente PSR evidentemente non è riuscito a modificare per cui si registra ancora:

- una rete ospedaliera regionale che, pur programmata e pianificata dal vigente PSR, non risulta ancora attuata nella sua riorganizzazione ed è rimasta immutata rispetto al passato. Il modello dipartimentale, assunto dalla vigente normativa quale gestione ordinaria delle attività sanitarie, è ben lontano dall'essere realizzato;
- una confusa e poco efficace attuazione del modello assistenziale ed organizzativo dell'assistenza territoriale di tipo distrettuale che risulta ancora lontana dal consentire di raggiungere i risultati attesi in termini di unitarietà e globalità degli interventi sanitari per la popolazione di riferimento;
- la mancata attuazione di una rete territoriale efficiente di servizi diagnostici e di specialistica ambulatoriale in grado di soddisfare in ciascun Distretto la domanda dei cittadini e, di contro, il proliferare di erogatori accreditati in aree dove l'offerta esistente adeguatamente razionalizzata sarebbe stata più che sufficiente a soddisfare i bisogni sanitari delle popolazioni;
- la mancata attuazione di quelle misure organizzative ed operative di prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro che il modello di Dipartimento di Prevenzione delineato dalla vigente normativa in materia, se attuato, avrebbe certamente contribuito a realizzare;
- una non ancora efficace ed efficiente rete dei servizi di emergenza/urgenza, che, pur avendo registrato, con l'attivazione del sistema unico regionale del 118, un significativo sviluppo del sistema dell'emergenza territoriale, presenta ancora scarsità organizzativa e di efficacia sanitaria nella fase intra-ospedaliera dell'emergenza, laddove i Dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) di primo e di secondo livello, tranne qualche rara eccezione, non risultano ancora esistenti nella strutturazione organizzativa e gestionale prevista dalla vigente normativa al riguardo.

Principi e valori del nuovo Servizio Sanitario Regionale

Sotto un profilo etico l'impegno del Servizio sanitario pubblico e quindi del Servizio Sanitario Regionale è di assicurare "**buona salute**" ai cittadini. In questo impegno, politica ed etica confluiscono in un progetto unitario. Parlare di un servizio sanitario per i cittadini come di una conquista di civiltà guadagnata una volta per tutte apparirebbe questione banale e scontata. Di fatto non lo è, soprattutto da quando la spesa sanitaria è divenuta particolarmente onerosa nei Paesi "sviluppati", al punto da rendere necessari correttivi e revisioni al fine di rendere economicamente sostenibile il sistema stesso.

Gli strumenti per migliorare l'efficienza economica sono diversi, ma tutti, inevitabilmente richiedono la messa a fuoco delle priorità in base alle quali operare le scelte. L'individuazione delle priorità, nonché i passaggi a valle (dispositivi legislativi nazionali e regionali, regolamenti attuativi, ordinanze, direttive, ecc.), si fanno sulla base di elementi alcuni ritenuti imprescindibili ed altri differibili. Si compiono così, sempre e comunque, scelte di valori.

Interrogarsi allora sui valori di riferimento di un servizio sanitario non è un inutile esercizio intellettuale, bensì la conditio sine qua non per procedere ulteriormente ed efficacemente.

Vediamoli in rapida sintesi:

- Anzitutto **la centralità della persona umana in tutte le sue fasi di vita**, cioè la presa d'atto che ogni individuo è cardine e condizione di ogni costruzione sociale e della civile convivenza. Se ciò è vero, come ribadito dalle più solenni

dichiarazioni internazionali - dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo dell'ONU (1948) alla Convenzione dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000), allora il cosiddetto "diritto alla salute", o meglio di un equo accesso ai mezzi di prevenzione, cura e riabilitazione, si colloca quale espressione specifica del più grande ed inviolabile rispetto della dignità personale, come riaffermato in più riprese a livello internazionale e nazionale: dal Codice Internazionale di Etica Medica dell'Associazione Medica Mondiale (1983) alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa (1997), dalle diverse leggi istitutive e riformatrici del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) ai Codici deontologici medico ed infermieristico. Da ciò deriva, in ultima analisi, la piena giustificazione della strutturazione di un S.S.N. finanziato con il contributo proporzionale di tutti i cittadini (il federalismo fiscale in campo sanitario costituisce una modalità attuativa e non sostanziale, a patto che il singolo non sia danneggiato).

- **La considerazione che la salute consta di diverse dimensioni:** da quella fisico-organica a quella psichica, da quella socio-ambientale a quella etica. Quest'ultima, in particolare, assume rilevanza indubbia laddove riguardi la scelta personale di un comportamento a rischio, le conseguenze di tale comportamento nella relazione con gli altri e le implicazioni sociali (per es. la tossicodipendenza, ecc.), la relazione medico-paziente, le conseguenze delle decisioni mediche, la valenza sociale degli atti medici, le conseguenze delle decisioni economiche su quelle mediche. La salute costituisce allora un bene individuale, da tutelare con scelte e stili di vita salubri, e sociale, quest'ultimo inteso nel senso che da essi può derivare un incremento del livello di salute societario, con indubbe ricadute economiche. Emerge così il ruolo della responsabilità individuale in ambito sanitario sia dei cittadini che degli operatori sanitari nel porre atti socio-sanitari appropriati, efficaci ed efficienti (volti cioè a scegliere l'alternativa più "economica" laddove si ponessero diverse possibilità diagnostico-terapeutiche di efficacia paragonabile sul singolo caso) ed eque (ovvero erogate ai cittadini sulla base primariamente dell'indicazione clinica e non di parametri extraclinici come età, censo sociale, solvibilità), ecc.

- Da quanto detto, si impone con evidenza anche **la necessità di perseguire e/o promuovere una corretta educazione alla salute dei cittadini fin dai primi anni di vita.**

- **La proporzionalità delle cure e dei servizi secondo standard qualitativi adeguati.** Per proporzionalità delle cure si intende che gli operatori sanitari sono tenuti a prescrivere ai propri pazienti gli accertamenti diagnostici e le terapie del caso secondo il criterio aureo dell'indicazione (per elezione o in regime di urgenza) per quel singolo malato in quel determinato momento della patologia di cui soffre. La proporzionalità dei servizi, invece, significa che un servizio sanitario deve essere organizzato (e costantemente monitorato) adeguatamente alla situazione epidemiologica del Paese. Il tutto secondo una logica di miglioramento continuo della qualità.

- **L'integrazione dei diversi attori che direttamente o indirettamente hanno a che fare con il malato** (operatori sanitari, amministratori sanitari, economisti, politici) al fine di ottenere il risultato atteso da un servizio sanitario: la risoluzione-gestione dei problemi di salute del cittadino.

- **L'allocazione delle risorse è chiamata a riferirsi al valore personale.** In altri termini, ciò significa che dal punto di vista macro-allocativo, lo storno di risorse per il servizio sanitario è ampiamente giustificato. Questo significa che una società matura e consapevole dei propri diritti è pronta a farsi carico in modo proporzionale dei servizi che essa richiede. Macro-allocativamente, allora, il razionamento (taglio)

dei servizi-strutture si configura come accettabile, sempre secondo il valore-persona, solo se va ad incidere su realtà pletoriche, doppie, ipertrofiche rispetto ai bisogni della popolazione. Al fine di ottimizzare le risorse e la qualità delle prestazioni, considerando che la frammentazione delle attività aumenta i costi e causa dequalificazione delle stesse, è necessario altresì evitare la proliferazione delle strutture e dei servizi, soprattutto per quanto riguarda le alte specialità, anche nella prospettiva futura della creazione di poli unici regionali. Dal punto di vista micro-allocativo (cioè al letto del paziente) ogni razionamento esplicito di risorse, cioè la negazione di prestazioni sanitarie indispensabili al paziente in vista di possibili pazienti futuri o della previsione di scarsità di risorse, è inaccettabile; mentre, da sempre, il medico opera un razionamento implicito di sé, della propria opera, delle risorse immediatamente disponibili che, invece, non crea particolari problemi etico-deontologici.

- Di converso, **la razionalizzazione dei servizi e delle prestazioni** è da perseguire allo scopo di ottimizzare le risorse disponibili, con l'aiuto sia dei citati sistemi di miglioramento continuo della qualità sia con l'aiuto di una valida ricerca clinica che metta a disposizione dati sempre aggiornati sull'efficacia dei presidi diagnostici-terapeutici. In tale direzione, allora, il rapporto costi/benefici trova una sua valida giustificazione se mette in comparazione due valori omogenei (ad es. due diverse terapie con efficacia paragonabile ma di costo diverso e non, certamente, sul piatto di un'ipotetica bilancia il beneficio atteso per il paziente dall'erogazione di una determinata terapia e sull'altro piatto il suo costo).

- Per quanto riguarda invece i **sistemi di rimborso** delle prestazioni sanitarie, non esiste un sistema di per sé perfetto: ciascuno reca con sé luci ed ombre. Delle due l'una: o il sistema funziona, magari con correttivi o implementi, oppure lo si abbandona senza particolari rimpianti.

- Infine, un sistema incentrato sul valore persona sarà improntato nel suo insieme al **principio della sussidiarietà**, secondo il quale laddove il singolo non riesca a far fronte ad un bisogno (come nel caso di una malattia), la società se ne fa carico con un servizio ad hoc a supervisione pubblica ma senza mortificare iniziative di privati. In definitiva, una sanità veramente al servizio del cittadino è quella che sarà compatibile in senso globale, non solo economicamente, ma soprattutto eticamente, in vista del valore-persona.

Una sanità globalmente compatibile, infatti, sarà quella che:

A. pone a fondamento stabile la persona umana considerata quale valore insopprimibile in tutte le fasi del suo esistere;

B. persegue la necessaria integrazione tra la dimensione tecnica (il diritto, l'economia, l'organizzazione) e la dimensione dei valori umani.

La programmazione sanitaria regionale: dal Piano Sanitario al Piano per la Salute

Il principio della programmazione costituisce il fondamento del nuovo Servizio Sanitario Regionale. La programmazione sanitaria è pertanto qui intesa come:

- relazione tra offerta e domanda espressa e valutata di prestazioni ed attività sanitarie;

- integrazione intersettoriale di prestazioni e attività sanitarie e sociosanitarie;

- sviluppo e attuazione di un sistema a rete dei servizi teso a coniugare qualità ed economicità dei processi e percorsi assistenziali;
- strumento di valorizzazione del ruolo della comunità locale e delle sue rappresentanze istituzionali.

La programmazione sanitaria regionale inoltre è strumento indispensabile per la definizione:

- degli obiettivi e delle regole di funzionamento del sistema sanitario regionale;
- dei criteri di appropriatezza delle prestazioni e degli standards di funzionamento dei servizi;
- degli indirizzi per l'attivazione dei processi aziendali di produzione e controllo;
- dei criteri e requisiti di accreditamento.

Le funzioni sopra richiamate richiedono la ridefinizione di un ruolo strategico della Regione nella programmazione. I nuovi maggiori poteri assegnati alla Regione in materia sanitaria con la potestà di legislazione concorrente e il venire meno dal 2004 del vincolo nazionale di spesa in sanità, concorrono a rendere il settore sanitario sempre meno un "corpo separato" a livello regionale ed a farlo rientrare pienamente nella complessiva programmazione regionale.

Si rende possibile e necessario individuare strumenti per la valorizzazione dell'apporto degli Enti Locali alla programmazione, alla gestione ed al controllo della attività sanitaria, in particolare di quella ad alta integrazione socio sanitaria. Il presente P.R.S. in diverse parti formula proposte coerenti con tale assunto, in particolare, laddove si trattano i settori dell'assistenza territoriale e dei servizi ad alta integrazione sociosanitaria.

Lo sviluppo dei nuovi poteri della Regione sopra richiamati richiede una qualificazione delle funzioni della Regione in materia di indirizzo, valutazione e controllo delle attività e prestazioni sanitarie e, in particolare, della Giunta regionale che, valorizzando le competenze professionali del competente Dipartimento Sanità, procede al potenziamento delle funzioni conoscitive sui bisogni, sulla domanda di salute e sui determinanti sociali e ambientali della salute medesima attraverso lo sviluppo dei flussi informativi gestionali e di quelli di carattere epidemiologico, nonché con la produzione di un'apposita Relazione Sanitaria Annuale, finalizzati a:

- fornire al livello regionale le conoscenze utili alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'organizzazione del sistema;
- permettere una confrontabilità trasversale tra le diverse aree territoriali tale da fornire strumenti per la valutazione dei bisogni e per la programmazione a livello aziendale e di Distretto;
- definire standard di riferimento (di domanda, di risorse ed operativi) che costituiscano obiettivo e vincolo per le attività del Servizio Sanitario Regionale;
- definire standard di programmazione che costituiscano riferimento per il rilascio delle autorizzazioni e degli accreditamenti di nuove strutture sanitarie, nonché per la stipula di accordi contrattuali;
- sviluppare strategie orientate al miglioramento continuo della qualità, alla medicina basata sull'evidenza delle prove (evidence based medicine), all'appropriatezza, alla tempestività della risposta, all'accessibilità, alla

umanizzazione ed alla personalizzazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Finalità e obiettivi generali del nuovo Piano Regionale per la Salute

La salute è diritto e risorsa fondamentale per l'individuo e la collettività. Un Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) equo, efficace ed efficiente facilita lo sviluppo economico e sociale della comunità locale.

Il nuovo Piano Regionale per la Salute deve rappresentare lo strumento programmatico per lo sviluppo delle capacità dei S.S.R., finalizzato a promuovere e migliorare la salute con interventi preventivi, curativi e riabilitativi, usando al meglio le risorse umane, scientifiche, professionali, organizzative, strumentali ed economiche che la collettività rende disponibili, valorizzando le risorse delle persone, delle famiglie e delle aggregazioni sociali destinatarie degli interventi sanitari e sociosanitari.

Il nuovo Piano Regionale per la Salute, in coerenza con quanto stabilito dal D.Lgs. n.. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, ed in linea con le indicazioni fornite dal nuovo Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, intende dare una risposta unitaria e coerente ai tre grandi obiettivi che la sanità si trova oggi dinanzi:

- il miglioramento dello stato di salute della popolazione
- la soddisfazione dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini
- l'efficienza e la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Le scelte strategiche del Piano Regionale per la Salute

Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006, si caratterizza per volere avviare una vera e propria riforma del Servizio Sanitario Regionale sul piano culturale, strutturale ed organizzativo. Per la realizzazione di questa riforma assumono particolare rilievo le scelte strategiche compiute con il presente P.R.S. e relative agli obiettivi di salute, agli obiettivi assistenziali, al riordino ed alla evoluzione del sistema delle aziende del S.S.R., alle procedure ed ai percorsi attuativi e alla valutazione periodica degli esiti e dei risultati del piano medesimo.

Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 si pone come **obiettivo generale la promozione della salute.**

Benefici di salute rilevanti sono acquisibili anche attraverso politiche diverse da quella sanitaria, in una logica di "sistema per la salute" che integra la politica dell'ambiente, l'educazione, adeguate condizioni di lavoro, la sicurezza nei trasporti, il miglioramento della organizzazione dei tempi di vita.

Il presente Piano propone una strategia organica che, a partire da un sistema sanitario altamente integrato, collabora con altri settori, apparentemente distinti, ma che, per il loro impatto sulle condizioni di vita, influenzano, talora in modo determinante, la salute delle persone e assumono particolare rilievo nella definizione delle priorità non solo di politica sanitaria, ma anche di politica sociale, del lavoro, della casa, dell'istruzione, dell'ambiente e dei trasporti.

Tale strategia complessiva permette un maggiore controllo dei determinanti sanitari, sociali, economici e ambientali, favorendo il miglioramento delle misure di prevenzione e di promozione della salute.

Gli obiettivi di salute di seguito indicati nascono dall'analisi epidemiologica della popolazione italiana e tengono conto delle specificità della Regione Calabria e delle indicazioni dei vigente P.S.N.

Essi tengono inoltre conto degli obiettivi fissati dall'Unione Europea ("nuovo programma d'azione comunitario nel settore della sanità 2001-2006)" e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità ("Health 21 - Salute per tutti nel XXI secolo").

Tengono infine conto dei principi sanciti dalla "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea" approvata nel vertice di Nizza.

Per ogni obiettivo sono presentati la situazione attuale, i risultati attesi e le azioni per conseguirli nel triennio, tenendo conto che, in certi casi, la definizione degli obiettivi è basata su parametri di breve-medio periodo e che la natura dei problemi da affrontare richiede una programmazione di più ampio respiro che coinvolge anche le competenze istituzionali dello Stato e della Comunità Europea.

Con il presente P.R.S., la Regione individua gli obiettivi di salute prioritari e predispone un programma di indirizzo delle azioni e delle attività per il triennio, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi medesimi. I Piani Attuativi delle Aziende del S.S.R. dovranno declinare nello specifico e per ciascuna area territoriale di riferimento gli obiettivi di salute definiti dal presente P.R.S.

Poiché gli obiettivi sono tendenziali, ai fini della valutazione dei P.R.S., il riferimento è costituito dalla realizzazione delle azioni previste, dal rispetto dei criteri di appropriatezza nella scelta delle azioni e dalla erogazione di un livello adeguato di servizi e di prestazioni ad essi correlati.

La Regione Calabria, nell'ottica del pluralismo scientifico e della libertà di scelta da parte del paziente, promuove tramite apposita legge regionale la qualità delle prestazioni professionali di Medicine Non Convenzionali in ambito pubblico e privato, valorizzando il ruolo del medico di medicina generale come elemento di informazione e di integrazione delle Medicine non Convenzionali nelle politiche della salute.

La Regione si impegna ad avviare sistemi di monitoraggio che consentano di valutare periodicamente l'andamento in funzione degli obiettivi di salute e di verificarne il raggiungimento nel medio periodo.

Tutto ciò ha per conseguenza che i principi e i valori che orientano questo P.R.S. sono:

- **l'universalità di accesso** sulla base del grado di necessità dell'assistenza sanitaria valutata in base alle conoscenze scientifiche sull'efficacia;
- la **libertà della persona** e i bisogni dei singoli e delle famiglie sono difesi e valorizzati, le libertà di scelta sono promosse, valorizzate e pienamente tutelate;
- **l'eguaglianza nell'accessibilità** a servizi uniformemente distribuiti su tutto il territorio regionale;
- la **responsabilità collettiva** cioè condivisione del rischio finanziario e del contributo economico dei singoli individui basato sulla capacità contributiva;
- **l'accoglienza** che il S.S.R. si impegna a migliorare nelle strutture sanitarie e per tutte le prestazioni;

- l'**attenzione ai più deboli** che il S.S.R. si impegna a prestare con particolare attenzione ai bambini, ai disabili, al malati cronici, alla donna ed agli anziani;

- l'**approccio integrato di tutti i soggetti pubblici e privati**, con particolare attenzione all'impresa non profit, consente di perseguire gli obiettivi di salute di un efficace ed efficiente servizio sanitario pubblico;

- la **sostenibilità economica e sociale** del sistema è alla base delle scelte del S.S.R. ed il controllo della spesa è attuato attraverso la valorizzazione dell'appropriatezza e degli interventi più efficaci per tutti;

- la **partecipazione sociale e istituzionale** nella definizione, realizzazione, valutazione e controllo dei risultati dei S.S.R. così come la responsabilizzazione dei livelli istituzionali, organizzativi e professionali sono presupposti fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi del P.R.S.;

- l'**equità nella distribuzione delle risorse e dell'offerta di servizi** e lo sviluppo dell'aspetto solidaristico del S.S.R. Ciò implica l'incremento delle garanzie collettive e la disincentivazione degli interessi localistici, particolaristici e corporativi.

L'uso appropriato dei LEA

La Regione predispone indirizzi per ottimizzare le risorse disponibili riorientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità di intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza e le potenzialità del S.S.R. Gli indirizzi prioritari sono relativi ai seguenti aspetti:

- Ricovero ospedaliero
- Pronto soccorso
- Diagnostica ambulatoriale
- Ricorso al medico di medicina generale.

Per introdurre un percorso programmatico delle attività sanitarie attento ai principi di appropriatezza occorre intervenire sui processi di gestione (chi decide), sui processi di organizzazione (la migliore combinazione tra attività e risorse) e sui processi di produzione (il soddisfacimento della domanda). È infatti necessario che tutti gli attori del sistema si attivino affinché le scarse risorse disponibili siano ottimizzate, riorientandole verso l'utilizzo di quei livelli assistenziali e servizi che combinano nel miglior modo possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità dell'intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza del sistema.

Per ciascuno degli obiettivi assistenziali di cui al presente P.R.S. sono indicati gli strumenti operativi per definire l'appropriatezza delle prestazioni comprese in ciascuno dei Livelli Essenziali di Assistenza con particolare riferimento a:

- prevenzione collettiva;
- servizi territoriali;
- specialistica ambulatoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza ospedaliera.

In particolare, in merito ai ricoveri ospedalieri, si è evidenziato un elevato livello di inappropriatezza, per cui occorre introdurre specifici strumenti di valutazione degli stessi, la cui applicazione si rende inoltre necessaria al fine di verificare che il meccanismo del finanziamento a DRG, e dunque a prestazione, non produca, così come di fatto avvenuto negli ultimi anni ed in modo particolare in alcune aree della Regione, un consistente aumento dei ricoveri.

A tal fine viene istituita la Commissione Regionale per l'appropriatezza, con compiti di supporto nei confronti dell'Assessorato alla Salute ed organizzazione sanitaria, così composta:

1. Assessore alla Tutela della Salute o suo delegato che la presiede;
2. Cinque membri in rappresentanza degli Ordini dei medici, uno per Provincia;
3. Cinque membri, esperti nella problematica, individuati dall'Assessore alla tutela per la salute all'interno dei rappresentanti delle società scientifiche calabresi di derivazione nazionale.

Integrazione socio-sanitaria nel nuovo Servizio Sanitario Regionale

La Regione, in misura prioritaria, favorisce l'integrazione tra il servizio sanitario e quello sociale nei rispetto delle indicazioni contenute nel [D.Lgs. n. 229/1999](#) e successive modifiche ed integrazioni, e più specificatamente contenuti nel piano regionale per la salute e nel piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

Tale integrazione viene garantita attraverso l'applicazione dei livelli di assistenza socio sanitari più precisamente definiti nelle prestazioni, nelle fonti normative e nei relativi oneri finanziari.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione e di cui all'[art. 3-septies, comma 4 del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni ed all'[art. 22 della legge n. 328/2000](#)", cioè tutte le prestazioni caratterizzate da particolare terapeutica ed intensità della componente sanitaria le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcol e farmaci, patologie infettive da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzata dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza ed alla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi-residenziali e sono, in particolare, riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.

Tali prestazioni sono a carico del fondo sanitario e sono assicurate dagli ambiti territoriali secondo le modalità individuate dalla vigente normativa, dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Regionale per la Salute, nonché dai progetti obiettivo nazionali e regionali.

L'integrazione socio-sanitaria, per rispondere appieno ai bisogni sociali e di salute, si realizza a diversi livelli:

- **istituzionale**, quando il servizio discende da specifici indirizzi di politica socio-sanitaria emanati dalla istituzione che la gestisce;
- **inter-istituzionale**, quando una struttura fa riferimento a livelli istituzionali diversi che operano in sinergia fra loro;
- **inter-organizzativa**, con l'utilizzo all'interno di una stessa unità operativa di professionalità dipendenti dal punto di vista amministrativo da strutture diverse, come nel caso di operatori del S.S.R., dei Comuni e del privato sociale;
- **inter-professionale** quando le diverse figure professionali operanti all'interno della struttura convergono in maniera complementare su bisogni e problematiche aventi caratteristiche unitarie.

La Regione individua con successivi provvedimenti i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e S.S.R. garantiscono l'integrazione su base territoriale delle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali di rispettiva competenza.

La realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono il sistema integrato dei servizi sociali si attuano attraverso il metodo della comune programmazione, concertazione e cooperazione tra i soggetti istituzionali e tra questi e le organizzazioni sindacali e gli altri soggetti di cui dell'*art. 1, comma 4, della legge n. 328/2000*.

Per questo saranno individuati atti coordinati ed unici per l'attuazione dei principali strumenti della programmazione regionale. Così come dovranno essere predisposte linee guida di supporto al S.S.R. ed alle amministrazioni comunali per la definizione unitaria di piani sanitari locali e piani di zona sociali che abbiano il valore di veri e propri piani integrati finalizzati agli obiettivi di salute e di benessere delle comunità locali.

In riferimento agli adempimenti di cui sopra le competenti strutture del S.S.R. concordano con i Sindaci dell'ambito interessato le modalità organizzative e le azioni necessarie a garanzia dell'applicazione della programmazione stabilita.

Partecipazione e responsabilizzazione nel nuovo Servizio Sanitario Regionale

Il Piano Regionale per la Salute, così per come espressamente indicato al comma 13, dell'*articolo 1, del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni, rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale.

Coerentemente con i principi e le competenze attribuite alla Regione dall'*articolo 2 del citato D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni, è riconosciuto e valorizzato:

- il ruolo dei Comuni attraverso la Conferenza dei Sindaci a livello aziendale, dei Comitati dei Sindaci per ciascun ambito territoriale e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;
- il livello di autonomia, competenze istituzionali e di responsabilità delle articolazioni gestionali ed organizzative del Servizio Sanitario Regionale.

La responsabilizzazione delle gestioni sanitarie ed ospedaliere, degli ambiti territoriali di organizzazione e di produzione e dei Comuni comporta che il P.R.S. sia declinato e arricchito dal Piano Attuativo Locale e dal Programma delle attività

territoriali che, assumendone l'indirizzo e gli obiettivi, lo rendano concreto e operativo su tutto il territorio regionale, in coerenza con la pianificazione socio-sanitaria integrata e con i Piani di zona socio-assistenziali.

Accanto alla partecipazione degli Enti locali, il P.R.S. valorizza la partecipazione sociale delle altre istituzioni, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni professionali, del terzo settore socialmente impegnato, dell'associazionismo, del volontariato, dell'imprenditoria, tenendo anche conto delle correlazioni tra il S.S.R., sviluppo ed occupazione.

Particolare attenzione è posta ai problemi della gestione e dell'implementazione del nuovo S.S.R., poiché il P.R.S. si configura come un processo di trasformazione del S.S.R. che riguarda le strutture, le tecnologie sanitarie, le risorse e le procedure.

Tra le condizioni ritenute indispensabili per l'efficacia applicativa del nuovo Piano Regionale per la Salute, se ne evidenziano alcune di particolare rilievo, che dovranno trovare contemporaneamente alla approvazione del Piano medesimo la loro concreta risoluzione:

a. l'attivazione delle funzioni di indirizzo e controllo regionale nei confronti del livello aziendale, sugli obiettivi da perseguire e sul rispetto dei modelli organizzativi nonché del controllo da parte aziendale nei confronti degli erogatori delle prestazioni, con particolare riguardo alla verifica della qualità, dei servizi, dell'appropriatezza delle prestazioni in rapporto all'utilizzo delle risorse assegnate;

b. l'adeguamento della organizzazione, delle competenze e delle risorse umane del Dipartimento Sanità della Regione in funzione degli obiettivi organizzativi e dei criteri prima definiti. In tale prospettiva, in via pregiudiziale, tenuto conto della necessità di riordinare completamente le materie di competenza dei settori, ferma restando l'articolazione del Dipartimento in sei settori, è soppresso il settore istituito con l'*art. 12 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29*.

Il ruolo del cittadini e delle formazioni sociali

Questo P.R.S., in accordo con il PSN, intende valorizzare il ruolo dei cittadini e delle componenti sociali come titolari di diritti e di responsabilità in merito alla promozione ed alla tutela della salute, nell'ambito della realizzazione di un patto di solidarietà per la salute anche a livello regionale che deve coinvolgere, come indicato dal vigente PSN: cittadini, operatori sanitari, istituzioni, volontariato, produttori non-profit e profit di beni e servizi di carattere sanitario, organi e strumenti della comunicazione.

Per questi motivi il P.R.S. assegna un ruolo di priorità alle iniziative per la promozione della salute e per la informazione dei cittadini, individua obiettivi di salute che coinvolgono il cittadino, la sua famiglia e la sua rete sociale. È sottolineata l'importanza della integrazione socio-sanitaria ed è previsto lo sviluppo e la valorizzazione di strumenti che consentono al cittadino di contribuire alla valutazione della qualità e dei risultati dell'assistenza anche in base a quanto previsto dall'*articolo 14 del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni.

Per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio, la Regione si impegna a realizzare iniziative per la divulgazione di dati sulla qualità e gli aspetti economici delle prestazioni e dei servizi erogati sulla base di intese con le formazioni sociali stesse.

(15) Allegato abrogato dall'art. 15, comma 1, ottavo alinea, *L.R. 18 luglio 2008, n. 24*, a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'art. 11, comma 5, della stessa legge, al fine di evitare l'interruzione di attività amministrative.

(16) Ai sensi dell'art. 13, *L.R. 11 gennaio 2006, n. 1* le funzioni e i compiti in materia farmaceutica, riservate alla competenza della Regione Calabria dal presente piano devono intendersi come non comprensive di quelle previste dall'art. 126, *L.R. 12 agosto 2002, n. 34*, che restano attribuite alle Province.

A norma dell'art. 31, comma 3, *L.R. 21 agosto 2006, n. 7* il termine previsto dal presente Piano per l'adeguamento degli erogatori privati agli ulteriori requisiti di accreditamento è prorogato al 31 dicembre 2006.

Le scelte organizzative del nuovo Servizio Sanitario Regionale

Il riassetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale ha come obiettivo fondamentale quello di dar vita ad un impianto in cui le esigenze e i contributi della rappresentanza politico-istituzionale, il rafforzamento del processo di aziendalizzazione e la razionalizzazione dei processi assistenziali e gestionali possano trovare una rimodulazione tale da assicurare alla collettività un sistema sanitario efficace, efficiente e sostenibile economicamente, nel quadro delle nuove autonomie e responsabilità affidate alle collettività locali.

I principi e valori che orientano il nuovo S.S.R. si realizzano attraverso:

1. uno **stretto collegamento** tra:

- **livelli di assistenza**, intesi come individuazione delle tipologie assistenziali delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale offre, produce e finanzia in applicazione dei principi ispiratori delle finalità e degli obiettivi dello stesso;

- **regionalizzazione**, intesa quale strategia diretta ad affrontare il nuovo rapporto bisogni-risorse e le esigenze di cambiamento dell'organizzazione sanitaria sul piano istituzionale, ai fini del ridisegno dell'offerta assistenziale e in riferimento al modello organizzativo-gestionale dei servizi e delle prestazioni;

- **aziendalizzazione**, intesa quale processo che individua l'azienda quale mezzo per riorganizzare l'organizzazione produttiva in una logica strumentale rispetto al raggiungimento di finalità economiche e di tutela della salute.

2. una **razionalizzazione dell'organizzazione produttiva** attuata con l'applicazione dei principi della scienza dell'organizzazione in base ai quali emergono due tipologie fondamentali di processi di lavoro riconducibili all'attività di ricovero ospedaliero ed alla attività territoriale, con distinte organizzazioni dell'offerta e della produzione.

3. un **nuovo ruolo della Regione**, quale soggetto istituzionale cui è demandato il compito e la responsabilità di determinare l'organizzazione complessiva dell'offerta dei servizi e delle prestazioni individuati dai livelli di assistenza, in coerenza con le indicazioni derivate dall'epidemiologia e la disponibilità di risorse.

4. la **ricerca di economie di scala** realizzabili con la semplificazione delle procedure gestionali e la razionalizzazione dei processi di organizzazione e

produzione;

5. una **netta distinzione nell'organizzazione produttiva tra responsabilità gestionali, responsabilità organizzative e responsabilità produttive**, anche al fine di rendere il più possibile riconoscibili le diverse responsabilità da parte di chi utilizza i servizi e da parte di chi, in una logica di committenza, rappresenta le istanze della popolazione;

6. la **coerenza delle strategie gestionali ed organizzative con le condizioni e la disponibilità di risorse professionali e di struttura** anche in funzione di una riduzione degli squilibri esistenti fra i diversi ambiti territoriali;

7. il **superamento della schematica e tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera ed assistenza extra-ospedaliera** basata su una concezione funzionale dell'organizzazione sanitaria che confonde le strutture fisiche di produzione e di erogazione delle prestazioni (ospedale) con le funzioni assistenziali (assistenza ospedaliera);

8. una **valorizzazione dell'assistenza ospedaliera**, quale punto di riferimento di maggior complessità, rilevanza ed eccellenza delle prestazioni sanitarie offerte e prodotte dal servizio sanitario, fondata sulla distinzione fra:

- **Attività di base**, identificate in rapporto ad attività frequenti e, generiche che non richiedono per l'esercizio una organizzazione complessa;

- **Attività specialistiche**, identificate in rapporto a particolari caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio di riferimento, a necessità organizzative dirette a garantire la gestione dell'emergenza-urgenza, all'ottimale utilizzo delle tecnologie;

- **Attività di alta specializzazione ed eccellenza**, identificate in rapporto a specifiche esigenze di impiego di risorse professionali e di tecnologie, in funzione del completamento e dell'autosufficienza del S.S.R.;

9. una **realizzazione di condizioni di sicurezza nell'uso dell'ospedale** a garanzia della popolazione assistita ed allo scopo di limitare i rischi insiti nell'esercizio dell'attività professionale, nonché per sviluppare l'appropriatezza clinico-assistenziale ed organizzativa delle prestazioni rese;

10. la **piena attribuzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale all'organizzazione produttiva dei servizi territoriali** al fine di realizzare il miglior rapporto tra ospedale e territorio in coerenza con quanto previsto dalla vigente definizione dello specifico livello di assistenza e con le tipologie produttive delle prestazioni sanitarie;

11. l'attribuzione **all'assistenza territoriale tutte le attività di assistenza sanitaria che non costituiscono ricovero** o che non sono ricomprese nell'assistenza ospedaliera;

12. una **riorganizzazione e lo sviluppo delle attività di emergenza** secondo un'organizzazione che riconosca al territorio, tramite il 118, il compito di provvedere alle attività di intervento, primo soccorso e trasporto ed all'ospedale il compito di orientare l'attività del territorio e di assicurare le prestazioni che richiedono competenze ed organizzazione specializzate fino alla degenza;

13. un rinnovato **rapporto fra strutture pubbliche e private** basato su una capacità di offerta in una logica di sistema e non solo di servizio pubblico e su una correttezza di rapporti, a garanzia della qualità e appropriatezza delle prestazioni

nonché della sostenibilità della spesa, fondata sulla chiarezza e distinzione nell'uso degli strumenti concernenti autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale e sullo stimolo reciproco allo sviluppo;

14. lo **sviluppo progressivo dell'organizzazione**, secondo una logica progettuale volta ad adattare le configurazioni al variare delle strategie necessarie per regolare i rapporti fra i livelli decisionale, organizzativo, operativo;

15. la gestione delle attività e delle risorse in base al **piano di attività aziendale ed al bilancio preventivo annuale**, definiti secondo gli indirizzi di programmazione annualmente stabiliti dalla Giunta regionale in attuazione della pianificazione vigente;

In riferimento a tali princìpi e valori le scelte organizzative che costituiscono condizioni indispensabili per lo sviluppo del nuovo Servizio Sanitario Regionale sono:

- una **ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere** di cui all'*art. 9 della legge regionale 3 aprile 1995, n. 9*, secondo le determinazioni dell'organizzazione dell'offerta definita dalla Regione;

- un **sistema di rete** attento alla compatibilità tra le risorse impiegate e quelle disponibili per l'assistenza sanitaria, nella consapevolezza che l'obiettivo della compatibilità può essere raggiunto solo se si sposta l'attenzione dalla questione dei costi e dei tagli a quella dell'efficacia e della qualità delle prestazioni rese, attraverso l'incremento della appropriatezza e dell'efficienza, per ciò che concerne gli aspetti strutturali (es. il riordino della rete dei servizi e attività territoriali e della rete ospedaliera), organizzativi (es. la definizione del fabbisogno di personale, i modelli organizzativi e la gestione degli acquisti) e tecnico-professionali (es. linee-guida evidence-based, formazione ed aggiornamento del personale);

- l'**innovazione** resa necessaria e opportuna: dalle trasformazioni nella dinamica demografica, sociale e delle patologie; dalle esigenze di rispettare i vincoli imposti dagli obiettivi di risanamento della finanza pubblica; dallo sviluppo delle tecnologie sanitarie; dalle opportunità offerte dalla informatica e dalla telematica; dalla evoluzione dei modelli organizzativi;

- una **programmazione e valutazione** delle prestazioni e delle attività rese del S.S.R. in cui le decisioni si basano su dati ed indicatori oggettivi e controllabili in materia di bisogni, attività e processi attivati;

- i **percorsi assistenziali** che devono rappresentare le modalità organizzative abituali attraverso le quali assicurare ai cittadini, in forme appropriate, tempestive, coordinate e programmate, l'accesso e la fruizione dei servizi all'interno dell'offerta che il Servizio Sanitario Regionale mette a disposizione degli stessi;

- la **comunicazione** come strategia finalizzata a favorire sia uno sviluppo condiviso della rete dei servizi sanitari, sia il senso di appartenenza e condivisione di cittadini ed operatori al Servizio Sanitario locale e regionale;

- la **qualità** complessiva delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini, che deve essere messa al centro del rinnovamento del S.S.R. e deve realizzarsi solo con l'adozione di un progetto strategico per la qualità che favorisca la partecipazione e condivisione di tutti gli operatori e che ne valorizzi le competenze ed il senso di appartenenza al S.S.R.

• le **modificazioni culturali e gli investimenti**, diretti a permettere lo sviluppo e la realizzazione di strategie volte alla valorizzazione delle politiche di promozione della salute e alla individuazione di modelli di allocazione delle risorse e di controllo dei consumi che, a loro volta, siano in grado di esaltare l'appropriatezza del ricorso alle prestazioni sanitarie e la loro efficacia rispetto agli obiettivi.

Al fine di favorire la realizzazione di tali scelte si è provveduto a definire un riassetto organizzativo dei S.S.R. che, prescindendo dalla individuazione delle singole sedi erogative e dalla quantità e qualità delle prestazioni, definisce in maniera esplicita il ruolo dei diversi livelli istituzionali e delle relative modalità di relazione, individuando i rispettivi strumenti operativi in un contesto, comunque, fortemente caratterizzato da elementi di razionalizzazione, efficienza ed efficacia operativa e gestionale.

La finalità di tale riassetto è anche quella di avviare un processo di riorganizzazione che determini nel tempo anche condizioni di "**riassetto istituzionale**" nel quadro di una evoluzione progressiva del Servizio Sanitario Regionale diretta alla riduzione dei centri di gestione ed al loro accorpamento secondo nuovi dimensionamenti territoriali e gestionali.

Gli spunti, gli elementi e gli strumenti necessari per la costruzione del nuovo assetto organizzativo del S.S.R. sono stati ricercati nel [D.Lgs. n. 229/1999](#) che, sia pure con degli adattamenti derivanti dalla necessità di una sua contestualizzazione alla realtà calabrese, costituisce il punto di riferimento per la definizione dell'assetto organizzativo proposto.

Altro elemento caratterizzante e specifico del riassetto proposto deriva dall'evoluzione tecnologica, soprattutto quella collegata alla Information Communication Technology (I.C.T.) e ai meccanismi di gestione, che consente di guardare alle funzioni amministrative e tecnico-gestionali come processi di supporto, che possono essere materialmente disgiunti dai processi assistenziali correlati ai servizi sanitari ed essere pensati come piattaforme di servizi, puntualmente messe a disposizione dei processi sanitari ed assistenziali.

Struttura istituzionale del S.S.R.

Il Servizio Sanitario Regionale, nella salvaguardia dei principi di solidarietà e universalità e nel rispetto delle compatibilità economiche e finanziarie, definite dalla programmazione regionale, persegue, con la partecipazione degli enti locali, delle formazioni sociali impegnate nel campo dell'assistenza, delle associazioni degli utenti e delle organizzazioni sindacati dei lavoratori, l'obiettivo di favorire lo sviluppo omogeneo del sistema sanitario attraverso un progressivo superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, anche attraverso l'organizzazione a rete dei servizi e l'integrazione delle prestazioni, assicurando il rispetto della dignità della persona, l'equità nell'accesso e la continuità nei percorsi assistenziali, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni.

Il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale individua:

• un **ruolo di centralità del Dipartimento Sanità**, riorganizzando i sei settori in cui è articolato sulla base dei seguenti obiettivi:

* razionalizzazione dell'organizzazione secondo i principi fondamentali dell'organizzazione basati sui processi di lavoro e sul coordinamento;

* superamento dell'organizzazione per funzioni introducendo logiche e configurazioni organizzative basate su: divisionalizzazione per prodotto; organizzazione per processi; organizzazione ad hoc o a matrice;

* sviluppo progressivo dell'organizzazione al fine di adattare le configurazioni al variare delle strategie necessarie per regolare i rapporti fra i livelli decisionale, organizzativo, operativo;

* sviluppo delle capacità di razionalizzazione, organizzazione e gestione dell'offerta assistenziale regionale a livello ospedaliero e territoriale;

* miglioramento delle capacità di indirizzo, coordinamento, controllo e sviluppo dell'organizzazione produttiva in rapporto agli indirizzi di sistema ed alle esigenze ed obiettivi del servizio sanitario regionale;

* miglioramento delle conoscenze epidemiologiche, dei dati di attività e di utilizzo delle risorse;

* sviluppo delle capacità di ricerca e formazione;

* sviluppo dell'organizzazione del lavoro e dell'utilizzo delle tecnologie disponibili; nonché dei seguenti criteri;

* articolazione delle strutture in rapporto alla tipologia dei processi produttivi previsti dai livelli essenziali di assistenza ed alle risorse utilizzate;

* distinzione fra compiti di gestione delle attività che compongono l'offerta assistenziale e compiti di gestione delle risorse necessarie alla realizzazione dell'offerta;

* realizzazione di processi e meccanismi permanenti di coordinamento fra risorse e attività in funzione delle metodologie di gestione previste, degli obiettivi da perseguire e dei compiti da svolgere;

* realizzazione di modalità di coordinamento con l'organizzazione produttiva delle aziende sanitarie, ferma restando la distinzione di ruoli e responsabilità fra organizzazione dell'offerta e organizzazione produttiva;

* utilizzo delle professionalità in rapporto ai compiti ed alle attività da svolgere.

• **undici Aziende Sanitarie**, i cui ambiti territoriali e le rispettive sedi sono quelle indicate dall'*art. 1 della L.R. 12 novembre 1994, n. 26*;

• **tre Aziende Ospedaliere**: l'Azienda "Annunziata" di Cosenza, l'Azienda "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, l'Azienda "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria.

Nelle Aziende del S.S.R. sono assicurate le esigenze formative, didattiche e di ricerca delle Università calabresi, secondo criteri definiti in appositi protocolli d'intesa che valorizzino le funzioni e le competenze specifiche degli Atenei. A tal fine le vigenti convenzioni tra Regione, Aziende ed Università dovranno essere adeguate entro quattro mesi dall'approvazione del P.R.S. decorsi i quali cesseranno comunque la loro efficacia.

Le Aziende suddette sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, ai sensi dell'articolo 3, comma 1-bis, del *D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni esercitano le funzioni, perseguono e realizzano gli obiettivi ed assicurano i Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Piano Regionale per la Salute

INDIRIZZI, VERIFICA E CONTROLLO DELLA REGIONE

1. La Regione, attraverso gli strumenti di programmazione, individua annualmente gli obiettivi da assegnare al servizio sanitario regionale, assegna le relative risorse e verifica il conseguimento degli obiettivi assegnati tramite l'impiego di idonei strumenti di controllo di gestione e di governo della spesa sanitaria.
2. I rapporti con l'Università, gli IRCSS, CNR, ISPEL, altri Enti di Ricerca ed INAIL, presenti nel territorio regionale, sono regolamentati con protocolli di intesa dalla Giunta regionale sulla base delle vigenti disposizioni di legge.
3. Per il governo del sistema sanitario e delle sue interrelazioni con gli altri settori di competenza, la Regione si avvale dell'apposito sistema informativo sanitario, individuato nell'ambito del Dipartimento Sanità, potenziato dalla Giunta regionale entro il primo anno di vigenza del P.R.S. con specifico progetto.

Organizzazione delle Aziende Sanitarie

L'organizzazione dell'attività e dei servizi nelle Aziende Sanitarie si basa sui **seguenti criteri**:

1. distinzione fra **Direzione Generale**, costituita dal **Direttore Generale**, dal **Direttore Sanitario** e dal **Direttore amministrativo**, tenuti ad operare in sintonia, pur nella distinzione dei relativi ruoli e responsabilità, e **Direzioni di strutture aziendali corrispondenti alle attività gestionali, di organizzazione, di produzione**, cui spetta la responsabilità sotto il profilo gestionale, organizzativo e produttivo delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
2. **configurazione divisionale** dell'organizzazione basata sulla logica di prodotto e sullo accentramento e decentramento di funzioni;
3. distinzione fra **attività gestionali, attività organizzative, attività produttive e di erogazione**;
4. distinzione fra **attività centrali e centralizzate** di gestione ed **attività decentrate o delegate** di organizzazione, produzione ed erogazione;
5. distinzione fra **responsabilità dei fattori produttivi** (organizzazione) e **responsabilità dell'attuazione dei processi** (produzione);
6. separazione fra **responsabilità delle infrastrutture produttive** (presidio ospedaliero, distretto, dipartimento, ecc.) e **responsabilità dei processi produttivi**;
7. **individuazione di una struttura centrale di Direzione Aziendale** per la direzione complessiva dell'azienda sotto il profilo gestionale, organizzativo, produttivo, erogativo;
8. **riorganizzazione delle strutture e delle attività aziendali** a seconda che esse debbano soddisfare i bisogni di salute della popolazione attraverso i conseguenti processi di promozione e tutela della salute ovvero erogare prestazioni alle persone assistite e realizzare i conseguenti processi clinico-assistenziali;
9. **raggruppamento dei processi produttivi delle prestazioni individuate dai livelli di assistenza** in base alla omogeneità delle metodologie di produzione ed erogazione delle prestazioni stesse;
10. **aggregazione delle attività che compongono i processi assistenziali**, ivi compresi i supporti propri del processo produttivo, secondo le caratteristiche dei

bisogni di salute e dei pazienti, raggruppandole in due distinte aree gestionali, comprendenti:

- processi produttivi delle prestazioni di ricovero;
- processi produttivi delle prestazioni di prevenzione, assistenza ambulatoriale, residenziale, semi-residenziale e domiciliare;

11. **identificazione del presidio ospedaliero esclusivamente con la funzione di ricovero**, fatto salvo il caso della costituzione in azienda, integrando l'attività ambulatoriale erogata nel presidio nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali;

12. **organizzazione a rete delle prestazioni di ricovero** fondata sulla distinzione fra:

- **Attività di base**, identificate in rapporto ad attività frequenti e generiche che non richiedono per l'esercizio una organizzazione specializzata e complessa;

- **Attività specialistiche**, identificate in rapporto a particolari caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio di riferimento, a necessità organizzative dirette a garantire la gestione dell'emergenza-urgenza, all'ottimale utilizzo delle tecnologie e delle professionalità;

secondo una concezione di rete finalizzata:

- alla garanzia del miglior uso delle prestazioni di ricovero da parte della popolazione;

- alla migliore e più razionale organizzazione produttiva delle prestazioni di ricovero;

- al migliore collegamento con le attività di eccellenza gestite dalle aziende ospedaliere;

13. **aggregazione delle attività tecnico-amministrative di fornitura e gestione delle risorse** utilizzate nei processi produttivi, di supporto sia all'attività di programmazione e controllo che all'attività di gestione, con la costituzione di una apposita area gestionale.

Definizione della struttura organizzativa delle Aziende Ospedaliere

Alla luce dei principi e dei valori che guidano il riassetto istituzionale ed organizzativo del S.S.R. l'organizzazione dell'attività e dei servizi nell'Aziende Ospedaliere si basa sui **seguenti criteri**:

1. distinzione fra **Direzione Generale**, costituita dal **Direttore Generale**, dal **Direttore Sanitario** e dal **Direttore amministrativo**, tenuti ad operare in sintonia, pur nella distinzione dei relativi ruoli e responsabilità, e **direzione di strutture aziendali individuate in corrispondenza alle attività gestionali, di organizzazione, di produzione**, cui spetta la responsabilità sotto il profilo gestionale, organizzativo e produttivo delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi aziendali;

2. distinzione fra **attività gestionali, attività organizzative, attività produttive e di erogazione**;

3. distinzione fra **responsabilità dei fattori produttivi** (organizzazione) e **responsabilità dell'attuazione dei processi** (produzione);

4. distinzione fra **responsabilità delle infrastrutture produttive** (presidio ospedaliero, dipartimento, ecc.) e **responsabilità dei processi produttivi**;

5. **individuazione della Direzione Aziendale** con compiti di direzione istituzionale, di gestione strategica, di controllo direzionale, di negoziazione e controllo dei budget;

6. **raggruppamento dei processi produttivi delle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza** in base alla omogeneità delle metodologie di produzione ed erogazione delle prestazioni stesse;

7. **aggregazione dei processi/prodotti in relazione all'utilizzazione** a seconda che trattasi di: processo/prodotto finito, processo/prodotto intermedio, processo/prodotto finale;

8. **aggregazione delle attività che compongono i processi assistenziali**, ivi compresi i supporti propri del processo produttivo, secondo le caratteristiche dei bisogni di salute e dei pazienti, raggruppandole in due distinte aree organizzative, comprendenti:

* processi produttivi delle prestazioni di ricovero;

* processi produttivi delle prestazioni di assistenza ambulatoriale;

9. **aggregazione delle attività tecnico-amministrative di fornitura e gestione delle risorse** utilizzate nei processi produttivi di supporto sia all'attività di programmazione e controllo che all'attività di gestione, con la costituzione di una apposita area gestionale.

Partecipazione degli Enti Locali

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, istituita per realizzare il coinvolgimento dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane e la loro responsabilizzazione sui temi sanitari, è l'organismo rappresentativo delle autonomie locali, con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale a livello regionale e locale, con pari dignità istituzionale fra Regione ed enti locali, così come previsto dal Titolo V della Costituzione. La conferenza è composta:

a. Assessore regionale alla tutela della salute o suo delegato, che la presiede;

b. Assessore regionale alle politiche sociali o suo delegato;

c. Presidenti delle Conferenze dei Sindaci delle Aziende Sanitarie;

d. Sindaci o loro delegati delle città capoluogo di Provincia, se non Presidenti di Conferenza dei Sindaci;

e. Due rappresentanti delle Associazioni Regionali delle Autonomie dei quali uno dell'ANCI ed uno dell'UPI, limitatamente alle sedute di trattazione di materie socio-sanitarie e cinque rappresentanti indicati dalle organizzazioni di promozione sociale;

f. Presidenti delle Province, o loro delegati, limitatamente alle sedute di trattazione di materie socio-sanitarie.

La Conferenza esprime i pareri e svolge le funzioni previste ed indicate nel P.R.S. La Conferenza viene informata, a cura dei competenti Assessorati, sull'andamento della spesa sanitaria e sociale e suggerisce l'individuazione degli accorgimenti necessari a sostenere eventuali misure di riequilibrio.

Ai lavori della Conferenza Permanente, che si riunisce a cadenza almeno trimestrale, se richiesto, partecipano i Dirigenti del Dipartimento Sanità e Sociale della Regione, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e di quelle Ospedaliere, nonché altri dirigenti regionali od aziendali in relazione a specifiche tematiche da trattare.

Il Dipartimento Sanità della Regione assicura il supporto logistico e professionale necessario per il funzionamento della Conferenza Permanente. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario individuato dal Dipartimento stesso.

CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

Il sistema delle autonomie locali rimane l'interlocutore privilegiato rappresentativo degli interessi della comunità locale e l'espressione dei suoi bisogni di salute.

Ai Comuni, singolarmente e collegialmente rappresentati nella Conferenza dei Sindaci, si riconosce lo specifico ruolo di garanzia e di tutela dei bisogni sanitari e socio-sanitari delle popolazioni amministrare.

Con i Comuni e la Conferenza dei Sindaci si intende sviluppare nuovi e più proficui percorsi di collaborazione per la definizione dei ruoli e delle possibili sinergie. In particolare, attraverso progetti comuni e collaborazioni istituzionali strutturate, si vuole ricercare la massima sinergia di collaborazione sia in sede di Conferenze dei Sindaci che dei Comitati dei Sindaci di Distretto.

La Conferenza dei Sindaci rappresenta le esigenze sanitarie della popolazione ed esprime il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

Il confronto con le istanze locali è prevalentemente di tipo programmatico ed avviene principalmente in sede di formulazione del Piano Attuativo Locale e dei programmi delle attività territoriali.

COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

La ridefinizione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale presuppone una rivalutazione e valorizzazione del ruolo dei Comuni, che il legislatore ha inteso realizzare con la istituzione del Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'[art. 3-quater, comma 4, del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello dei bisogni sanitari dei cittadini rispetto ai servizi erogati; esso rappresenta quindi il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio e ad esso compete in particolare l'espressione del parere sulla proposta del Direttore di Distretto relativa al Programma delle Attività Territoriali.

Risultati attesi dal processo di riorganizzazione

RISULTATI DI GOVERNO

In proposito è prevista: la riorganizzazione del Dipartimento Sanità; la regolamentazione dei rapporti fra aziende sanitarie e Regione sulla base di accordi di programma relativi al piano attuativo locale, piano di attività aziendale, rispettivamente delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere, ed alla approvazione del bilancio preventivo; l'indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività e dei risultati del servizio sanitario regionale attraverso gli indirizzi annuali di programmazione predisposti dal Dipartimento Sanità ed i meccanismi di coordinamento attivati dallo stesso Dipartimento; il riequilibrio della spesa attraverso la riorganizzazione della rete produttiva ed il risanamento dei rapporti fra strutture pubbliche e private mediante la rimodulazione dell'offerta di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale; lo sviluppo della partecipazione delle realtà locali alla programmazione, gestione ed organizzazione dei servizi sanitari attraverso gli organismi di partecipazione previsti ai vari livelli.

I risultati attesi sono:

1. riorganizzazione del dipartimento sanità;
2. pianificazione, programmazione, verifica e valutazione dell'attività e dei risultati del S.S.R. rispetto ai livelli essenziali di assistenza previsti;
3. controllo e contenimento della spesa;
4. valorizzazione della distinzione tra area di offerta, propria della Regione, ed organizzazione produttiva, propria delle aziende sanitarie;
5. razionalizzazione del rapporto pubblico/privato;
6. sviluppo di capacità di indirizzo e coordinamento del Servizio Sanitario Regionale;
7. riduzione dei processi di mobilità passiva in altre regioni;
8. riequilibrio fra le aree territoriali in cui si articola il servizio sanitario regionale attraverso la valorizzazione della quota pro-capite rispetto ai costi delle prestazioni.

RISULTATI GESTIONALI

In proposito è prevista: la riorganizzazione dei servizi delle aziende su base divisionale e articolate in Distretti, nell'esigenza di un rafforzamento delle logiche aziendali, con attenzione al prodotto ed alle aree di attività, nonché del superamento dell'attuale condizione di tipo funzionale, poco aziendalistica e molto pubblicistica o burocratica, basata sullo stretto rapporto fra competenze e organizzazione delle strutture; la distinzione fra attività centrali e centralizzate proprie della direzione aziendale ed attività delegate ai Distretti in cui si articola l'organizzazione dell'azienda; la realizzazione di condizioni per il progressivo passaggio da situazioni di delega a situazioni di decentramento in funzione delle strategie di sviluppo delle gestioni, secondo una concezione progettuale dell'organizzazione; la riorganizzazione degli strumenti contabili di gestione in armonia con i principi della contabilità economico-patrimoniale; lo sviluppo di capacità di gestione e controllo della formazione dei costi attraverso la distinzione fra gestione (chi decide), organizzazione (chi gestisce le risorse), produzione e erogazione (chi utilizza le risorse e soddisfa la domanda); lo sviluppo dell'efficienza gestionale delle produzioni ospedaliere attraverso l'attribuzione di livelli di eccellenza e specializzazione alle aziende ospedaliere e la eliminazione delle diseconomie di produzione dei presidi ospedalieri non aziendalizzati; l'avvio del riequilibrio fra i livelli essenziali di assistenza secondo i parametri del servizio

sanitario nazionale; l'avvio di collaborazioni con istituti scientifici e di ricerca in ambiti assistenziali, sanitari e sociosanitari, e di formazione.

I risultati attesi sono:

1. eliminazione della disomogeneità delle decisioni gestionali nell'ambito del servizio sanitario regionale;
2. omogeneizzazione della gestione del personale;
3. omogeneizzazione delle decisioni di acquisto ed utilizzo di beni e servizi;
4. diminuzione di risorse per le produzioni ospedaliere;
5. implementazione delle risorse a disposizione del territorio;
6. sviluppo della pianificazione aziendale attraverso la predisposizione del piano attuativo locale, del piano di attività aziendale, dei programmi territoriali di Distretto articolati per le attività distrettuali e attività di ricovero per presidio ospedaliero;
7. collegamento fra bilancio (quanto di spende) e attività (cosa viene realizzato e come);
8. miglioramento dei rapporti fra sistema tariffario e spesa sostenuta;
9. compatibilità tra accordi contrattuali e limiti di spesa;
10. attuazione di sperimentazioni gestionali.

RISULTATI ORGANIZZATIVI

In proposito è prevista: il passaggio da una organizzazione centrata sulle competenze ad una organizzazione centrata sul prodotto ed orientata all'assistito; lo sviluppo dell'organizzazione produttiva attraverso i Distretti; la modificazione del rapporto fra ospedale e territorio; il superamento della distinzione fra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera; la distinzione fra funzione assistenziale e struttura fisica di produzione; l'attribuzione delle prestazioni ambulatoriali all'assistenza distrettuale; l'organizzazione unitaria delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali come condizione organizzativa non ordinaria limitata alla gestione aziendale ospedaliera; la distinzione fra processi organizzativi e processi produttivi sotto il profilo del soggetto responsabile; la riconduzione di tutte le strutture produttive all'organizzazione del distretto e del presidio ospedaliero.

I risultati attesi sono:

1. sviluppo di capacità e strutture per l'organizzazione dei servizi territoriali;
2. riorganizzazione delle direzioni dei presidi ospedalieri;
3. sviluppo della rete ospedaliera di eccellenza;
4. sviluppo dell'attività ambulatoriale specialistica;
5. sviluppo della rete organizzativa dei servizi socio-sanitari;
6. realizzazione della rete distrettuale;
7. riconversione strutture ospedaliere;

8. riduzione dei posti letto per acuti e ridefinizione della distribuzione delle discipline;
9. aumento posti letto per lungodegenza e riabilitazione;
10. potenziamento posti letto day hospital e day surgery;
11. contemperamento fra organizzazione produttiva privata e organizzazione produttiva pubblica su base territoriale in una logica di complementarietà;
12. redistribuzione delle risorse umane e delle professionalità;
13. avvio del sistema di formazione continua;
14. sviluppo del sistema informativo sanitario.

RISULTATI PRODUTTIVI

In proposito è prevista: la razionalizzazione dell'organizzazione produttiva con l'applicazione dei principi e criteri della scienza dell'organizzazione; la distinzione dei processi produttivi di lavoro a seconda che siano riconducibili ad attività di ricovero o ad attività non di ricovero o territoriali; la distinzione fra responsabilità dei fattori produttivi impiegati nella produzione e responsabilità dei processi produttivi delle prestazioni o servizi; il dimensionamento della tipologia delle strutture complesse; maggiore assistenza territoriale e prevenzione; sviluppo della qualità e appropriatezza delle cure; sviluppo della professionalità e delle tecnologie.

I risultati attesi sono:

1. sviluppo delle attività di prevenzione e tutela della salute;
2. riduzione dei ricoveri non appropriati;
3. sviluppo della qualità delle prestazioni ospedaliere;
4. riduzione dei tempi di degenza;
5. utilizzo del prontuario terapeutico regionale;
6. miglioramento del rapporto tra risorse utilizzate e prestazioni prodotte;
7. migliore uso delle strutture da parte della popolazione;
8. potenziamento dell'emergenza-urgenza;
9. potenziamento delle prestazioni di continuità assistenziale.

Per Il triennio 2004/2006 sono individuati gli obiettivi di salute che vengono di seguito descritti.

Per ciascun obiettivo sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare. I traguardi da raggiungere sono esplicitati in termini generali, con riguardo alla direzione di tendenza da promuovere o da rafforzare.

Le azioni enunciate, con riguardo ai singoli obiettivi, forniscono prime indicazioni circa gli interventi da privilegiare e le attività da sviluppare nei Piani Attuativi Locali di ciascuna Azienda del S.S.R.

In virtù dell'intersectorialità degli interventi proposti, i traguardi e le azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi risultano spesso complementari e riguardano, per le rispettive competenze, tutte le strutture organizzative di ciascuna Azienda.

Con riguardo ai singoli obiettivi, dopo l'enunciazione dei problemi sono state indicate, pertanto, le attività principali a cui dovranno ispirarsi le azioni, tralasciando l'inserimento per evitarne la duplicazione, di interventi già compresi tra quelli relativi ad altri obiettivi di tipo assistenziale trattati successivamente.

1.1 Aria

L'inquinamento atmosferico derivante dal traffico veicolare, dagli impianti di riscaldamento o dai sistemi di produzione industriale, è un importante fattore di rischio per la salute. Tale fattore di rischio per fortuna non ancora rilevante e significativo nella nostra Regione merita tuttavia la dovuta attenzione in relazione alle possibili correlazioni per la salute. Anche la qualità dell'aria negli ambienti confinati ha importanti ripercussioni per la salute se si considera che in Italia, come negli altri paesi industrializzati, la popolazione trascorre una parte rilevante del tempo in luoghi chiusi (abitazioni, luoghi di lavoro, locali pubblici, mezzi di trasporto).

Il rischio espositivo risulta di maggiore gravità per i gruppi più suscettibili quali i bambini, gli anziani e le persone già affette da patologie croniche. In particolare, l'esposizione a fumo di tabacco è associata ad un maggior rischio di tumore polmonare, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari ed è responsabile di una quota rilevante delle malattie respiratorie dell'infanzia, inclusa l'asma bronchiale.

Il gas radon, principale sorgente dell'esposizione della popolazione a radiazioni ionizzanti, è un cancerogeno a cui si attribuisce un numero rilevante di tumori polmonari nel Paese. Molti materiali da costruzione e da arredo e un grande numero di prodotti di consumo liberano sostanze tossiche, come i composti organici volatili, e possono essere causa di fenomeni allergici. Inoltre, il clima caldo-umido presente nelle abitazioni, favorisce la crescita degli acari e dei funghi nella polvere domestica.

Infine, alcuni composti chimici, anch'essi presenti negli ambienti confinati, sono noti o sospettati quali cause di irritazione o stimolazione dell'apparato sensoriale e possono dare vita ad una serie di sintomi comunemente rilevati nella cosiddetta "Sindrome da Edificio Malato" (Sick Building Syndrome).

OBIETTIVI	AZIONI
1. prevenzione degli effetti sulla salute e riduzione della prevalenza e/o incidenza delle malattie correlate all'inquinamento;	1. adottare un piano regionale, di concerto con l'A.R.P.A.CAL., per il monitoraggio degli inquinanti urbani, per lo studio del loro impatto sulla salute e per la valutazione dell'efficacia delle politiche e delle strategie preventive proposte;
2. riduzione dell'esposizione della popolazione al fumo passivo;	2. adottare eventualmente misure restrittive del traffico veicolare privato nelle aree urbane delle maggiori città della Regione;
3. incentivazione della costruzione e della ristrutturazione di edifici e di ambienti igienicamente sani.	3. Incentivare la riconversione dei sistemi di riscaldamento domestico, al fine di utilizzare combustibili meno

	inquinanti;
	4. effettuare gli interventi di bonifica dell'amianto previsti dalla vigente normativa;
	5. attuare i provvedimenti restrittivi del fumo negli ambienti di vita e di lavoro ed avviare campagne di sensibilizzazione sulla rilevanza sanitaria dell'esposizione al fumo passivo;
	6. predisporre un programma regionale di azione per il radon per limitare l'esposizione negli ambienti di lavoro e negli ambienti di vita, anche attraverso la raccolta standardizzata dei dati.

1.2 Acque

Oltre il 90% della popolazione italiana riceve l'acqua potabile tramite acquedotto. L'approvvigionamento viene effettuato in gran parte tramite Enti pubblici. Gli acquedotti sono circa 13.000 di cui 1.600 con bacino di utenza superiore a 5.000 abitanti.

Circa l'80% delle acque distribuite è sotterranea e circa il 20% è superficiale. In Italia, come in tutti gli altri Paesi ad alto standard igienico, sono scomparse le epidemie idriche da patologie di tradizionali patogeni primari, quali Salmonella, Shigella e Vibrio, ma attraverso l'acqua potabile e gli alimenti la popolazione è esposta a residui di antiparassitari con possibilità di effetti a lungo termine sulla salute.

La presenza di nitrati nell'ambiente e quindi nelle acque è legata all'uso estensivo di fertilizzanti azotati per l'agricoltura, ai rifiuti azotati provenienti dagli allevamenti di animali e agli scarichi fognari urbani.

In Italia oltre l'80% delle acque distribuite dagli acquedotti vengono disinfettate utilizzando, come agenti disinfettanti, prevalentemente, il cloro gassoso, l'ipoclorito di sodio ed il biossido di cloro. Pertanto, una grande percentuale della popolazione italiana, stimabile in oltre 40 milioni di persone, è potenzialmente esposta ai sottoprodotti della disinfezione, seppure a bassi livelli. L'associazione fra consumo di acqua clorata e generici effetti negativi sulla salute non può per ora considerarsi provata, ma rappresenta un'ipotesi sostenuta da un insieme di indizi di un certo rilievo.

Scarichi liquidi e loro trattamento. Complessivamente in Italia circa l'80% del carico inquinante di origine urbana viene raccolto nei sistemi fognari: di questo, circa il 62% viene avviato agli impianti di depurazione mentre circa il 18% viene rilasciato nei corpi idrici senza alcun trattamento. Il rimanente 20% deriva da insediamenti civili senza il fognatura (piccoli centri, nuclei isolati), ma anche da periferie urbane con fenomeni di urbanizzazione.

La situazione regionale è pressoché sovrapponibile a quella italiana, con peculiarità in alcune zone anche in riferimento alla vetustà degli impianti.

Circa le acque di balneazione gli studi epidemiologici svolti per verificare il rischio correlato alla balneazione sono numerosi ed hanno dimostrato un rischio lievemente aumentato per gastroenteriti ed infezioni micotiche della cute e delle mucose associato ad inquinamento biologico delle acque di balneazione. Vale la pena sottolineare l'importanza strategica che l'utilizzo delle acque di balneazione possiede inoltre per l'economia regionale. Le specifiche funzioni dovranno essere assicurate con il concerto con l'A.R.P.A.CAL.

OBIETTIVI	AZIONI
1. riduzione dell'inquinamento delle acque di falda, dei	1. Incrementate le attività di tutela delle acque. Azioni

fiumi, laghi e mari da processi di contaminazione urbana ed industriale;	preventive possono riguardare, oltre un adeguato trattamento delle acque all'entrata in rete, anche una gestione volta ad evitare i fenomeni di ristagno di acqua nelle condotte e la rilevazione di segnali d'attenzione, quali concentrazioni elevate di microrganismi eterotrofi e presenza discontinua di coliformi;
2. Intensificazione dell'attività di sorveglianza e di controllo dei contaminanti chimici, fisici e biologici delle acque di superficie e di falda;	2. verificare il rispetto delle quantità massime di residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari nelle acque destinate a consumo umano;
3. prevenzione della contaminazione microbiologica delle acque potabili;	3. ridurre l'esposizione da clorazione dell'acqua, con il miglioramento delle tecnologie acquedottistiche e l'ottimizzazione della gestione;
4. miglioramento progressivo della qualità ambientale e delle acque di balneazione in relazione alle misure di prevenzione e tutela della salute pubblica.	4. incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili;
	5. trattare tutti gli scarichi, urbani e non, ed incrementare un'adeguata progettazione ed implementazione degli impianti di depurazione;
	6. censire gli scarichi, in modo regolare e continuativo.

1.3 Alimenti

Il regime alimentare e gli alimenti che lo costituiscono influiscono sullo stato di salute non solo in relazione alla rispondenza sul piano nutrizionale agli standard raccomandati, ma anche ai requisiti globali di qualità.

La ricerca della qualità in ogni settore della filiera agroalimentare può contribuire in maniera determinante al miglioramento delle caratteristiche di igienicità dei prodotti alimentari.

La salubrità degli alimenti è condizionata infatti da numerosi fattori che investono le diverse fasi (produzioni agricole, lavorazione e trasformazione industriale, distribuzione, conservazione e, infine, preparazione, cottura e assunzione dei cibi da parte del consumatore); se uno qualunque dei passaggi sopra elencati non si svolge in modo corretto, aumentano le probabilità di rischi per la salute. Effetti negativi possono manifestarsi a distanza di anni a seguito della presenza negli alimenti di contaminanti o, entro breve termine, se si tratta di una contaminazione microbica che può determinare episodi di tossinfezione alimentare.

Anche in tal caso le specifiche funzioni dovranno essere assicurate con il concerto con l'A.R.P.A.CAL., fermo restando l'utilizzo delle strutture dei S.S.N. e la collaborazione con altri Enti interessati al controllo degli alimenti.

A supporto delle attività specifiche delle Aziende Sanitarie è prevista, per bacini d'utenza non inferiori a 500.000 abitanti, l'attivazione entro il triennio di validità del presente P.R.S. di "Laboratori di Sanità pubblica per il controllo di alimenti e bevande", finalizzati a fornire ai SIAN aziendali l'adeguato supporto tecnico-analitico nei compiti d'istituto.

OBIETTIVI	AZIONI
1. Attenzione costante all'igiene della produzione degli alimenti di origine animale, attraverso interventi di tipo diversificato in relazione a differenti situazioni riscontrabili sul territorio nazionale e alle specifiche normative di settore;	1. migliorare l'attività relativa allo scambio rapido di informazioni sulla sicurezza alimentare, attraverso il sistema di allerta nazionale e comunitario, con particolare riferimento ai prodotti alimentari di importazione;
2. Miglioramento dei processi e delle modalità di commercializzazione dei prodotti agricoli che abbiano un impatto sull'ambiente, attraverso una serie combinata	2. monitorare la qualità igienico-sanitaria degli alimenti somministrati in ambito di ristorazione pubblica e collettiva;

di interventi. Obiettivi specifici sono: la modernizzazione delle strutture produttive, la riduzione dei costi attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e l'aumento delle risorse per l'ambiente tramite la produzione biologica.	
3. In Italia e nella nostra Regione il sistema di gestione e di monitoraggio della sicurezza alimentare garantisce l'applicazione del complesso delle norme dell'Unione Europea ed introduce, nell'ambito degli spazi definiti dal principio della sussidiarietà, alcuni elementi di ulteriore controllo e sicurezza degli alimenti. L'obiettivo è quello di incrementare nel tempo l'operatività e l'efficienza di tale sistema al fine di adeguare il livello di sicurezza alimentare e di protezione del consumatore agli indirizzi forniti dal Libro bianco della Commissione Europea.	3. verificare l'attività di autocontrollo da effettuare su tutta la filiera alimentare;
4. Per la promozione dei migliori standard di qualità igienica, appare opportuno pervenire ad una piena armonizzazione, delle attività di controllo delle autorità sanitarie con l'attività preventiva derivante dall'autocontrollo svolta sull'intera filiera alimentare, dal produttore al consumatore finale.	4. attivare sistemi di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari mediante l'utilizzo sistematico dell'attività di sorveglianza epidemiologica
	5. formare gli operatori che provvedono alla manipolazione o alla preparazione degli alimenti, soprattutto nell'ambito delle comunità;
	6. valutare l'impatto sulla salute delle nuove biotecnologie alimentari, nel contesto socio economico;
	7. definire protocolli operativi destinati al monitoraggio degli alimenti.

1.4 Radiazioni

La normativa vigente, sviluppata negli ultimi anni, è stata adeguata alle conoscenze scientifiche attuali, in linea con gli obiettivi del Psn; è tuttavia ancora presente una carenza di informazioni sia tra gli operatori del settore che tra la popolazione.

È quindi necessario diffondere una corretta conoscenza delle tematiche e dei problemi posti dalle radiazioni (ivi comprese le radiazioni ultraviolette, la cui cancerogenicità è accertata), per consentire un utilizzo consapevole delle nuove tecnologie.

Le problematiche inerenti alle radiazioni non ionizzanti, non sono meno rilevanti e sono molto sentite dalla popolazione, anche se sono ancora sotto giudizio l'esistenza e la rilevanza sanitaria degli effetti a lungo termine delle radiazioni elettromagnetiche ad alta frequenza.

OBIETTIVI	AZIONI
1. miglioramento del livello di protezione della popolazione e dei lavoratori dall'esposizione a radioisotopi, in particolare il radon, presenti nelle matrici ambientali, negli alimenti, nelle acque;	1. potenziare e coordinare la rete di rilevazione regionale della radioattività; acquisire, elaborare, valutare, utilizzare e diffondere i dati rilevati;
2. riduzione delle esposizioni a radiazioni ionizzanti conseguenti a pratiche sanitarie;	2. coordinare le azioni di vigilanza intraprese dagli organismi nazionali competenti in materia;
3. riduzione delle esposizioni della popolazione e dei lavoratori a radiazioni non ionizzanti;	3. predisporre le informazioni preventive e le schede operative per l'emergenza radiologica da fornire alla popolazione;
4. smaltimento in sicurezza dei rifiuti radioattivi;	4. valutare e risolvere i problemi connessi allo smaltimento in sicurezza dei rifiuti radioattivi;
	5. condurre campagne di educazione sanitaria volte alla prevenzione degli effetti dannosi delle radiazioni ultraviolette.

1.5 Rifiuti

La discarica rimane il sistema più diffuso di smaltimento dei rifiuti sia perché i costi sono ancora competitivi con quelli degli altri sistemi, sia perché l'esercizio è molto più semplice. La discarica controllata, se ben condotta, non presenta particolari inconvenienti, purché sia ubicata in un idoneo sito e sia dotata degli accorgimenti atti ad evitare i pericoli di inquinamento che i rifiuti possono provocare in via diretta ed indiretta. Il rischio per la salute si manifesta quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale, nonché quando lo smaltimento avviene senza il rispetto di norme sanitarie rigorose. Le azioni di più ampio respiro coinvolgono l'attività delle altre strutture regionali specificamente dedicate alla materia e la cui attività è propedeutica e di importanza fondamentale per il perseguimento delle finalità di tutela della salute di cui al presente P.R.S.

OBIETTIVI	AZIONI
1. adozione di un regime di raccolta e di smaltimento dei rifiuti urbani ed industriali che minimizzi i rischi per la salute dell'uomo ed elimini i danni ambientali;	1. riciclare e reimpiegare i rifiuti regolamentandone il trasporto e ottimizzandone lo smaltimento finale;
2. riduzione della produzione di rifiuti;	2. promuovere azioni di risanamento delle discariche e di bonifica ambientale;
3. Incentivazione della gestione ecocompatibile dei rifiuti.	3. Incrementare le attività di monitoraggio e tutela ambientale relative all'individuazione delle discariche abusive;
	4. favorire lo sviluppo e l'applicazione di tecnologie e prodotti puliti per il trattamento dei rifiuti.

2.1 Alimentazione e nutrizione

Lo sviluppo politico e socio-economico assicura oggi una abbondante quantità di cibo. La speranza di vita continua a crescere in tutte le regioni del Paese anche in relazione a questa disponibilità. Nonostante ciò, le conoscenze scientifiche attuali riconoscono che l'incidenza di molte patologie croniche è legata alla dieta e, più in generale, agli stili di vita e che alimentazione e nutrizione costituiscono uno tra i più importanti determinanti di salute.

Nella seconda metà di quest'ultimo secolo, nel mondo occidentale, l'obesità e le patologie ad essa correlate sono drasticamente aumentate. Dall'indagine multiscopo ISTAT risulta che poco meno del 50% dei maschi di diciotto anni ed una percentuale analoga di donne non soffrono di obesità, mentre quasi il 40% dei maschi ed il 35% delle donne soffrono di obesità di primo grado con differenze geografiche lievi nei maschi (38% Italia Nord-occidentale, 44% Italia meridionale) e tra le donne (30% Italia Nord-occidentale e 39% Italia meridionale); meno del 10% della popolazione adulta controlla il peso almeno una volta a settimana. Un confronto con analoghi dati del 1994 mostra un aumento degli obesi, specialmente nella classe di età tra i 40 e i 50 anni.

Il BMI (Indice di Massa Corporea) è correlato linearmente con la mortalità in entrambi i sessi. In particolare si stima che il sovrappeso, l'obesità e la inattività fisica siano determinanti nella aumentata incidenza di: alcuni tipi di neoplasie (carcinoma mammario e carcinoma dell'endometrio nelle donne e carcinoma del colon negli uomini); diabete mellito tipo 2 negli anziani di entrambi i sessi; malattie cardiovascolari (cardiopatía ischemica coronarica); artrosi e osteoporosi e loro conseguenze, comprese le fratture di femore negli anziani; litiasi biliare; sindrome delle apnee notturne; in un terzo delle morti premature dovute alle malattie

cardiovascolari (CVD). I fattori dietetici influiscono anche sull'incidenza della carie dentaria, delle sindromi di deficienza di ferro e delle patologie tiroidee da deficit di iodio.

Le malattie connesse alla alimentazione sono diffuse in gran parte della popolazione e non soltanto in gruppi ad alto rischio. La strategia ottimale deve dunque riguardare l'intera popolazione, piuttosto che focalizzare l'attenzione soltanto su coloro che già sono ammalati o sono a rischio. Inoltre, l'approccio dietetico da solo fornisce risultati soltanto nel breve-medio termine, e solo favorendo corrette abitudini alimentari sono ottenibili risultati a lungo termine.

Nel nostro Paese così come nella nostra Regione uno dei problemi da affrontare riguarda i disordini alimentari in quanto sovrappeso ed obesità derivano dallo squilibrio tra un'alimentazione ricca ed abbondante ed una attività fisica quotidiana: il ruolo dell'educazione alimentare diventa perciò di primaria importanza nel far riscoprire l'arte di alimentarsi bene al fine di mantenere un soddisfacente stato di salute.

OBIETTIVI	AZIONI
1. Riduzione del sovrappeso e dell'obesità; riduzione dell'obesità nei bambini. Questi obiettivi non sono perseguibili in modo misurabile in tempi brevi; perché siano visibili differenze significative nella proporzione di popolazione di obesi, sono necessarie modifiche culturali sui tempi medio lunghi (5-10 anni).	1. Incoraggiare lo sviluppo, la realizzazione e la valutazione di strategie rivolte ad una nutrizione sana e ad un incremento della attività motoria dei cittadini sulla base di azioni che siano compatibili con i bisogni e le attitudini culturali della popolazione;
2. In termini nutrizionali le raccomandazioni principali per la popolazione sono le seguenti: l'introito energetico totale deve essere tale da mantenere il BMI pari a 21-22 kg/m ² ; la percentuale di energia derivante da grassi deve essere inferiore al 30%, quella da grassi saturi di origine animale deve essere inferiore al 10%; la percentuale di energia derivante da carboidrati deve essere superiore al 55%, quella derivante da zuccheri semplici deve essere inferiore al 10%; la percentuale di energia derivante da proteine deve essere compresa tra il 10 e il 15%. L'aspetto positivo di esprimere le azioni in termini di nutrienti è che esse possono essere attuate tramite una ampia scelta di profili alimentari, coerenti con la consuetudine della popolazione e che tengano conto dei fattori culturali, etnici e socio-economici.	2. Individuare strategie per la nutrizione e per lo sviluppo della attività motoria che siano specifiche per ogni gruppo di popolazione, specialmente per i gruppi deboli e per i gruppi difficilmente raggiungibili;
3. Inoltre le raccomandazioni nutrizionali vengono completate dalle seguenti ulteriori indicazioni: il consumo di frutta e verdura deve essere di oltre 400 grammi al giorno; il consumo di fibre alimentari deve essere maggiore di 25 grammi al giorno; il consumo di sale (assunzione di sodio) deve essere minore di 6 grammi al giorno; il consumo di alcol deve essere inferiore ai 2 bicchieri di vino al giorno per le donne ed inferiore a 3 bicchieri per gli uomini; il livello di attività fisica raccomandato è pari a 60-80 minuti di cammino al giorno; il periodo di allattamento al seno deve essere di almeno 6 mesi; il consumo di latte e formaggio deve essere favorito nel periodo infantile ed adolescenziale; deve essere aumentato il consumo di pesce e ridotto quello di carni rosse.	3. condurre programmi di intervento educativo sulla popolazione obesa in trattamento che ristrutturazione cognitiva e prevedano una comportamentale tesa a modificare le abitudini alimentari e ad indurre uno stile di vita più attivo;
In termini di gruppi di alimenti, le Linee Guida per una sana alimentazione Italiana dell'Istituto nazionale per la	4. In ambito sanitario: formare gli operatori sanitari per aumentare la loro conoscenza e la loro capacità di

ricerca su alimentazione e nutrizione-suggeriscono: 1-2 porzioni ai giorno di latte e derivati (latte, yogurt, formaggio fresco o stagionato); 1-2 porzioni di carne o pesce o uova o legumi; 2-4 porzioni di cereali e tuberi (pane, prodotti da forno, pasta, riso, patate); 3-5 porzioni di ortaggi e frutta per l'azione antiossidante; 1-3 condimenti intesi come 10 grammi di olio, burro o margarina.	promuovere iniziative locali, investire perché gli operatori sanitari partecipino al programmi dedicati al controllo ed alla modifica dei determinanti di salute;
	5. per quanto riguarda la scuola: inserire nei percorsi formativi nozioni relative alla nutrizione e alla attività motoria, integrare le mense scolastiche nel processo educativo, formare gli insegnanti, Incentivare la scelta di alimenti sani; favorendo il coinvolgimento della famiglia e della comunità nel processo educativo per la nutrizione e l'attività fisica;
	6. nei luoghi di lavoro: incoraggiare ed aiutare i lavoratori e le loro organizzazioni nello sviluppo di interventi di educazione alimentare, favorendo la partecipazione dei lavoratori;
	7. per l'industria agro-alimentare: invitare a segnalare i vantaggi per la salute dei nuovi prodotti, ad esempio quelli a basso contenuto di grassi, indicandone le differenze rispetto agli alimenti tradizionali, in modo da attirare l'attenzione del pubblico;
	8. per il settore commerciale: incoraggiare la tendenza verso profili alimentari più salutari attraverso la struttura dei prezzi, la preparazione dei prodotti, le iniziative di etichettatura e la collaborazione con il mondo sanitario;
	9. Incoraggiare, al fine di favorire scelte corrette da parte del pubblico, l'etichettatura nutrizionale di tutti gli alimenti, che dichiara, in particolare, il contenuto di grassi totali - con le frazioni di saturi, monoinsaturi, polinsaturi e colesterolo - e di sodio.
	10. Istituire presso l'Assessorato alla sanità una commissione permanente, costituita da esperti del Settore sanitario, del Settore epidemiologico del Settore alimentazione e dell'Assessorato all'Agricoltura, con il compito di esaminare la situazione delle realtà sanitarie calabresi e di proporre idonee linee di comportamento e percorsi diagnostico-terapeutici da utilizzare per il "disease management" della patologia (in collaborazione con i medici di base)

2.2 Fumo

Il fenomeno del tabagismo è molto complesso per i suoi risvolti economici, psicologici, sociali e sanitari.

Gli effetti dannosi del fumo delle sigarette sulla salute sono ormai ben documentati e non richiedono ulteriori argomentazioni. Il fumo, a causa della nicotina, crea dipendenza e il tabagismo è una malattia e come tale deve essere affrontato.

Il fumo attivo rimane la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Oggi, nel mondo, il tabacco uccide una persona ogni otto secondi; quattro milioni di persone ogni anno muoiono a causa del fumo. È attribuibile al fumo il 90% delle morti per tumore polmonare, i

due terzi delle morti per broncopneumopatia cronica e un quarto delle morti per malattie cardiovascolari. I rischi aumentano in modo proporzionale al crescere del numero di sigarette fumate ma appaiono parzialmente reversibili nel tempo: a 15 anni dall'interruzione dell'abitudine al fumo i rischi di morte degli ex-fumatori si avvicinano a quelli dei non fumatori.

Chi fuma ha una probabilità tre volte superiore di essere colpito da infarto rispetto a chi non fuma e dieci volte superiore di morire di cancro ai polmoni.

Anche l'esposizione passiva al fumo di sigaretta costituisce un importante fattore di rischio; è stato osservato un aumento della frequenza di tumori polmonari, dell'infarto del miocardio e delle malattie delle vie respiratorie nei soggetti esposti a fumo passivo.

È inoltre ancora troppo elevata la percentuale di donne fumatrici specie quelle in età fertile e in gravidanza, con conseguente rischio per la salute del nascituro. Il fumo delle madri in gravidanza è infatti causa di basso peso alla nascita, malattie delle membrane ialine e gravi conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria nonché di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla".

In Italia, secondo dati ISTAT (Rapporto annuale 1999 - Indagine multiscopo sulle famiglie), la prevalenza dei fumatori è del 24,5% nella popolazione maggiore di 14 anni (32,4% negli uomini e 17,3% nelle donne). È diminuito dal 1980 al 1999 il numero dei fumatori maschi, mentre è rimasta pressoché invariata la percentuale di donne fumatrici.

OBIETTIVI	AZIONI
1. riduzione della quantità giornaliera di sigarette fumate;	1. promuovere campagne per aumentare la percezione individuale dei rischi da fumo;
2. Incremento degli interventi di prevenzione e dei trattamenti di disassuefazione;	2. attuare interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando rigorosamente gli interventi di cui sia nota l'efficacia;
3. riduzione della prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni al 15% per gli uomini ed al 10% per le donne;	3. sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, coinvolgendo tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale;
4. riduzione, fino a zero, della frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza;	4. diffondere le evidenze scientifiche basate sull'efficacia delle strategie di prevenzione e degli interventi di cessazione dal fumo. Si ricorda come tra gli interventi preventivi con forte evidenza d'efficacia vi siano: il counseling del proprio medico o di altro personale sanitario e l'uso appropriato di farmaci per la disassuefazione dell'abitudine al fumo;
5. riduzione della prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.	5. promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori di 16 anni;
	6. promuovere il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro;
	7. promuovere il divieto di fumo in gravidanza.

2.3 Alcol

La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini.

Numerose evidenze Italiane dimostrano che gli individui, ed i giovani in particolare, che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini al fumo o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi; ciò porta ad un notevole aumento della probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali o addirittura esponenziali per comportamenti legati all'inconsapevolezza o all'inesperienza.

L'uso di alcol agisce come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e

diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve.

Da considerare che l'alcool è una droga, infatti determina assuefazione e sindrome di astinenza e che la legislazione Italiana non limita né la commercializzazione né l'accessibilità.

Tale fenomeno è ben rappresentato dal numero degli utenti alcolodipendenti registrati in Italia nel 1998 dal Ministero della sanità presso i servizi o gruppi di lavoro per l'alcolodipendenza: 26.708 utenti alcolodipendenti (20.567 maschi, 6.141 femmine) di cui il 75,6% in età compresa tra i 30 e i 59 anni ed il 9% circa compreso in età giovanili (19-29 anni). Tra gli alcolodipendenti il 15,9% fa anche uso di sostanze stupefacenti e il 7,2% di farmaci psicotropi.

OBIETTIVI	AZIONI
1. riduzione del 20% della prevalenza di individui, uomini e donne, che consumano rispettivamente più di 40 gr. e 20 gr. di alcol al giorno;	1. fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
2. riduzione del 30% della percentuale di coloro che consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti;	2. organizzare campagne con i mass media per supportare le politiche che combattono i danni causati dall'alcol;
3. riduzione del 30% della prevalenza di uomini che bevono più di 1 litro di vino al giorno e di donne che bevono più di un litro di birra al giorno o loro alcolequivalente;	3. controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e proibirla durante le attività di svago rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi;
4. ritardo dell'età di avvio al consumo di alcolici da parte dei giovani;	4. promuovere politiche sull'alcol nei luoghi di lavoro basate sull'educazione, sulla prevenzione e sull'identificazione precoce e il trattamento degli alcolisti;
5. riduzione della prevalenza degli adolescenti, maschi e femmine, che consumano bevande alcoliche, con particolare riguardo a coloro che eccedono quantità moderate o che consumano fuori pasto.	5. rafforzare le attuali misure in tema di alcol e guida;
	6. promuovere una forte visibilità dell'uso del test dell'alcolemia su base casuale;
	7. limitare la pubblicità di bevande alcoliche e sorvegliare l'applicazione del codice pubblicitario nelle aree dove la pubblicità è permessa, per evitare l'enfaticizzazione degli effetti dell'alcol e la presenza di giovani nella pubblicità di bevande alcoliche;
	8. assicurare un approccio coordinato che coinvolga i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario e i gruppi di volontariato, oltre ai servizi sanitari;
	9. formare gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione del bere a rischio o dannoso e sui relativi interventi brevi;
	10. finalizzare risorse per l'adozione di strategie che incrementino accessibilità ed economicità degli interventi basati sull'assistenza primaria;
	11. valorizzare e favorire la collaborazione con le reti di volontariato, quali i gruppi di auto-aiuto, le associazioni di operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e le organizzazioni di consumatori.

2.4 Attività fisica

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato ampiamente dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e della qualità di vita degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, migliora la pressione arteriosa, riduce la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

La prevalenza di inattività fisica lavorativa nella fascia di età 35-74 anni è del 35% negli uomini e del 21% nelle donne. La prevalenza di inattività fisica nel tempo libero nella fascia di età 35-74 anni è del 33% negli uomini e del 45% nelle donne. Il dato trova conferma nell'indagine multiscope ISTAT che dimostra che circa un terzo delle persone con più di 6 anni pratica una qualsiasi attività fisica e meno del 15% pratica uno sport in modo continuativo.

OBIETTIVI	AZIONI
1. l'incremento dell'attività fisica nella vita di ogni giorno per favorire il raggiungimento e il mantenimento del peso corporeo ideale e per migliorare la funzione cardiorespiratoria;	1. coordinare lo sviluppo di iniziative, da attivare con il coinvolgimento delle organizzazioni del settore, per la promozione dell'attività fisica tra i più giovani. Un'attività fisica regolare significa praticare sport moderato per almeno 30 minuti 2-3 volte alla settimana circa;
2. l'incremento del livello di attività fisica nella vita di ogni giorno, al fine di migliorare lo stato di salute psico-fisico di tutti i soggetti; sia sani che affetti da patologie di tipo cronico-degenerativo.	2. Incrementare e favorire l'attività fisica anche promuovendo la realizzazione di infrastrutture sportive ed, in particolare, di quelle di base, quali percorsi attrezzati, piste ciclabili ed itinerari escursionistici;
	3. favorire l'attività fisica degli anziani facilitandone l'accesso agli impianti sportivi.

Il P.R.S. si propone di contrastare, attraverso interventi di prevenzione, primaria e/o secondaria, le principali patologie che colpiscono la popolazione Italiana e calabrese e provocano il maggior carico di disabilità e di morte.

I criteri adottati per l'individuazione delle aree cruciali di intervento sono quelli indicati dal PSN e qui di seguito riportati: l'importanza della patologia, in termini di mortalità prematura, di malattia e/o disabilità evitabile; la disponibilità di interventi efficaci di prevenzione primaria o di diagnosi precoce e di trattamento efficace; la necessità di interventi finalizzati alla protezione di fasce deboli.

Per le aree di intervento selezionate vanno previsti interventi di: prevenzione primaria; diagnosi precoce; trattamento efficace.

Miglioramenti nell'assistenza sanitaria potranno sensibilmente contribuire al raggiungimento degli obiettivi di riduzione della mortalità e della disabilità nonché di aumento della qualità della vita. Le aree di intervento selezionate non esauriscono il quadro delle condizioni cui il S.S.N. e regionale devono far fronte. In un apposito paragrafo sono indicate altre condizioni morbose, che richiedono particolare attenzione, e per le quali sono previsti progetti speciali e normative specifiche ai quali si rimanda.

3.1 Malattie cardio e cerebro-vascolari

Mortalità. Le malattie cardiovascolari sono responsabili del 43% dei decessi registrati in Italia nel 1997, di cui il 31% per le malattie, ischemiche del cuore e il 28% per gli accidenti cerebrovascolari. Per i dati regionali vedi quanto riportato all'allegato 1 al presente P.R.S.

Fattori di rischio. I principali fattori di rischio modificabili riconosciuti a livello individuale e collettivo per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari sono: l'abitudine al fumo di tabacco; obesità; la ridotta attività fisica; gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa ed il diabete mellito.

La malattia cardiovascolare riconosce una eziologia multifattoriale e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla

malattia ischemica del cuore e agli accidenti cerebrovascolari.

I fattori di rischio modificabili possono essere influenzati attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita. Quando la riduzione derivata da una attenta modificazione degli stili di vita non è sufficiente a raggiungere i livelli desiderabili, è necessario ricorrere ad un adeguato trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità per malattie cardiovascolari è ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio, rispetto a quanto avveniva negli anni 60' prima dell'apertura delle Unità di terapia intensiva coronarica (U.T.I.C.), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente.

Ciò che resta invariata nel tempo è la quota di pazienti affetti da infarto miocardico acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, prima di giungere all'osservazione di un medico.

I dati raccolti nell'ambito del Progetto internazionale MONICA (MONItoring CARdiovascular disease) cui l'Italia partecipa, indicano che nella fascia di età compresa tra i 35 ed i 64 anni: circa il 40% dei pazienti colpiti da eventi coronarici muore entro 28 giorni dall'inizio dell'attacco; negli uomini la letalità nella prima ora è del 20%, nelle prime 24 ore è del 32%, nei primi 28 giorni è del 40%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 3%, quella extraospedaliera è del 17%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 27%; nelle donne la letalità nella prima ora è del 15%, nelle prime 24 ore è del 36%, nei primi 28 giorni è del 45%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è dell'11%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 13%, quella extraospedaliera è del 23%.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità e della disabilità per malattie cerebrovascolari, è dimostrato che il ricovero precoce presso unità dedicate (Stroke Unit) determina una riduzione assoluta del rischio morte/dipendenza del 5,6%, cioè ogni 1000 pazienti ricoverati in Stroke Unit, 56 evitano morte/dipendenza.

La numerosità e la gravità degli ictus (ogni anno 110.000 cittadini sono colpiti da ictus e 230.000 sono quelli con esiti di ictus pregressi) rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'Ictus cerebrale come emergenza medica curabile.

OBIETTIVI	AZIONI
1. mantenimento della colesterolemia inferiore a 200 mg/dl;	1. ridurre il tempo per il ricovero a 30 minuti per coloro che presentano dolore precordiale, in modo che la maggior parte dei pazienti colpiti da eventi coronarici possa essere sottoposta a terapia con trombolitici (il trattamento deve essere effettuato entro le prime 6 ore dall'inizio dei sintomi). A tal fine è necessario migliorare il collegamento funzionale tra presidi ospedalieri, centri e servizi specialistici in grado di affrontare l'urgenza cardiologica nel modo più completo e tempestivo; a tal fine occorre potenziare le Unità coronariche dei presidi di specializzazione nel senso di dotarle della possibilità di una tempestiva valutazione coronarografica e della possibilità di intervenire per la rivascolarizzazione (angioplastica) in tutta sicurezza per i pazienti.
2. mantenimento della pressione arteriosa sistolica inferiore a 140 mm Hg e della diastolica inferiore a 90 mm Hg;	2. migliorare il trattamento dei fattori di rischio in modo che si verifichino casi meno gravi e si riduca di un ulteriore 5% il numero dei decessi per malattie cardiovascolari e almeno si mantengano stabili gli attuali livelli di mortalità per patologie cerebrovascolari. A tal fine, per bacini d'utenza adeguati, possono essere

	previste strutture dedicate al trattamento specifico dei fattori di rischio più comuni (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità), funzionalmente collegate alle UU.OO. di Cardiologia o Medicina Interna. Deve essere altresì sostenuta l'attività nel settore dell'angiologia anche con l'incentivazione e lo sviluppo dei servizi specifici già esistenti, quali Crotone e Locri.
3. Riduzione del sovrappeso corporeo e dell'obesità attraverso una adeguata attività fisica ed un'alimentazione sana e bilanciata;	3. Per quanto riguarda l'ictus devono essere realizzate le condizioni per realizzare il ricovero precoce dei pazienti con sospetto ictus attivando per la degenza ed il trattamento dei pazienti delle unità specializzate e dedicate (stroke unit) presso le U.O. di neurologia che, nei P.O. dotati di U.O. di neurochirurgia saranno integrate da strutture di neuro-rianimazione anch'esse dedicate. Tutto ciò con la finalità di facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate come la rivascolarizzazione farmacologica o chirurgica delle forme ischemiche ovvero gli opportuni interventi neurochirurgici nelle forme emorragiche. È altresì necessario stimolare il precoce inizio di un'adeguata prevenzione secondaria.
4. Nei pazienti con sintomi conclamati di malattia cardiovascolare dovrebbero essere intraprese tutte le azioni necessarie a modificare gli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica) e a ridurre o a controllare gli altri fattori di rischio (ipertensione Arteriosa, ipercolesterolemia e diabete);	4. Nei presidi Ospedalieri dove è presente l'U.O. di Neurologia è necessario altresì prevedere la caratterizzazione verso la riabilitazione neuro-motoria di un parte congrua dei posti letto di riabilitazione intensiva assegnati.
5. Eliminazione dell'abitudine al fumo.	

3.2 Tumori

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte e costituiscono una delle più importanti causa di ricovero. Il potenziamento dell'assistenza ai malati oncologici deve vedere nel periodo di vigenza del presente PSR la definitiva strutturazione di un'adeguata ed efficiente rete di servizi ospedalieri e territoriali deputata ad assicurare una offerta di prestazioni per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neoplastiche, con conseguente riduzione della mobilità sanitaria regionale che, per tali patologie, registra ancora elevati indici di fuga verso la altre regioni.

Mortalità. I tassi di mortalità negli uomini sono in diminuzione, particolarmente nelle regioni del Nord e del Centro già a partire dalla fine degli anni '80. Nel corso degli anni '90 si è osservata anche una diminuzione dei tassi di mortalità nelle regioni del meridione e nella popolazione femminile. Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori polmonari, seguono quelli dei colon-retto, dello stomaco e della mammella.

Nel 1997 si sono verificati 91.000 decessi per cancro nei maschi e 66.000 decessi nelle femmine (fonte Istituto Superiore di Sanità) e, sempre nello stesso anno, per 1.000 abitanti i tassi complessivi di mortalità per cancro sono stati 3,27 nei maschi e 2,22 nelle femmine (fonte Istituto Superiore di Sanità). Il cancro è inoltre la prima causa di anni di vita perduti.

Incidenza. Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore all'anno. L'incidenza dei tumori nella popolazione Italiana è ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali. I tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili. Nei dati dei Registri Tumore Italiani, il tumore dei polmoni è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.

La distribuzione del cancro in Italia è caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra nord e sud. In entrambi i sessi e per la maggior parte delle singole localizzazioni tumorali ed in particolare per i tumori a maggiore frequenza, il rischio di ammalare è molto superiore al nord, che al sud del Paese.

Sopravvivenza. La sopravvivenza è costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati. L'incremento in Italia è stato il più forte tra tutti quelli osservati nei paesi europei. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati nel periodo 1986-89), sono complessivamente del 39%: uguali per gli uomini e leggermente superiori alla media europea per le donne.

Guarigione. La proporzione dei malati che guariscono è in aumento. Tra i pazienti diagnosticati nel 1987-89, si stima che la proporzione di coloro che possono ritenersi guariti sia del 25% negli uomini e del 38% nelle donne. Tale proporzione era del 21% e del 29%, rispettivamente, nel periodo di diagnosi 1978-80. La differenza tra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

Prevalenza. Si stima che il 2,8% della popolazione Italiana (quasi 1.500.000 di persone) abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro. Più di 600.000 di questi pazienti, per i quali la malattia si è verificata negli ultimi 5 anni, sono in fase di trattamento o di follow-up per il rischio di recidive.

Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella rappresentano da sole circa i due quinti della prevalenza complessiva.

Gli andamenti relativi all'incidenza e sopravvivenza dei tumori e la crescita dell'attesa di vita convergono nell'allargare la quota di casi prevalenti nella popolazione. Sono quindi evidenti le implicazioni che la patologia oncologica, nelle sue varie fasi, comporta per il Servizio sanitario e per la società.

Possibilità di intervento ed obiettivi. I tumori costituiscono una classe di malattie eterogenea rispetto alle cause, al decorso ed agli esiti. Alcune modalità di intervento sono però generali e possono quindi essere presentate in questa introduzione.

Prevenzione primaria. Il fumo, il consumo di alcol e le abitudini alimentari scorrette sono fattori di rischio riconosciuti, con peso eziologico variabile, per molte categorie di tumori ed anche per altre malattie croniche. L'intervento verso questi fattori, cui sono dedicati specifici capitoli del presente Piano sanitario, è quindi di fondamentale importanza. Una dieta corretta può essere attivamente incentivata nel settore delle collettività (mense aziendali e scolastiche, ospedali, ricoveri per malati cronici).

È evidente che i risultati di tali interventi, anche se efficaci, saranno per lo più a lungo termine e non potranno essere osservati nel corso del periodo di validità del Piano. Per alcuni tumori (polmoni, pleura, vescica, seni paranasali, sarcomi, leucemie e linfomi) un ruolo non trascurabile hanno le esposizioni in ambiente di lavoro, caratterizzate da rischi elevati in sottogruppi ristretti ed individuabili di popolazione.

Diagnosi precoce Una diagnosi precoce, che consenta la rimozione del tumore prima della diffusione nell'organismo di cellule metastatiche, sarebbe in via di principio, almeno per i tumori solidi, risolutiva. Essa avrebbe inoltre un riscontro quasi immediato nelle statistiche di mortalità. In pratica la diagnosi precoce clinica può non essere sufficiente a salvare la vita del paziente, anche se può in molti casi allungarne il tempo di sopravvivenza e migliorarne la qualità della vita. Deve essere incentivato e reso disponibile l'approfondimento diagnostico anche in soggetti con sintomi lievi e con basso potere predittivo, con particolare attenzione alla popolazione anziana.

Screening. Indicazioni per uno screening nella popolazione asintomatica sussistono se: a) ne è dimostrata l'efficacia e b) le strutture sanitarie sono sufficientemente

organizzate per una corretta esecuzione dello screening, per una tempestiva gestione dei soggetti positivi e per il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura. Ad oggi, l'efficacia è accertata solo per lo screening mammografico e per quello citologico della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza sta emergendo per lo screening dei tumori del colon-retto.

Terapie. Gli studi di sopravvivenza su base di popolazione mostrano che spesso la diffusione e le possibilità di accesso alle terapie ottimali non sono le stesse per tutti i pazienti e variano, anche in modo sostanziale, sul territorio nazionale. È nota l'insufficiente presenza e la diseguale distribuzione territoriale di strutture per la radioterapia nel Sud ed in alcune aree del Centro Italia.

Cure palliative. L'aumentata incidenza e la miglior sopravvivenza delle malattie tumorali hanno, come inevitabile conseguenza, il progressivo e importante aumento di pazienti che entrano in fase terminale e che necessitano quindi di adeguata e completa assistenza palliativa. Si calcola che vi siano ogni anno in Italia circa 144.000 nuovi pazienti affetti da tumore in fase terminale, con una prevalenza di circa 35.000 casi.

Si rimanda all'apposito capitolo (Malati terminali - obiettivi assistenziali del presente PSR) per la definizione del problema. Si sottolinea però la elevatissima incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno 2/3 dei pazienti neoplastici affronta una fase terminale della durata media di circa 90 giorni) e la necessità quindi di sviluppare le attività di assistenza ai pazienti neoplastici nei programmi di cure palliative e terapia del dolore. Sono quindi necessari ed urgenti programmi per lo sviluppo della cultura e della formazione in medicina palliativa e terapia del dolore tra gli operatori sanitari.

Sorveglianza. Le statistiche disponibili indicano che il maggior potenziale guadagno nella lotta contro i tumori può essere ottenuto nelle regioni del Mezzogiorno, dove la sopravvivenza è più bassa. La scarsa diffusione dei registri tumori in tali regioni rende però difficile la corretta formulazione degli obiettivi e la valutazione di eventuali interventi.

È quindi prioritario il consolidamento delle attività di almeno un registro tumori nella nostra Regione. La rilevazione dello stadio alla diagnosi e dei trattamenti effettuati deve essere inoltre attivata, almeno su base campionaria, dal registro tumori regionale, allo scopo di valutare la congruenza dei trattamenti alle linee guida e gli effetti degli investimenti. Il registro tumori della Regione deve essere messo in grado di fornire tali informazioni, affinché siano efficaci, con la necessaria tempestività.

Informazione Devono essere promossi specifici programmi di informazione per i malati di cancro e le loro famiglie. Le informazioni devono riguardare la diagnosi, le opzioni terapeutiche, gli effetti collaterali della malattia e della terapia, le prospettive di guarigione e i centri di cura specializzati. Le informazioni dovranno essere chiare, complete, comprensibili e disponibili in ogni fase del trattamento, dalla diagnosi in poi.

OBIETTIVI	AZIONI
1. la riduzione della mortalità derivante da tumore maligno con particolare attenzione al tumore alla mammella, al colon-retto, alla prostata, al polmone, alla cervice dell'utero e allo stomaco.	1. Oltre a quelle strutturali ed organizzative di cui al capitolo II del PSR, ed oltre alle azioni individuate dalle Linee guida nazionali per la prevenzione e la cura delle malattie oncologiche, a cui si rimanda e che il presente P.R.S. assume quali linee di indirizzo in uno con gli obiettivi di PSN 2003-2005, le azioni prioritarie da promuovere e realizzare nel triennio per raggiungere gli obiettivi sopra indicati sono:
2. la riduzione delle disuguaglianze di incidenza, sopravvivenza e mortalità per tumore.	2. supporto e coordinamento e realizzazione degli screening previsti quali obiettivi di PSN 2003-2005

3. Il miglioramento della qualità della vita del Paziente oncologico.	3. potenziamento delle attività di diagnosi precoce.
	4. sviluppo ed attivazione delle cure domiciliari ai pazienti oncologici in fase terminale fornendo indirizzi operativi per la loro realizzazione e linee guida terapeutiche e di gestione generali del paziente.
	5. completamento, razionalizzazione e potenziamento delle strutture ed i servizi specialistici di offerta aziendali, comprendenti le UO di oncologia medica, nonché realizzazione del centro oncologico di eccellenza già istituito e previsto dall'art. 21 della L.R. n. 29/2002.
	6. potenziamento e attivazione di UU.OO. di Radioterapia nelle aree regionali carenti.
	7. Incremento degli interventi chirurgici di elezione per patologie neoplastiche recuperando così l'attuale saldo negativo di mobilità sanitaria per tali interventi. Per alcune tipologie ed esclusivamente presso le Aziende Ospedaliere e nei Presidi ospedalieri pubblici dei capoluoghi di Provincia il perseguimento di tale obiettivo si giova dalla integrazione di più professionalità, realizzando strutture dedicate ed integrate per il trattamento di specifiche patologie, come le Unità di diagnosi e terapia senologica integrata.
	8. potenziamento ed effettiva funzionalità del registro tumori, della Regione.
	9. produzione di linee guida cliniche per l'assistenza sanitaria dei pazienti affetti dai seguenti tumori: tumori alla mammella; tumore della cervice uterina; tumore del colon-retto; tumore della prostata; tumore della vescica; tumore del polmone.
	10. produzione di Linee guida per le cure palliative.
	11. produzione di Linee guida per la prevenzione delle complicanze
	12. attivare una rete di assistenza tale da garantire al paziente oncologico in fase critica cure mediche infermieristiche, associate ad altre tipologie di supporto per il paziente e per la famiglia (psicologi, volontari, ecc.), con l'obiettivo di garantire le migliori qualità di vita possibile nel rispetto della dignità e della volontà del paziente, valorizzando la funzione di terapia del dolore e di cure palliative. Le sedi di assistenza e cura per i pazienti terminali devono essere modulate e variate, se necessario, in rapporto alla tipologia del paziente (caratteristiche cliniche, psicologiche, ecc) e alla situazione familiare (Reparti ospedalieri, domicilio, Hospice).
	13. adeguamento e coordinamento con i servizi di anatomia patologica.
	14. riduzione dei ricoveri ospedalieri dei pazienti oncologici terminali conseguita attivando l'assistenza oncologica domiciliare in ciascun ambito distrettuale delle aziende sanitarie e gli hospice già previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

3.3.1 Malattie infettive e AIDS

L'attesa sconfitta di gran parte delle malattie infettive, è stata raggiunta grazie agli antibiotici ad ampio spettro ed ai vaccini ed inoltre grazie anche al miglioramento delle condizioni socio-economiche di vita; ma ciò nonostante le malattie infettive incombono e sempre più gli agenti microbici mostrano la loro straordinaria capacità di adattamento ecologico.

La moderna tecnologia sanitaria ha favorito la sopravvivenza di soggetti deboli, quindi più suscettibili all'aggressione infettiva, ma ha permesso anche la selezione di specie microbiche resistenti ai farmaci e popolazioni di agenti dimoranti nelle strutture sanitarie.

Inoltre la globalizzazione incalzante rende attuali i rischi infettivi che erano rimasti confinati ad aree geografiche remote e ben definite. Infine la stessa organizzazione sociale costruisce rischi nuovi proprio per la sua massificazione: la sicurezza di ciò che mangiamo, di quello che beviamo; l'aggregazione umana delle città, pongono in

continuazione nuovi compiti, cui, non infrequentemente, la ricerca non offre con tempestività risposte adeguate.

È in questo contesto che l'Unione Europea ha sviluppato, negli ultimi anni, una normativa dedicata ai sistemi di sorveglianza e di allarme per il controllo delle malattie infettive. La storia moderna ci dimostra, tuttavia, come sia possibile conseguire importanti successi contro le infezioni, tanto che questo settore è quello ove la prevenzione appalesa i suoi frutti in tempo breve ed in grandi quantità.

Il nostro Paese ancora convive con una patologia infettiva già controllata dal resto d'Europa, con la patologia infettiva moderna, con il suo corredo di latrogenesi e di farmacoresistenza. La centralità geografica dell'Italia, ed in modo particolare la posizione delle regioni meridionali, nonché i frequenti spostamenti e viaggi dei cittadini certamente rendono molto attuale il problema della migrazione di malattie infettive.

Se da un lato, dobbiamo ancora soddisfare gli obiettivi OMS per il controllo di malattie prevenibili da vaccinazione (morbillo, rosolia, pertosse, parotite, Influenza), dall'altro bisogna rinforzare la sorveglianza epidemiologica sia verso la circolazione interna di agenti patogeni (infezioni ospedaliere, tossinfezioni alimentari, agenti farmacoresistenti) sia verso l'importazione di agenti infrequenti nel nostro territorio (TBC, malaria ed altre patologie tropicali).

OBIETTIVI	AZIONI
1. adeguamento alle esigenze informative del Network Europeo, Inclusa la messa a punto di procedure rapide d'allerta per le emergenze infettive.	1. migliorare, a livello regionale, tempestività, sensibilità e specificità dei sistemi di sorveglianza, ricorrendo anche alla conferma di laboratorio dei casi (in particolare per il morbillo per cui è previsto un obiettivo di eliminazione);
2. messa a punto di procedure e comportamenti successivi, per un sistema d'allarme epidemico rapido;	2. implementare, a livello regionale, i sistemi di sorveglianza mirati per la rosolia congenita, anche ricorrendo a sistemi di rilevazione delle infezioni acquisite in gravidanza;
3. miglioramento dell'accertamento eziologico delle malattie batteriche invasive;	3. dotarsi, in previsione di un'eventuale pandemia influenzale, di piani pandemici regionali;
4. miglioramento delle capacità di accertamento eziologico delle m. infettive, Incluse quelle tropicali;	4. migliorare la rilevazione degli eventi associabili a vaccinazione;
5. miglioramento dell'accertamento eziologico e delle modalità di trasmissione di focolai epidemici, inclusi quelli di verosimile natura alimentare;	5. misurare l'impatto dei programmi di vaccinazione in termini di riduzione di frequenza delle malattie prevenibili o delle loro conseguenze;
6. razionalizzazione e monitoraggio, per quanto riguarda l'uso degli antibiotici nella popolazione;	6. effettuare una sistematica indagine epidemiologica sui focolai infettivi;
7. verifica della messa in opera e dell'impatto delle procedure di controllo delle infezioni ospedaliere, a livello regionale e locale;	7. ridurre l'incidenza delle tossinfezioni alimentari;
8. Per quanto riguarda le malattie prevenibili da vaccino, gli obiettivi del PSN 1998-2000 rimangono integralmente validi per il triennio 2003-2005, anche perché allo stato non tutti gli obiettivi sono stati raggiunti. Deve essere adottato il calendario vaccinale da definire a cura della competente struttura del Dipartimento Sanità entro il primo trimestre di validità presente P.R.S. e raggiunti i tassi di copertura vaccinale idonei a garantire l'opportuna protezione delle popolazione entro il triennio di validità del P.R.S.	8. monitorare, a cadenza almeno semestrale, l'andamento delle coperture vaccinali routinarie a 12 e 24 mesi di età e la copertura vaccinale annuale anti-influenzale negli ultra 64 enni;
9. Posto che gli obiettivi di salute e quelli operativi di copertura vaccinale restano immutati rispetto a quelli indicati nel PSN vigente, a cui si rimanda, occorre focalizzare l'attenzione sul miglioramento della qualità di vita nella sicurezza anti-infettiva.	9. promuovere la gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali, dei dati di sorveglianza delle malattie infettive e degli eventi avversi a vaccino, in formati tra loro compatibili;
10. Rinforzare l'attività di prevenzione contro il morbillo, elemento target di un nuovo piano di eliminazione OMS; entro il 2004, oltre all'offerta primaria di vaccinazione antimorbillo, dovranno essere attivate strategie supplementari ed appropriate attività di sorveglianza che includano la diagnosi di laboratorio, per giungere ad eliminare il morbillo autoctono entro il 2007;	10. adottare il calendario regionale, atto a realizzare gli obiettivi di copertura vaccinale di cui al presente P.R.S.; anche con la finalità di garantire la qualità dei servizi vaccinali, prevedendo altresì azioni di monitoraggio del livello di soddisfazione degli utenti;
11. ridurre l'incidenza della rosolia congenita al di sotto di 0,01 casi/1.000 nati vivi per anno;	11. consolidare i sistemi di sorveglianza routinaria delle malattie infettive;

12. rinforzare l'offerta attiva vaccinale per tutte le altre patologie, in specie per l'influenza agli anziani ed alle persone a rischio, per le infezioni invasive da pneumococco nei soggetti a rischio e per la varicella, sulla base dei principi dei recenti Accordi Stato-Regioni in tema di strategia vaccinale;	12. aggiornare le linee di indirizzo per quanto riguarda screening tubercolinici, terapia preventiva, prevenzione vaccinale della malattia tubercolare; intensificare il monitoraggio dell'incidenza, delle recidive e dell'efficacia del trattamento della malattia tubercolare; allargare la rete dei centri che eseguono il controllo del risultato della malattia tubercolare;
13. eliminazione di qualsiasi rischio di poliomielite post vaccinale adottando soltanto la vaccinazione con IPV;	13. potenziare i sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali;
14. Implementare il sistema di sorveglianza degli effetti collaterali e delle reazioni avverse alle vaccinazioni.	14. effettuare interventi di educazione sanitaria e di informazione rivolti alla popolazione generale, per promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai comportamenti e agli stili di vita appropriati per la prevenzione delle infezioni trasmesse per via parenterale e sessuale e per mezzo degli alimenti.

3.3.2. A.I.D.S.

In Italia, il numero cumulativo di casi di AIDS segnalati dall'inizio dell'epidemia ha superato quota 47.000 (per la precisione 47.229 casi, che salgono a 47.444 se si aggiusta per il ritardo della notifica). Come in altri paesi industrializzati, a partire da metà del 1996 si è osservato un decremento nel numero di nuovi casi di AIDS.

L'apparente declino non deve trarre in inganno, essendo dovuto in massima parte all'effetto delle terapie anti-retrovirali combinate, che hanno determinato un allungamento dei tempi di incubazione. L'effetto di popolazione dei nuovi trattamenti, sino ad ora, è stimabile in un allungamento di almeno 5 anni del tempo di incubazione e della sopravvivenza totale.

Si stima che durante lo scorso anno si siano verificati circa 2.000 nuovi casi (poco meno della metà di quelli notificati nel 1995, l'anno del picco della curva dei casi di AIDS) e 800 decessi. La sopravvivenza dopo la diagnosi di AIDS è aumentata, e si stima che siano circa 14.000 le persone affette da AIDS attualmente viventi.

Le variazioni geografiche rimangono le stesse riscontrate sin dalla prima fase dell'epidemia, con incidenze più elevate al nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) ed in alcune aree del centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del sud della penisola.

Il rapporto fra casi di AIDS cumulativi e persone infettate è di circa 1:3, per cui si stima che il numero cumulativo di sieropositivi sia superiore a 130.000. Di questi, circa 100.000 (ivi inclusi i circa 14.000 affetti da AIDS) sono attualmente viventi. Questi dati dimostrano che il serbatoio di infezione è tuttora ampio; anzi, l'allungamento della sopravvivenza delle persone infette può determinare un leggero aumento della prevalenza di infezione.

I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, suggeriscono che l'incidenza di nuove infezioni si è stabilizzata negli ultimi 3 anni e, a differenza di quanto accadeva tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, non tende più alla diminuzione. Questa osservazione ribadisce l'importanza di non trarre conclusioni affrettate in base alla diminuita incidenza di AIDS conclamato e ribadisce la necessità di monitorare l'andamento delle nuove infezioni.

Si stanno modificando le caratteristiche delle persone colpite. Innanzitutto, si osserva una diminuzione delle diagnosi di infezione nei tossicodipendenti, che può derivare sia da una diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa che da una diminuita circolazione virale conseguente al cambio dei comportamenti associati all'uso di droga. Non diminuiscono invece le infezioni trasmesse per via sessuale. A ciò consegue un aumento dell'età media alla diagnosi di infezione.

Un problema particolare è quello dell'AIDS in carcere: dei 50.000 detenuti in Italia (di cui 47.000 uomini e 3.000 donne), distribuiti in 200 istituti di pena, 2.500 sono sieropositivi e 15.000 sono tossicodipendenti, quindi ad alto rischio di contrarre questa malattia. In base alla nuova disciplina (*legge n. 231/1999*) riguardante le situazioni di incompatibilità tra la condizione di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria e il regime carcerario, si ritiene che, in primo luogo, debbano essere garantiti ai detenuti con infezione da HIV, ritenuti compatibili con lo stato di detenzione, gli interventi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione stabiliti dal Servizio sanitario nazionale, garantendo loro facilità di accesso ai nuovi farmaci antivirali. Sempre in base alla citata legge, i pazienti in carcere con la malattia già in fase acuta, devono essere ricoverati nelle unità operative di malattie infettive accreditate dopo aver ottenuto dalle autorità competenti adeguati dispositivi di piantonamento.

OBIETTIVI	AZIONI
1. riduzione dell'incidenza delle infezioni da HIV;	1. continuare gli interventi di prevenzione e/o informazione, nella loro più ampia articolazione (informazione, educazione alla salute, formazione, aggiornamento professionale). In particolare, si prevede di continuare le iniziative informativo-educative già avviate e di richiamare l'attenzione non solo della popolazione generale e dei gruppi di popolazione a rischio noto;
2. miglioramento della qualità della vita delle persone infette da HIV.	2. adeguare le strutture di ricovero, sulla base dei dati epidemiologici attualmente disponibili, potenziando le attività di day-hospital, ambulatoriali e domiciliari, ferma restando l'esigenza di adeguare la rete di strutture di ricovero di malattie infettive, anche in relazione alla diffusione delle altre malattie infettive;
	3. favorire le attività del volontariato, la tutela dei diritti delle persone con infezione da HIV, il superamento dei problemi connessi alla diffusione dell'infezione da HIV nelle carceri, la cura degli aspetti psicologici e psichiatrici dell'infezione da HIV/AIDS.

3.4.1 Infortuni lavorativi

Il fenomeno infortunistico mostra, in Italia, un costante quadro di gravità sia in termini di numero di eventi che di effetti conseguenti. Gli infortuni avvenuti e denunciati nel 1999 superano di poco il milione, di cui 1.309 mortali, con un incremento dell'1.2% rispetto al 1998. L'incremento più significativo riguarda i settori dell'industria e dei servizi.

Uno degli aspetti più critici nell'analisi dell'infortunio risiede nell'esatta valutazione dei fattori che hanno contribuito a determinare l'evento. Non si dispone di informazioni che indichino il ruolo dei diversi fattori che hanno concorso al determinarsi dell'evento e, attualmente, non esiste un sistema di sorveglianza nazionale o regionale in grado di esplicitare le cause degli infortuni sul lavoro.

OBIETTIVI	AZIONI
Obiettivo generale dei P.R.S. 2004-2006 è la riduzione della frequenza degli infortuni sul lavoro, in particolare in quei settori che sono contrassegnati da un maggior numero di eventi e da una maggiore gravità degli effetti.	1. costruire un sistema regionale di sorveglianza sugli infortuni sul lavoro finalizzato allo studio ed alla conoscenza delle cause;
	2. migliorare la qualità e gli aspetti di sicurezza delle attrezzature utilizzate, attraverso l'adozione di Sistemi di Qualità;
	3. rafforzare le attività di prevenzione e vigilanza dei processi e delle procedure di lavoro;
	4. promuovere iniziative per l'informazione e la formazione del soggetti coinvolti nel processo e del personale addetto alle azioni di vigilanza;
	5. migliorare i processi di verifica della qualità e

3.4.2 Patologie da lavoro

Una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro è in atto in tutti i settori lavorativi a causa dell'impiego di nuove tecnologie e del conseguente cambiamento dei modelli di produzione. Inoltre la competitività del mercato ha determinato l'introduzione di nuovi modelli organizzativi ed operativi.

Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando l'introduzione di nuovi rischi e inducendo una progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio. Conseguentemente l'attuale quadro della patologia professionale vede la coesistenza di classiche malattie professionali specifiche, che riconoscono una causa lavorativa ben determinata e di malattie a genesi multifattoriale, che costituiscono causa di morbilità o mortalità anche nella popolazione generale.

Secondo i dati INAIL, le malattie professionali maggiormente indennizzate sono, in ordine decrescente, nell'industria le ipoacusie da rumore, le malattie cutanee, le pneumoconiosi; in agricoltura l'asma bronchiale e le alveoliti allergiche.

Tuttavia, accanto a queste patologie tradizionali, si stanno diffondendo tra i lavoratori alcune nuove patologie definite come "nuove epidemie" e identificabili con: patologie dell'arto superiore da sovraccarico meccanico; patologie da fattori psico-sociali associate a stress (burn-out, mobbing, alterazioni delle difese immunitarie e patologie cardiovascolari); patologie da sensibilizzazione; patologie da agenti biologici; patologie da composti chimici (effetti cancerogeni e sul sistema riproduttivo); patologie da agenti fisici (campi elettromagnetici).

Inoltre la mutata organizzazione del lavoro (telelavoro), la comparsa di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale) e le diverse caratteristiche della forza lavoro (invecchiamento della popolazione lavorativa, presenza di lavoratori extracomunitari non regolarmente assunti) costituiscono nuovi fattori di rischio.

OBIETTIVI	AZIONI
È obiettivo del presente Piano la diminuzione del numero delle malattie professionali e delle patologie correlate al lavoro.	1. applicare pienamente la normativa di prevenzione e sicurezza;
	2. costruire una rete regionale di sorveglianza epidemiologica occupazionale e definire i flussi informativi;
	3. Informare e formare i lavoratori;
	4. formare gli addetti alla vigilanza e al controllo;
	5. rafforzare le attività di prevenzione e vigilanza;
	6. sviluppare indagini sulle patologie correlate al lavoro;
	7. sviluppare processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione.

3.4.3 Tumori occupazionali

In Italia ogni anno si verificano oltre 250.000 casi di tumore maligno. Una stima, ritenuta da molti studiosi conservativa, riconosce che una quota del 4% di tutti i tumori sia di origine professionale e quindi più di 10.000 casi l'anno sarebbero da attribuire alle esposizioni a cancerogeni in ambiente di lavoro.

Attualmente solo per poche centinaia di casi l'anno vengono attivate procedure di riconoscimento dell'etiologia professionale e di bonifica dell'ambiente di lavoro.

Uno dei punti critici nell'individuazione dei tumori di origine lavorativa risiede nella mancata attivazione di sistemi informativi.

OBIETTIVI	AZIONI
Obiettivi principali dei P.R.S. sono il miglioramento del riconoscimento dei tumori di origine professionale e l'individuazione di misure di tutela e di prevenzione degli esposti.	1. la creazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno relativo alla cancerogenesi professionale basato sull'appaiamento dei dati provenienti dai sistemi informativi territoriali di rilevazione della patologia e dai sistemi informativi degli Enti previdenziali e amministrativi;
	2. la piena applicazione della normativa specifica di settore, con particolare attenzione allo sviluppo e all'implementazione di soluzioni tecniche per la sostituzione e l'eliminazione delle sostanze cancerogene e la sperimentazione di tecnologie alternative;
	3. l'informazione e la formazione dei lavoratori esposti a rischio;
	4. la piena realizzazione degli archivi degli esposti al rischio, così come previsto dalla normativa vigente;
	5. la sensibilizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai riconoscimento di tumori di origine lavorativa.

3.4.3 Incidenti stradali

Le statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1996 riferiscono i seguenti tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per incidenti stradali: Tutte le età: uomini 20.8 - donne 6.2; 15-24 anni: uomini 35.9 - donne 8.5. Con un quadro che comporta circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di Pronto Soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti, gli incidenti stradali sono certamente un'emergenza sanitaria che va affrontata in modo radicale.

D'altra parte, rispetto al PSN 1998-2000 qualche passo in avanti lo si è fatto, sia in termini di azioni di prevenzione sia in termini normativi: l'estensione dell'obbligo d'uso del casco anche ai maggiorenni in ciclomotore e l'impegno delle diverse amministrazioni nel far sì che la legge fosse rispettata, hanno contribuito a determinare un crollo del verificarsi del trauma cranico in questa categoria di utenti (mediamente - 66.0%, che proiettato all'anno comporta una riduzione di 170 morti, 350 invalidi gravi, 8500 ricoverati, con un beneficio sociosanitario di circa 500 miliardi). L'attenzione del Governo a questo problema ha portato all'emanazione di indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale che fornisce indicazioni preziose per muoversi ed operare su un problema fortemente trasversale. Il fenomeno, tuttavia, costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).

OBIETTIVI	AZIONI
1. la riduzione almeno del 20% della mortalità derivante dagli incidenti stradali, in particolare nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni (detta mortalità è praticamente ancora ferma ai valori degli anni '70);	1. mantenere ai livelli attuali (superiori al 90%) l'utilizzo del casco da parte degli utenti dei veicoli motorizzati a due ruote;
2. la riduzione almeno del 20% dei ricoveri per incidente stradale e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero;	2. elevare quanto più possibile l'uso delle cinture di sicurezza;
3. la riduzione almeno del 10% delle menomazioni gravi permanenti conseguenti a incidenti stradali.	3. contrastare la guida in stato di ebbrezza e sotto l'influsso di sostanze psicotrope;
	4. contrastare gli stili di guida aggressivi, in particolare per quel che riguarda la velocità elevata;
	5. Per altre azioni importanti, che vanno dall'istituzione di sistemi di sorveglianza allo studio dei fattori di rischio, dalla prevenzione alla valutazione, si rimanda al decreto interministeriale relativo al Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale.

3.4.4 Incidenti domestici

Il fenomeno degli infortuni domestici mostra un andamento in continua crescita con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno. Le categorie di soggetti a maggior

rischio sono quelle appartenenti alle classi di età comprese tra i 45 ed i 64 anni di età ed i 25 ed i 44 anni di età.

La causa prevalente d'infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (37,4% degli eventi) e la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente, seguita dall'ustione. Le conseguenze più gravi sono rappresentate dalle fratture. Le statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1996 forniscono i seguenti tassi di mortalità per incidenti non stradali per 100.000 abitanti: Tutte le età: uomini 23.0 - donne 26.7 ; Età 0-5 anni: uomini 4.2 - donne: 3.2 Età 65 anni e più: uomini 99.9 - donne 124.6. Si stima che circa la metà di questi incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze (incidenti domestici).

Gli incidenti domestici rappresentano dunque un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili. L'ampiezza del fenomeno degli infortuni in ambiente domestico deve peraltro rendere consapevole la collettività che le mura domestiche rappresentano un ambito di sicurezza solo se sono rispettate condizioni di corretto utilizzo degli spazi e degli oggetti.

Su questo problema è stato fatto un decisivo passo in avanti con l'approvazione della [legge 3 dicembre 1999, n. 493](#), relativa alle "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". Questa legge, infatti, riconosce non solo il carattere "lavorativo" dell'attività che prevalentemente la donna svolge in casa, ma istituisce il "Sistema di sorveglianza nazionale sugli infortuni negli ambienti di civile abitazione", che permetterà sia di conoscere più in dettaglio il fenomeno, sia di valutare correttamente l'efficacia delle azioni di prevenzione promosse. Particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto quelli istituzionalizzati.

OBIETTIVI	AZIONI
Costituisce obiettivo del Piano la riduzione del numero degli infortuni domestici. In particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio, gli anziani di età superiore ai 65 anni;	1. Incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature;
	2. predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
	3. sviluppare campagne d'informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio;
	4. costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.

3.5 Diabete e malattie metaboliche

Le malattie metaboliche rappresentano una causa primaria di morbilità e mortalità nel nostro Paese. In particolare il diabete costituisce la principale causa di cecità, insufficienza renale cronica, cardiopatia ischemica e amputazioni degli arti inferiori. L'incidenza del diabete di tipo 2 è in aumento in tutto il mondo occidentale, così come si va riducendo sempre più l'età della diagnosi della malattia. Anche l'incidenza del diabete di tipo 1 è in aumento in alcune zone.

Il diabete è tuttavia solo un aspetto, anche se spesso il più grave, della cosiddetta "sindrome metabolica", cui vanno riferite anche l'obesità, le dislipidemie e l'ipertensione arteriosa: in altre parole i principali fattori di rischio responsabili dell'aterosclerosi e delle patologie cardiovascolari ad essa secondarie, problema sanitario di primaria importanza e gravità anche nel nostro Paese. L'indagine

multiscopo ISTAT stima che almeno due milioni di Italiani dichiarano di soffrire di diabete, con notevoli differenze geografiche di prevalenza autopercepita.

OBIETTIVI	AZIONI
1. il contrasto della malattia, attraverso programmi di prevenzione e di ricerca dei meccanismi patogenetici che ne sono alla base;	1. favorire l'accesso ai servizi diagnostici degli individui a rischio per anamnesi familiari;
2. il contrasto delle complicanze della malattia, attraverso interventi atti a ridurre i fattori di rischio ad essa legati responsabili del danno d'organo, a identificare i soggetti a rischio, per meglio orientare tali interventi e a comprenderne la genesi in modo tale da poter adeguatamente affrontare la patologia sul piano terapeutico;	2. Incrementare l'arruolamento dei diabetici in appropriati programmi di trattamento e di prevenzione delle complicanze;
3. il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria ed interventi mirati ad alleviare l'impatto di queste condizioni morbose nell'esercizio delle normali attività quotidiane;	3. implementare programmi di informazione dei pazienti coinvolgendo il volontariato sociale ed altresì le associazioni di diabetici aventi sede in Calabria, con documentata esperienza pluriennale certificata dalla FAND.
4. il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti diabetici.	4. migliorare le prestazioni attraverso apposite linee guida per gli operatori sanitari, previa analisi ad hoc (ad es. studio QUADRI-ISS).

3.6 Nefropatie croniche

Si tratta di una patologia che si presenta con sempre maggiore frequenza nella nostra Regione, anche in rapporto alle caratteristiche demografiche (invecchiamento della popolazione, malattia diabetica, ipertensione arteriosa, ecc.). Gran parte delle malattie renali ha la caratteristica della progressione verso l'insufficienza renale terminale, con necessità di terapia sostitutiva della funzione renale. Ne derivano costi elevatissimi, di salute, sociali ed economici.

Nel PSR 1995-97 sono state attuate importanti iniziative per migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini con nefropatia cronica, attraverso la realizzazione dell'Azione programmata "Assistenza ai nefropatici cronici", che ha consentito di definire le linee organizzative del percorso assistenziale, di disciplinare l'erogazione del servizio di trasporto ai soggetti dializzati e la fornitura di prodotti dietetici e medicinali.

Più in generale, i provvedimenti adottati hanno consentito un miglioramento della qualità della vita dei nefropatici cronici. Tuttavia permane ancora la necessità di ulteriori interventi ed azioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura dei soggetti nefropatici cronici.

OBIETTIVI	AZIONI
Con il presente Piano si intende confermare l'azione programmata di cui al PSR 1995/1997 nei suoi riferimenti e contenuti strutturali e organizzativi, con le precisazioni ed aggiornamenti di seguito indicati.	1. adottare linee guida per il riconoscimento e la prevenzione delle nefropatie progressive e per il rallentamento dell'evoluzione verso l'insufficienza renale cronica;
Gli obiettivi del prossimo triennio di vigenza del presente PSR sono:	2. realizzare il Registro regionale dell'Insufficienza Renale Cronica, utilizzando a tal fine l'apposita rete telematica;
- le Aziende del S.S.R. sono impegnate a rendere operativo il percorso assistenziale per il paziente nefropatico cronico sui diversi livelli assistenziali della prevenzione delle nefropatie (primaria, secondaria e terziaria), della terapia conservativa e della terapia sostitutiva, con attenzione all'assetto organizzativo in senso dipartimentale;	3. programmare le necessità dialitiche sulla base dei dati epidemiologici e di strategie territoriali di allocazione dei pazienti;
- incremento della sopravvivenza dei soggetti affetti;	4. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili per la dialisi e per le attività nefrologiche in senso lato, organizzando le attività in Dipartimenti dedicati a valenza aziendale (ovvero inter-aziendale); i servizi di dialisi con posti

	tecnici inferiori a 16 sono da ritenere strutture semplici a valenza dipartimentale;
- la Giunta regionale provvede a definire indicatori che consentano di verificare, nel quadro delle responsabilità definite dal percorso assistenziale, la congruità dell'organizzazione dei servizi ai risultati attesi, anche per mezzo di progetti dedicati;	5. adeguare il personale e le risorse per il potenziamento della dialisi domiciliare e della dialisi peritoneale;
- la Giunta regionale e le Aziende del S.S.R. individuano strumenti di comunicazione verso i cittadini sulla rete di assistenza garantita, al fine di migliorare l'appropriatezza Della domanda e il grado di consapevolezza della rilevanza degli stili di vita orientati alta salute.	6. adeguare il personale e le risorse delle attività dedicate al trapianto renale, ivi compresi quelli delle UU.OO. di chirurgia generale od urologia eventualmente collaboranti.

3.7 Malattie Reumatiche

Le malattie reumatiche sono un insieme di affezioni ad andamento cronico-evolutivo, spesso condizionanti una disabilità gravemente invalidante. Si caratterizzano per la larga diffusione nella popolazione, la bassa mortalità, l'altissima frequenza di esiti invalidanti, la possibilità di cure adeguate. Esse richiedono interventi sanitari ripetuti nel tempo, con il coinvolgimento plurispecialistico e l'utilizzo di strutture assistenziali di diverso livello.

OBIETTIVI	AZIONI
Miglioramento della qualità della vita del malato reumatico, assicurando gli interventi di diagnosi precoce, terapia appropriata e personalizzata, assicurando la continuità assistenziale specifica a scapito della soluzione degli episodi di malattia.	Definire una rete integrata di funzioni assistenziali, dalle strutture territoriali dei Distretti, alle UU.OO. di degenza, attivate secondo il fabbisogno in termini di p.l. definito nel presente P.R.S., fino alle strutture di riabilitazione.

3.8 Altre patologie di rilievo sociale e malattie rare

Oltre alle aree di intervento già indicate nei paragrafi precedenti altre condizioni morbose rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilevanza sociale.

Per alcune condizioni morbose sono già disponibili, o in via di definizione, provvedimenti normativi e documenti di indirizzo di carattere generale volti a precisare, per ciascun ambito, gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da privilegiare e le indicazioni di ordine organizzativo.

Ci si riferisce in particolare alle patologie che il PSN vigente individua di rilevanza sociale e che potranno essere oggetto di attivazione di progetti specifici o di altre azioni nell'ambito di vigenza del presente piano, sono: malattie reumatiche croniche; malattie allergiche in età pediatrica; malattie dell'apparato respiratorio con particolare riguardo all'asma ed alla bronchite cronica; disturbi del comportamento alimentare; anoressia e bulimia; epatopatie di origine virale; fibrosi cistica, errori del metabolismo congenito/acquisito e malattia celiaca; demenze con particolare riferimento al Morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, neuropatie croniche, morbo di Parkinson, epilessia, cecità e ipovisione.

Altre condizioni morbose rientrano nel quadro delle patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilevanza sociale nella nostra Regione, vuoi per peculiarità di diffusione ovvero per l'impatto che hanno nella spesa farmaceutica e nell'erogazione dei servizi. Particolare aspetto in tal senso, facendo anche riferimento ai dati rilevati dall'Indagine Multiscopo ISTAT, assumono: le cefalee, le artropatie croniche.

Nel quadro delle patologie di rilevanza sociale, vanno inoltre considerate con particolare attenzione le problematiche strettamente sanitarie della fascia di

popolazione dei portatori di handicap, cui si riferiscono specifiche disposizioni (*legge 5 febbraio 1992, n. 104; legge 27 ottobre 1993, n. 423*) alle quali si rimanda nonché le malattie rare per le quali valgono le azioni previste nel quadro degli obiettivi del PSN 2003-2005 e dalla programmazione nazionale.

OBIETTIVI	AZIONI
Impostare modelli di gestione clinica dei pazienti al fine di ottenere livelli di assistenza adeguati alle specifiche necessità.	1. attivazione e/o potenziamento dei Centri di riferimento specifici esistenti con particolare all'implementazione delle attività relative a:
Messa a punto di protocolli per studi clinici, nosografici, socio-economici, ambientali di farmaco - economia e farmaco-vigilanza.	a. celiachia: estensione della rete regionale di cui alla <i>L.R. 2 maggio 2001</i> all'unità operativa esistente presso il presidio ospedaliero di Lamezia Terme.
Attivazione in almeno un Presidio Ospedaliero per ogni Azienda Sanitaria di un Centro di riferimento per le malattie rare, come previsto dalla normativa nazionale.	b. cefalee: con l'attivazione di uno specifico centro di riferimento presso l'A.O. Pugliese - Ciaccio.
	c. anoressia, bulimia anche con le previsione di specifici sostegno ad attività e/o istituti specificamente dedicati.
	d. sclerosi multipla: con il sostegno alle specifiche attività esistenti e da attivare rivolte all'assistenza dei malati alla partecipazione del di volontariato e di sostegno ai pazienti ed alle famiglie ⁽¹⁷⁾ . In tal senso trovano particolare apprezzamento regionale e dovranno trovare specifico sostegno ai fini del funzionamento entro il triennio di validità del P.R.S.: <ul style="list-style-type: none"> • l'attività del Centro di riabilitazione per la sclerosi multipla di Bova (RC), ciò in virtù della specifica valenza verso l'Integrazione socio-sanitaria delle attività ivi previste; • l'attività del Centro per la diagnosi e terapia della sclerosi multipla di Cosenza.
	e. sindrome delle apnee notturne, sviluppando le esperienze specifiche attivate presso l'Azienda sanitaria n. 5 di Crotone, con il supporto delle risorse necessarie.
	2. sviluppare con specifico investimento in termini di dotazione tecnologica, le attività finalizzate alla prevenzione della cecità ed ipovisione con l'istituzione della rete assistenziale oculistica che valorizzi le alte competenze già acquisite nei Centri specialistici più avanzati della Regione di seguito così indicati: <ul style="list-style-type: none"> • UU.OO. di oculistica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, sede della banca delle cornee; • UU.OO. di oculistica del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, per la specifica attività di cheratoplastica lamellare con sistema CLAT; • UU.OO. di oculistica del Presidio Ospedaliero di Crotone, sede del Centro antiglaucoma; • UU.OO. di oculistica dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini di Catanzaro, sede del Centro per l'Ipovisione e per la chirurgia retinica; • UU.OO. di oculistica dell'Azienda Bianchi-Melacrino-Morelli per l'attività specifica per la chirurgia rifrattiva.

3.9 Piano sangue

La *legge 4 maggio 1990, n. 107* "Discipline per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati" recepita dalla Delib.C.R. 25 febbraio 1993, n. 229 "Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti - Piano Sangue Regionale - *legge n. 107/1990*" e successive modifiche ha consentito una nuova organizzazione dei Servizi Trasfusionali nella nostra Regione, attivando una rete istituzionale coordinata dal Dipartimento Regionale alla Sanità e dal Centro regionale di coordinamento e compensazione (C.R.C.C.) con sede presso il Servizio di immunoematologia e trasfusione (S.I.T.) dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro. Questo nuovo modello organizzativo ha attivato una sinergia con le Associazioni di

Volontariato e Federazioni dei Donatori di Sangue che ha consentito una riduzione dell'importazione del sangue dalle altre Regioni.

OBIETTIVI	AZIONI
1. Autosufficienza del sangue intero e dei plasmaderivati	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivare la donazione del sangue mediante una diffusa capillarizzazione nel territorio regionale delle Unità di Raccolta Pubbliche e Private; - promuovere la cultura dell'autotrasfusione tra la popolazione grazie ad un ruolo attivo dei "Comitati Buon Uso del Sangue"; - attivare Strutture Dipartimentali con competenza Provinciale; - attuare la completa informatizzazione dei Servizi Trasfusionali mediante il collegamento in rete con il C.R.C.C. ed il Dipartimento Regionale alla Sanità.
2. Sicurezza della donazione	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire il rispetto della regolamentazione del prelievo, della conservazione del sangue, del corretto trasporto e del consenso informato del donatore; - verificare la congruità dei requisiti di qualità delle Strutture Trasfusionali; - attivare la formazione e l'aggiornamento del Personale dei S.I.T. - CT.
3. Valorizzazione del Volontariato	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire l'incremento dei Donatori periodici sostenendo le attività di propaganda, di promozione e di educazione alla salute e, nell'ambito di progetti obiettivo settoriali, garantire la collaborazione tra le Associazioni del Volontariato ed i Servizi Trasfusionali.

3.10 Centro per il monitoraggio dell'obesità

È istituito presso la Facoltà di Medicina dell'Università Magna Grecia di Catanzaro, il Centro Regionale permanente per il monitoraggio dell'obesità e delle patologie ad essa correlata della popolazione calabrese.

Il Centro formula gli strumenti di rilevamento e attraverso la collaborazione delle strutture sanitarie territoriali, elabora i dati al fine di pervenire alle valutazioni epidemiologiche in collaborazione con la competente struttura del Dipartimento Sanità, premessa per la elaborazione di atti di indirizzo per interventi mirati di diagnosi e cura.

L'organizzazione ed il funzionamento del suddetto centro è demandata all'Università; la Giunta regionale annualmente destinerà le somme necessarie al funzionamento del suddetto centro.

(17) Il testo del presente periodo, apparentemente incompleto, è stato così pubblicato nel Bollettino Ufficiale.

I soggetti che non dispongono di adeguate abilità sociali sono spesso portatori di bisogni complessi e plurifattoriali, richiedono al sistema sanitario risposte ai loro problemi ed azioni unitarie tali da risolverli.

Sono soggetti deboli tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità. Sono ad alto rischio i disabili con un reddito al di sotto della soglia di povertà che necessitano di un intervento programmato, continuativo ed integrato. Particolare attenzione va anche riservata all'anziano disabile e alle persone nella fase terminale della vita.

Obiettivo fondamentale è introdurre nel sistema sanitario regionale condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi alle diverse categorie di popolazione in condizione di bisogno. In particolare, va evitato il rischio di assecondare aree privilegiate di bisogno e di utenza, quando non giustificato da necessità assistenziali e da priorità etiche, evitando vantaggi competitivi per chi sa meglio rappresentare i propri bisogni.

A tal fine va incrementato l'utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno e va incentivato l'orientamento a formulare diagnosi globali, evitando di settorializzare gli interventi.

Gli standard di struttura vanno correlati a standard di processo idonei a garantire qualità di assistenza ed esigibilità dei diritti dei soggetti svantaggiati.

Per una maggiore tutela dei soggetti deboli, le strutture organizzative aziendali più direttamente interessate (distretti, dipartimenti misti: geriatrico, salute mentale, delle dipendenze e materno infantile) dovranno evidenziare le condizioni di grave emarginazione presenti nel territorio ed elaborare progetti finalizzati a contrastare le disegualianze di accesso ai servizi.

L'integrazione tra distretto, dipartimenti ed altri servizi o enti coinvolti è la condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multi-dimensionali, per formulare risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno.

A questo scopo la personalizzazione degli interventi deve tenere conto del livello di non autosufficienza e della non disponibilità di risorse (economiche, personali, familiari, comunitarie o di altra natura).

Attraverso l'utilizzo di protocolli operativi e d'intesa va perseguita una sistematica riduzione degli sprechi di risorse derivanti dalle cronicità evitabili, adottando soluzioni che rispondano a criteri di efficacia, economicità e umanizzazione. Anche per questo, i ricoveri nelle strutture ospedaliere e residenziali pubbliche e private sono giustificabili solo quando non siano praticabili altre forme di intervento di natura ambulatoriale, Intermedia e domiciliare.

Sono considerati alcuni particolari gruppi di soggetti deboli nei cui confronti occorre personalizzare e riqualificare gli: i tossicodipendenti; i malati mentali; i bambini, gli adolescenti e le donne; i disabili; gli anziani che presentano specifiche esigenze di tutela; i malati terminali.

Per quanto riguarda la salute dei soggetti di cui agli specifici Progetti Obiettivo nazionali e regionali, si rimanda alle Linee Guida nazionali esistenti ed ai documenti di approfondimento relativi.

4.1 Tossicodipendenti

Le problematiche correlate ai consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope di vario genere interessano fasce consistenti di popolazione e sono caratterizzate da una continua evoluzione rispetto all'entità e varietà dei prodotti utilizzati, che determina un mutare dei fenomeni di uso, abuso e dipendenza.

Le variazioni più significative emerse in questi anni sono correlate ai seguenti aspetti: la maggiore disponibilità sul mercato di alcune sostanze psicotrope; l'aumento del consumo di sostanze ad effetto stimolante; la diminuzione dell'età di esordio del consumo; l'innalzamento dell'età media dei tossicodipendenti da eroina in carico ai servizi; l'aumento di utenti extracomunitari; il nuovo emergere delle problematiche alcol-correlate; il riconoscimento della natura di dipendenza del

tabagismo e l'accresciuta consapevolezza della sua centralità in termini di salute; la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlate all'uso di sostanze. Ne deriva la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti.

OBIETTIVI	AZIONI
1. Riqualficazione e diversificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine una modalità di lavoro per progetti secondo criteri di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse;	1. Sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
2. Potenziamento dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari e del raccordo tra Comuni e Aziende Sanitarie, anche attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo nazionale per politiche sociali. Le azioni progettuali nelle dipendenze, da svilupparsi da parte delle Aziende, degli Enti locali e del privato sociale, dovranno essere definite con lo strumento dei Piani Territoriali;	2. Completa realizzazione della rete informativa dei servizi pubblici, del privato sociale e del Centri di documentazione sulle dipendenze, per poter porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica in collaborazione con il competente servizio del dipartimento sanità della Regione per orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale;
3. Consolidamento del rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, nel rispetto delle rispettive funzioni e competenze.	3. Consolidamento nelle Aziende dei servizi specifici per le dipendenze;
4. Sviluppo di interventi di prevenzione sugli stili di vita e di promozione della salute mirati per l'età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni che quotidianamente operano per i giovani;	4. Sviluppo di azioni specifiche per il tabagismo: occorre intervenire, soprattutto nella fascia di popolazione giovanile, nell'ambito delle iniziative previste dall'obiettivo di salute II del presente piano;
5. Ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali tra Aziende e soggetti privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di intesa Stato-Regioni del 5.8.1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.	5. Sviluppo di azioni specifiche per l'Alcool: in tale ambito occorre riqualificare e riorganizzare la rete dei servizi, sia sul territorio, sia in relazione alle funzioni dei Centri di Alcolologia da inserire nell'ambito dei dipartimenti delle dipendenze, sviluppando gli interventi di tipo assistenziale, le attività di ricerca, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorre inoltre: promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza nella popolazione al fine di prevenire i danni causati dall'eccessivo consumo di alcool; intervenire per ridurre i rischi alcol correlati in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti; favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo sui problemi alcol correlati, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali, i gruppi di volontariato e dell'auto aiuto;
	6. Aggiornare le disposizioni inerenti l'assetto organizzativo e funzionale dei servizi per le problematiche di alcol-dipendenza e alcol-correlate alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella L. 30 marzo 2001, n. 125 ;
	7. Sviluppo di azioni specifiche per la situazione carceraria: in tale ambito occorre favorire e promuovere progetti riabilitativi volti al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossicodipendenti nonché sviluppare il processo di qualificazione dei servizi per assicurare in ambito penitenziario livelli di assistenza analoghi a quelli garantiti ai tossicodipendenti e agli alcol dipendenti, che vivono in stato di libertà, secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale in materia;
	8. Sviluppo di azioni specifiche per le situazioni di marginalità sociale: vanno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi o che comunque non si sono mai presentati ai servizi, al fine di intervenire sul cosiddetto "sommerso";
	9. Sviluppo di azioni specifiche per la tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia: gli impegni sono rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a sviluppare l'epidemiologia sulle condizioni di maternità e genitorialità in situazione di tossicodipendenza per consentire un orientamento ai servizi, ad avviare un sistema di monitoraggio delle situazioni problematiche a rischio per la salute dei minori; a promuovere la sperimentazione di un modello

	operativo di rete di facile accessibilità volto alla tutela della salute del minore e della famiglia in grado di intervenire in modo coordinato sin dal momento in cui si manifesta la gravidanza;
	10. Aggiornare le disposizioni inerenti all'Atto d'Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999, in coerenza con le altre specifiche normative regionali, per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso e per l'adeguamento funzionale e strutturale delle Comunità terapeutiche.

4.2 Salute mentale

Il progetto obiettivo nazionale e regionale Salute Mentale di cui al vigente piano sanitario nazionale si è caratterizzato per un miglioramento e consolidamento dei servizi territoriali per la salute mentale, in particolare per gli adulti e per la conclusione del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici.

La struttura sanitaria psichiatrica di Girifalco ha svolto in passato un ruolo importante e di riferimento per l'intero Sud-Italia, tanto che le strutture derivate sono ancora un preciso supporto per l'assistenza psichiatrica dell'area. In tal senso, secondo i principi di cui al presente obiettivo, non deve essere dispersa tale esperienza, mantenendo e sviluppando, all'atto della pianificazione aziendale, le strutture territoriali dedicate, tuttora esistenti ⁽¹⁸⁾.

La rete dei servizi è stata orientata ad assicurare assistenza soprattutto ai malati più gravi, a sviluppare interventi di tipo terapeutico-riabilitativo, con particolare attenzione all'area lavoro, ad avviare un rapporto di integrazione con i servizi sociali dei Comuni, a sperimentare e sviluppare una nuova forma organizzativa (Dipartimenti di Salute Mentale) più idonea a garantire la continuità dei percorsi assistenziali e l'apporto integrato delle professionalità, per assicurare interventi a tutela della salute mentale.

A fronte di una generalizzata crescita della domanda di interventi per la salute mentale, che evidenzia il diffondersi di situazioni di malessere sociale e di disagio psichico sia nell'infanzia e negli adolescenti sia nella popolazione adulta, si rende necessaria un'azione di verifica sulla situazione epidemiologica e una riflessione sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati.

Occorre pertanto sostenere il processo di cambiamento avviato e la volontà di consolidare le azioni dirette a promuovere particolarmente: la prevenzione dei disturbi e la cura dei gruppi a rischio in un'ottica di promozione della salute della popolazione; la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone con disturbi mentali, comprese quelle che soffrono in solitudine (i non collaboranti), attraverso interventi nel territorio in collaborazione con le associazioni dei familiari, degli utenti, del volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali; il diffondersi di atteggiamenti di maggiore solidarietà verso le persone che soffrono di disturbi mentali e il superamento dei pregiudizi verso questo tipo di disagio. In tal senso si confermano pertanto le strategie complessive per la tutela della salute mentale definite con il Progetto obiettivo salute mentale regionale già adottato.

OBIETTIVI	AZIONI
1. assicurare l'Integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la finalizzazione sinergica delle risorse in un'azione coordinata e condivisa tra Aziende Sanitarie e Comuni, con il contributo di volontariato, auto-aiuto e terzo settore;	1. rafforzare il ruolo e la consapevolezza dei servizi per un'azione forte e responsabile a tutela della salute mentale, mediante la definizione dell'assetto organizzativo secondo i criteri stabiliti dal Progetto obiettivo richiamato, con particolare riferimento alla:
2. riproporre un nuovo rapporto con la comunità	2. conferma del Dipartimento strutturale di salute

civile nelle sue componenti fondamentali, mirato a promuovere la crescita della solidarietà e delle azioni di inclusione, anche attraverso l'esperienza di specifiche progettualità (specifiche azioni nei piani sociali di zona, progetti sperimentali di prevenzione primaria, patti territoriali per la salute mentale, affidi etero familiari);	mentale (D.S.M.), con specifica autonomia di budget, quale supporto alla direzione aziendale, modello organizzativo ordinario delle attività e prestazioni a tutela della salute mentale e strumento di governo per un'azione strategica delle Aziende sulla Salute Mentale;
3. potenziare l'azione di sostegno alle famiglie attraverso l'istituzione di servizi di ascolto e di informazione con linee telefoniche dedicate in ogni C.S.M.. È ancora troppo debole la rete di protezione organizzata attorno alle famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di patologie psichiatriche. Particolarmente nei casi più gravi dovrà essere attivata un'azione specifica per sostenere il carico che la famiglia gestisce, orientandola nel suo ruolo ai fini del percorso terapeutico riabilitativo del paziente ed evitando la compromissione dello stato di, salute degli altri componenti della famiglia stessa;	3. lo sviluppo di interventi costanti di riqualificazione professionale degli operatori, nel cui ambito viene prevista anche la figura dell'educatore professionale come operatore sociale di orientamento pedagogico che agisce nel campo dell'educazione non formale attraverso progetti educativi e riabilitativi rivolti a soggetti fragili nei settori socio-sanitari e socio-assistenziali;
4. affrontare in modo sistematico i temi della promozione della salute mentale e della prevenzione, agendo non solo sull'individuo, ma anche attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), sviluppando nuove metodologie di lavoro integrato con le strutture organizzative che operano per l'educazione sanitaria e in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;	4. potenziare, avvalendosi della collaborazione dello specifico settore del dipartimento sanità della Regione, la valutazione epidemiologica dei bisogni e della risposta dei servizi, finalizzata ad una revisione della appropriatezza e della dotazione di servizi necessari, nonché delle risorse da destinarsi;
5. riqualificare il ruolo dei D.S.M. nell'area della residenzialità, con particolare orientamento a:	5. ridefinire i criteri per la classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale in riferimento ai livelli di intensità assistenziale e alla caratterizzazione sanitaria o socio-sanitaria della struttura, in coerenza con i processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi, che operano nelle materie ad elevata integrazione socio-sanitaria;
6. sviluppare l'articolazione in strutture residenziali di differente intensità assistenziale e con varia caratterizzazione dell'intervento per specificità di tipologia degli utenti, anche nell'ambito della definizione e valorizzazione delle attività assistenziali territoriali, di cui al punto 2.2.4., sulla base di principi di appropriatezza dell'offerta rispetto ai bisogni;	6. definire standard di riferimento per i servizi della salute mentale per l'infanzia e adolescenza;
7. ampliare la gamma delle soluzioni di residenzialità con utilizzo anche di forme abitative protette, case famiglia ecc., in un rapporto di cooperazione con le potenzialità offerte dal privato sociale, come previsto nel presente P.R.S.;	7. promuovere l'omogeneo raggiungimento su tutto il territorio regionale dei parametri strutturali e di personale previsti dal progetto obiettivo regionale;
8. garantire ai pazienti percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero del massimo livello di autonomia ed integrazione sociale;	8. prevedere l'istituzione e l'attività dei servizi di assistenza psicologica.
9. stimolare lo sviluppo di percorsi terapeutico riabilitativi personalizzati miranti al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile, contrastando ogni forma di "nuova istituzionalizzazione";	
10. sviluppare progetti sperimentali di costituzione in ogni azienda di strutture anche zonali sul modello della comunità terapeutica per piccoli numeri di utenti con disturbi gravi;	
11. ricondurre a maggiore appropriatezza il ricorso alla funzione di ricovero negli SPDC in termini di quantità e di durata, con utilizzo di idonee soluzioni residenziali alternative;	
12. rafforzare gli interventi volti all'infanzia/adolescenza, con particolare attenzione alle patologie emergenti (disturbi alimentari psicogeni, "doppia diagnosi", ecc.) e ricercare specifiche soluzioni residenziali e terapeutiche per la gestione delle situazioni di crisi psichiatrica acuta in utenti adolescenti in alternativa al ricovero.	

4.3 Disabili

Le politiche sanitarie e assistenziali destinate alle persone diversabili (ovvero "diversamente abili") nella Regione non hanno registrato né uno sviluppo né una

articolazione territoriale omogenea, specificatamente, in riferimento alle particolari caratteristiche dei bisogni di tale categoria di utenti.

Occorre quindi, anche alla luce delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento sulla integrazione socio-sanitaria di cui al [D.P.C.M. 14 febbraio 2001](#), portare a compimento e potenziamento l'attivazione di una rete integrata di servizi sanitari e socioassistenziali e aggiornare gli obiettivi, le strategie e gli strumenti organizzativi per assicurare a tale categoria di utenti il soddisfacimento dei loro bisogni sanitari e socioassistenziali.

OBIETTIVI	AZIONI
1. finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, facilitando anche i percorsi di inserimento scolastico, lavorativo e sociale ed assicurando le necessarie forme di integrazione con quelli più propriamente assistenziali e riabilitative.	1. Le Aziende Sanitarie si dovranno impegnare a: - ad attuare, potenziare e velocizzare le procedure e gli strumenti di intervento previsti dalla L. n. 104/1992 ; - rivedere la struttura funzionale di coordinamento e di gestione operativa dei Piani assistenziali individuali, per garantire l'apporto sinergico delle distinte competenze professionali, il collegamento organico tra prestazioni sociali e sanitarie ed il rapporto organico tra il momento gestionale e quello di programmazione a livello di Distretto; - individuare percorsi assistenziali in ordine alle disabilità croniche con ridefinizione dei servizi di assistenza residenziale e diurna; - assicurare l'assistenza domiciliare e promuovere, laddove possibile, la vita indipendente del cittadino disabile.
2. aggiornare i criteri di valutazione dei bisogni, dalla fase di accertamento a quella progettuale, e differenziare il ventaglio dell'offerta con particolare attenzione alla sua appropriatezza rispetto alla domanda.	
3. Utilizzare i principi fondamentali di riferimento che sono: assicurare la presa in carico del soggetto in funzione della unitarietà dell'intervento; dare continuità al percorso assistenziale attraverso l'individuazione di specifiche responsabilità degli operatori; ridefinire le modalità di compartecipazione sanitaria e sociale in relazione ai centri assistenziali diurni, alla luce dell'Atto di indirizzo di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001 ; coordinare i servizi ai quali la persona disabile intende accedere, per garantire la piena realizzazione del piano individuale di recupero e inserimento; rivedere i requisiti organizzativi e dimensionali delle strutture residenziali e semiresidenziali in ordine alle loro finalità riabilitative e sociali; definire le modalità di valutazione del grado di raggiungimento dei risultati e della qualità degli interventi.	2. La Giunta regionale, entro il primo anno di vigenza del presente Piano, adotta i provvedimenti di seguito indicati: - direttive per la ridefinizione del sistema dei servizi a favore dei disabili in riferimento ai criteri e agli indirizzi contenuti nel D.P.C.M. 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio-sanitaria e ai livelli di assistenza socio-sanitaria di cui al capitolo II del presente PSR; - disposizioni in ordine ai processi autorizzativi e di accreditamento per le strutture e i servizi assistenziali pubblici e privati per disabili, con l'identificazione di parametri strutturali e organizzativi di riferimento idonei alla realizzazione dei Programmi individuali di assistenza e di inserimento e reinserimento sociale.

4.4 Bambini adolescenti e donne

La progressiva riduzione della mortalità Infantile assestata al 9x1000 e perinatale 3,4x1000, ha seguito nella nostra Regione una tendenza analoga a quella nazionale è comunque ancora in evidenza il problema dei bambini portatori di disabilità, per patologie congenite o acquisite, che richiedono una maggiore capacità di intervento precoce di natura intensiva e riabilitativa. Specifica attenzione deve essere inoltre dedicata nella prima infanzia alle cure primarie e ai disturbi dello sviluppo psichico nell'età evolutiva.

Il vigente PSN ha affrontato, con il Progetto obiettivo "Materno infantile", le tematiche complessive dell'area, con l'intento di promuovere la salute della donna e del bambino nel suo naturale percorso di crescita sia sul piano preventivo e sociale, sia mediante una adeguata e qualificata copertura sanitaria.

Si rende tuttavia necessario riorientare l'azione delle Aziende del S.S.R. su alcuni aspetti di rilievo, per adeguarla agli elementi emersi, per sollecitare l'attuazione di interventi non ancora sufficientemente realizzati e per adeguarsi agli obiettivi ed alle azioni di cui al P.O. materno infantile nazionale.

L'area della salute materno-infantile presenta alcune specificità di cui è necessario tenere conto nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria. Gravidanza,

parto, allattamento, prima infanzia e adolescenza rappresentano momenti delicati e particolari nella vita di una persona, ma non certo (tranne che in rari casi) patologici.

L'assistenza, sia in termini di programmi di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della natura fisiologica di questi eventi, e saper cogliere e trattare tempestivamente la patologia senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria. L'interazione con i servizi sanitari in momenti così sensibili della vita può rappresentare una utile occasione di educazione alla salute e di prevenzione.

Anche nel caso di patologia rilevante, è importante rispettare sempre le particolari necessità dell'età pediatrica e dell'adolescenza, facendo un ridotto ricorso alla ospedalizzazione (privilegiando ricoveri brevi, di Day-Hospital e Day-Surgery, e prestazioni ambulatoriali) ed assicurando la presenza dei genitori vicino al bambino (anche neonato) senza ostacoli non necessari o limiti di tempo.

Gli specifici aspetti assistenziali organizzativi, operativi e gestionali, correlati alla realizzazione degli obiettivi e delle azioni per garantire la tutela del bambino della donna e dell'adolescente, sono ricompresi nel Capitolo II del presente PSR relativo agli obiettivi assistenziali sia in ambito distrettuale che ospedaliero.

Un ulteriore intervento nel settore pediatrico è quello di superare l'estrema disomogeneità e carenza degli interventi nell'ambito della pediatria di comunità, utilizzando le esperienze preesistenti e integrandole con le analoghe valenze reperibili a livello di consultori familiari, servizi sociali, servizi socio-assistenziali, associazioni e volontariato. Gli ambiti di sviluppo preminenti sono quelli indicati dal progetto materno infantile già citato. Nell'ambito delle risorse del distretto le aziende sanitarie dovranno identificare uno specifico budget per la pediatria di comunità, con particolare riferimento agli interventi di promozione della salute.

OBIETTIVI	AZIONI
1. tutela della salute della donna	1. Recepimento del Progetto Obiettivo Nazionale Materno-Infantile e predisposizione, a cura della Giunta regionale, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente P.R.S., del Progetto Obiettivo Regionale specifico, che declini in azioni da realizzarsi entro il triennio di validità del presente P.R.S. i singoli obiettivi da perseguire ed i risultati da raggiungere, nel rispetto dei principi di cui ai successivi punti.
2. tutela e promozione della procreazione cosciente e responsabile;	2. Indirizzo per la prevenzione ed il monitoraggio delle malformazioni e delle malattie genetiche anche tramite la diagnosi prenatale sulla base di prove di efficacia (EBM) ed efficienza operativa.
3. prevenzione delle patologie pre-natali e neonatali;	3. Indirizzo per l'informazione, il counseling, il sostegno psicologico al singolo e alla coppia al fine promuovere una sessualità serena e consapevole.
4. tutela della gravidanza e della nascita;	4. Indirizzo per la prevenzione e cura dell'infertilità femminile e maschile ed individuazione di Centri dedicati specifici, eventualmente anche finalizzati alla gestione della riproduzione assistita in sede di prima applicazione del presente P.R.S., quali Centri pilota in cui sperimentare il modello assistenziale più idoneo, vengono individuate le UU.OO. di ostetricia e ginecologia del P.O. di Vibo Valentia e dell'Azienda Sanitaria n. 3, per la prevalente loro attività nel campo della sterilità ed infertilità.
5. riorganizzazione e ristrutturazione della rete consultoriale;	5. Linee guida per migliorare la qualità dell'assistenza in gravidanza, al parto e per il puerperio sia in sede ospedaliera che territoriale, secondo criteri di efficacia, con rispetto degli standard relativi ai punti nascita riportati dalle Società Scientifiche.
6. tutela e cura della salute dei minori, con particolare riferimento ai portatori di handicap e patologie croniche;	6. Adeguamento e migliore utilizzo della professionalità delle ostetriche sia a livello ospedaliero che territoriale, affinché possano attivamente, autonomamente e con precise responsabilità gestire la gravidanza, il parto e il puerperio fisiologici;

7. Integrazione socio-sanitaria.	7. Valutazione del fabbisogno ed adeguamento dell'offerta assistenziale per i parti a rischio
8. valorizzare e preservare la dimensione naturale dell'evento nascita, salvaguardandone le componenti psicologiche e sociali, facilitando al massimo le condizioni per il parto fisiologico;	8. Indirizzo per il trasporto neonatale di emergenza con il coordinamento del DEA.
9. monitoraggio dello stato di salute nella dimensione fisica, psichica e sociale, dell'infanzia, della pre-adolescenza e dell'adolescenza.	9. Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie oncologiche femminili.
10. attenzione specifica allo stato di salute della donna in menopausa ed alle patologie collegate	10. Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie legate alla menopausa (con particolare riguardo alla prevenzione dell'osteoporosi, anche con approcci integrati con le altre professionalità per la sua cura e riabilitazione), con individuazione di attività e Centri dedicati, capillarmente diffusi nel territorio regionale.
	11. Indirizzo e supporto per programmi domiciliari di assistenza alla dimissione precoce.
	12. Promozione di iniziative di approccio integrato consultori o pediatri e U.O. dimettenti per favorire la presa in carico del neonato da parte di medici attivi sul territorio
	13. Adeguamento delle sedi consultoriali, razionalizzandone la distribuzione territoriale secondo i criteri della legislazione regionale in materia favorendo una distribuzione che tenga conto della caratteristiche geo-morfologiche del territorio, della comunicazione e collegamenti viari.
	14. Indirizzo volto a favorire l'Integrazione tra pediatria di libera scelta ed assistenza pediatrica ospedaliera
	15. Indirizzo volto a favorire l'integrazione tra specialisti ambulatoriali della branca di ostetricia e ginecologia territoriali e le UU.OO. di ostetricia e ginecologia ospedaliere
	16. Adeguamento previa razionalizzazione delle attrezzature ambulatoriali pediatriche e ostetrico-ginecologiche territoriali ed ospedaliere
	17. Indirizzo per il coordinamento delle attività consultoriali con quelle ospedaliere
	18. Linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle malattie a trasmissione sessuale negli adolescenti e nei giovani,
	19. Sviluppo della pediatria di comunità con particolare riguardo agli interventi di integrazione con gli altri servizi e con le attività di promozione della salute in campo pediatrico.
	20. Sviluppo e potenziamento dell'assistenza neuropsichiatria infantile con particolare riferimento alle attività di prevenzione e diagnosi precoce del disagio giovanile, ed alle attività di cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva.
	21. Predisposizione e pianificazione di programmi specifici (sostegno alla genitorialità, servizi per gli stranieri ed apolidi) e di ogni altro adempimento necessario per la immediata spendibilità dei fondi finalizzati trasferiti dalla Regione e non ancora utilizzati.
	22. Recupero della mobilità passiva intraregionale per prestazioni di assistenza ospedaliera ostetrico-ginecologica erogate presso aziende di altre regioni.

4.4.1 Bambini adolescenti e donne - Aree specifiche di intervento

IL PERCORSO NASCITA

I bassi livelli di natalità, con l'aumento dell'età materna al parto, pur in presenza di tassi di natimortalità e mortalità neonatale e infantile contenuti rendono tuttora il "percorso nascita" un'area prioritaria; molte donne avranno soltanto un figlio nell'arco della loro vita. Inoltre, le aspettative di salute sono molto elevate ed è ormai, scientificamente, acquisita la relazione tra salute neonatale e prenatale e livello di salute, mortalità nell'adulto e nell'anziano; garantire uno sviluppo ottimale

in epoca perinatale rappresenta quindi un investimento a lungo termine per la salute della popolazione.

Le linee di sviluppo per il triennio sono:

- potenziare gli interventi di prevenzione con particolare riguardo a:
 - diagnosi precoce dei difetti congeniti,
 - accessibilità degli accertamenti diagnostici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica,
 - prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e delle prematurità;
 - completare il processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete dei "punti nascita", con riferimento ai criteri e agli standard indicati dal vigente progetto obiettivo e ai requisiti previsti per l'accreditamento;
- migliorare l'assistenza al parto con orientamento a:
 - sviluppare gli interventi volti all'umanizzazione dell'assistenza, organizzazione degli spazi e delle relazioni.
 - monitorare il ricorso al taglio cesareo e ridurre l'utilizzo improprio, promuovendo il parto naturale
 - sviluppare gli interventi di assistenza e di sostegno alla donna nella fase puerperale;
 - sviluppare azioni di educazione alla salute e di prevenzione, con particolare attenzione per: sostenere e promuovere l'allattamento al seno; informare e favorire i comportamenti necessari per la prevenzione della SIDS (sindrome da morte improvvisa in culla) anche in raccordo con specifici progetti nazionali; sostenere attività di prevenzione basate su chiare prove di efficacia e di follow-up di soggetti a rischio cardio-vascolare, ed il monitoraggio dell'ipertensione in età giovanile; rafforzare i servizi per l'emergenza urgenza, privilegiando gli interventi di "trasporto in utero".

L'ASSISTENZA PEDIATRICA

L'azione principale del triennio è l'effettiva messa "in rete" e la razionalizzazione delle risorse, volta al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso le seguenti linee di sviluppo:

1. Consolidare la rete pediatrica regionale ospedaliera attraverso azioni volte a:

- favorire l'erogazione delle prestazioni di base e di maggiore frequenza in maniera diffusa sul territorio per facilitare l'accesso degli utenti;
- individuare le strutture per l'erogazione delle prestazioni di secondo e terzo livello nelle aziende ospedaliere di ciascuna Provincia secondo criteri di quantificazione e grado di specializzazione delle stesse, per un razionale utilizzo delle tecnologie più complesse e costose e col fine di garantire la risposta ai bisogni di salute dell'età pediatrica all'interno del territorio regionale, riducendo a livelli fisiologici l'emigrazione verso strutture extraregionali;

2. Definire il ruolo dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza quale "polo pediatrico regionale di eccellenza" in cui devono essere assicurati:

- il coordinamento complessivo della rete pediatrica regionale, in particolare per quanto attiene le malattie rare;
- prestazioni complesse di diagnosi, di cura e di riabilitazione, sia di area medica che chirurgica, in rete con le strutture di riferimento regionali per specifiche aree e prestazioni di alta specialità;
- attività di didattica e di ricerca, in rete con le altre strutture ed Enti ad esse dedicate;

3. Promuovere la collaborazione e l'integrazione funzionale tra i Pediatri di libera scelta e le strutture ospedaliere con particolare attenzione a:

- facilitare il percorso diagnostico per i Pediatri di libera scelta nei confronti delle patologie di frequente presentazione ai loro ambulatori, attraverso forme di accesso diretto per le indagini di laboratorio e radiologia tradizionale o ecografia di base nell'ambito di linee guida diagnostiche concordate;
- assicurare ai pazienti di età pediatrica con patologie croniche o in evoluzione terminale la permanenza al proprio domicilio per il maggior tempo possibile potenziando, con il coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta, le attività di ospedalizzazione a domicilio o dimissione protetta rivolte a pazienti oncologici, in terapia nutrizionale, in terapia antalgica, in cure palliative, in trattamento domiciliare con apparecchiature complesse;
- promuovere forme di consulenza pediatrica in appoggio ai medici della continuità assistenziale, al fine di far fronte alle consistenti richieste di assistenza pediatrica presso i Pronto soccorso ospedalieri nelle ore festive, prefestive e notturne;
- assicurare l'inserimento della rete pediatrica regionale con tutte le sue componenti nei sistemi informatizzati in rete regionali.

ADOLESCENZA ED ETÀ EVOLUTIVA

È condivisa la necessità di dedicare un'attenzione particolare alle problematiche dell'età evolutiva e dell'adolescenza in quanto sono evidenti le "fragilità" insite in queste fasce di età e l'emergere di situazioni di disagio giovanile, condizione quest'ultima di potenziale rischio di devianza, interventi precoci possono essere risolutivi.

La prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle patologie psicologiche e delle turbe dello sviluppo in età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione; infatti le patologie psichiatriche dell'adulto trovano molto spesso le loro radici nell'età evolutiva.

Occorre pertanto sviluppare una rete assistenziale con l'obiettivo generale di ridurre quanto più possibile l'handicap ed assicurare le competenze necessarie per assolvere ai compiti e alle funzioni specifiche nell'ambito della neuropsichiatria infantile tutoriale, ospedaliera e della riabilitazione territoriale.

4.5 Anziani

Considerato l'allungamento della vita ed il rilevante uso di risorse e servizi sanitari nella terza età la salute degli anziani rappresenta una vera e propria sfida del

futuro.

Una corretta politica per la salute degli anziani richiede un coinvolgimento diretto delle comunità locali, finalizzato a prevenire lo stato di non autosufficienza ed a permettere una vecchiaia serena nel proprio ambiente sociale. Una prima valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione anziana e dei servizi evidenzia la necessità di un intervento che coinvolga nuovi soggetti, razionalizzi l'uso delle risorse impiegate e riqualifichi i servizi esistenti.

L'anziano non deve essere visto come soggetto passivo, ma al contrario deve esserne recuperato il ruolo, come memoria, come saggezza, come capacità di ridefinire le priorità dei valori all'interno della società, valorizzandone gli apporti in termini di creazione di sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni di volontariato.

In una logica analoga vanno valorizzate e sostenute le risorse che la stessa comunità può mettere a disposizione, in particolare attraverso le associazioni e i gruppi di volontariato, anche di volontariato composto da anziani, secondo principi di solidarietà inter ed intra-generazionali.

Le politiche nei confronti della popolazione anziana possono qualificarsi con programmi improntati ad una visione positiva dell'età anziana, promuovendo una cultura che valorizza l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale, garantendo condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi.

OBIETTIVI	AZIONI
1. sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio;	1. la valorizzazione delle azioni di prevenzione della non autosufficienza;
2. Innovazione e diversificazione dell'offerta di servizi e interventi integrati;	2. l'universalità ed equità di accesso ai servizi;
3. riconoscimento del diritto dell'anziano a scegliere i servizi e le prestazioni più adeguate	3. l'appropriatezza e personalizzazione dell'offerta rispetto ai bisogni;
4. l'individuazione degli interventi a livello locale si deve basare sulla analisi dei bisogni, dei servizi erogati e del rapporto quantitativo bisogni/servizi, nonché sulle previsioni demografiche relative al periodo di riferimento del presente P.S.R. Lo studio di questi aspetti in ciascuna delle Aziende Sanitarie rappresenta lo strumento di base per la realizzazione degli obiettivi attraverso lo sviluppo degli strumenti specifici	4. il riequilibrio fra i settori dell'offerta;
5. Gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza residenziale (RSA - Ospedale di Comunità) riassorbimento della domanda in eccesso, in adeguamento alle tendenze demografiche, dovrà essere previsto, se necessario, un ampliamento contenuto delle disponibilità di accoglienza nelle RSA e meno contenuto di tipologie particolari di assolvimento dei bisogni, come gli ospedali di Comunità di cui al presente P.R.S., con contestuale riassorbimento di ricoveri "impropri", soprattutto nelle UU.OO. ospedaliere per acuti (geriatria e medicina generale) e per non acuti (lungodegenza);	5. l'utilizzo della valutazione multidimensionale ed interdisciplinare della condizione della persona, come strumento per l'individuazione dei suoi bisogni e la conseguente definizione del progetto personalizzato e per la verifica periodica degli esiti; per l'accesso alle strutture, ferma restando la valutazione multidimensionale prevista, necessita altresì d'impegnativa del medico curante.
6. Gli strumenti specifici per quanto riguarda l'assistenza domiciliare (ADI ed ADP) adeguamento quantitativo. Si intende qualificare il ruolo del servizio pubblico, soprattutto in funzione di coordinamento e controllo di qualità, con sviluppo di una offerta di servizi da ampliare anche attraverso il concorso del privato imprenditore e "no profit", salvaguardando il principio dell'universalità di accesso alle prestazioni; adeguamento qualitativo. Dovrà essere avviato il processo di valorizzazione e di accreditamento dei Servizi domiciliari pubblici e privati, volto ad identificare i parametri strutturali ed organizzativi di riferimento per la realizzazione a domicilio dei Programmi assistenziali individuali.	6. la migliore integrazione dei servizi sociali e sanitari sulla base della effettiva natura dei bisogni;
7. Gli strumenti specifici per quanto riguarda la prevenzione della non autosufficienza: avvio di programmi per un migliore inserimento ambientale e Sociale degli anziani nelle comunità locali, soprattutto	7. il rispetto, da parte dei soggetti titolari delle funzioni, del principio di unitarietà della gestione degli interventi integrati.

nella fase di "fragilità"; avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), col fine di contenimento degli esiti invalidanti.	
	8. riorganizzazione delle strutture residenziali e a regime diurno attraverso un più corretto rapporto fra funzione di supporto familiare, abitativo e sociale, assistenza a lungo termine anche sanitaria, ed intervento sanitario propriamente detto per le fasi acute e sub-acute e per le fasi di non autosufficienza stabilizzata;
	9. ricollocazione delle prestazioni attualmente fornite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie, per una più corretta risposta rispetto a bisogni di valenza prevalentemente sociale;
	10. diffusione, anche attraverso nuove forme di affidamento dei servizi ai soggetti produttori privati, dell'assistenza a domicilio, sviluppando il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico, e la partecipazione attiva dei Comuni e delle comunità locali, nell'ambito dei piani territoriali delle attività distrettuali;
	11. concorso integrato di competenze e risorse sociali e sanitarie secondo criteri definiti in riferimento ai principi posti dall'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione di cui al <i>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</i> ;
	12. utilizzazione degli Accordi di programma tra Aziende e Comuni e dei Piani delle attività distrettuali per la co-progettazione degli interventi integrati nell'area della non autosufficienza;
	13. definizione dei criteri di partecipazione alla spesa da parte della persona e della famiglia nella fruizione dei servizi e di interventi e prestazioni socio sanitarie.

4.6 Malati terminali

Le persone affette da patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, necessitano di una assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale. Oltre al paziente, l'attenzione deve essere dedicata ai familiari, prima e dopo il decesso del malato. In questi casi, un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o, quando questo non è possibile, in strutture di ricovero adeguate alla natura dei problemi.

Per garantire la realizzazione di tali obiettivi ogni attività relativa dovrà essere organizzata prevedendo l'attivazione nelle Aziende Sanitarie di strutture dedicate alle cure palliative, organizzate in rete, che funzionino anche come centrali operative dei servizi finalizzati all'assistenza ai malati terminali.

OBIETTIVI	AZIONI
Obiettivo principale del Piano Regionale per la Salute è quello di migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita.	1. potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica a domicilio;
	2. erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie a gestione diretta o convenzionate
	3. potenziamento degli interventi di terapia palliativa e analgica; negli ospedali specializzati, dovranno essere attivate strutture autonome finalizzate alla Terapia del Dolore. La Regione Calabria aderisce al Progetto dell'Ospedale Senza Dolore, uno dei programmi internazionali dell'Health Promoting Hospital (H.P.H.). Nelle unità operative di anestesia dei P.O. delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende sanitarie, devono essere attivate strutture di fisiopatologia e terapia del dolore.
	4. sostegno psico-sociale al malato e ai suoi familiari;
	5. promozione al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali;

	6. adeguamento del personale per l'assistenza palliativa medica e infermieristica a domicilio;
	7. effettuazione di interventi di terapia palliativa e antalgica e per il sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari;
	8. realizzazione di strutture residenziali (hospice- <i>legge n. 39/1999</i>) ove sia possibile garantire un alto grado di umanizzazione dell'assistenza ed una adeguata accoglienza, anche ai familiari tenendo conto delle convinzioni religiose dei soggetti per offrire assistenza e cura ad una categoria di pazienti in fase critica che per diverse motivazioni non possono essere seguiti in regime domiciliare e per i quali il ricovero ospedaliero risulta non necessario ed inadeguato alle loro esigenze.

4.7 Detenuti

Il *decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230* ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le Regioni, i Comuni, le Aziende USL e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria è attualmente rappresentata da un 1° livello, che risponde alle esigenze di assistenza medica di base e all'emergenza, e da un 2° livello, a carattere di consulenza specialistica e, in qualche realtà, di servizio psichiatrico interno.

OBIETTIVI	AZIONI
1. sostenere tutte le collaborazioni possibili tra Aziende Sanitarie e istituti penitenziari, finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute dei detenuti;	1. contribuire a potenziare e migliorare l'assistenza in tutti gli istituti di pena per gli aspetti di salute mentale e per le patologie infettivologiche, con convenzioni dirette tra le Aziende e le carceri.
2. assicurare la presenza attiva dei servizi delle Aziende Sanitarie nei settori della medicina di base, della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;	2. ricercare soluzioni e promuovere forme di collaborazione tra le Aziende Sanitarie e gli istituti penitenziari per ottimizzare, con le risorse disponibili, la erogazione dei farmaci necessari all'assistenza ai detenuti, anche attraverso possibili forme di acquisto centralizzato;
3. intervenire nelle aree di maggiore criticità, rappresentate particolarmente dai problemi di salute mentale e di natura infettivologica, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche in alcune realtà carcerarie;	3. promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che operano nelle carceri.
4. contribuire ad una specifica azione sanitaria a favore dei minori che transitano negli istituti penitenziari minorili.	

(18) Capoverso così modificato dall'*art. 1, comma 1, L.R. 22 dicembre 2004, n. 32*.

II Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 è stato approvato con *D.P.R. 23 maggio 2003*, nello stesso sono stati individuati gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario ed è previsto che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'*accordo 8 agosto 2001* fra Stato, Regioni e Province Autonome, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002, 2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati livelli di assistenza di cui al *D.P.C.M. 29 novembre 2001* e successive integrazioni.

In particolare gli obiettivi che il PSN 2003-2005 Individua per la strategia del cambiamento, e che il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 fa propri, sono:

1. Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui Livelli essenziali di assistenza e ridurre le liste di attesa;
2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani, ai disabili;
3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche;
4. Potenziare i fattori di sviluppo (o capitali) della sanità;
5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e in sanità;
6. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere;
7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari e potenziare i servizi di emergenza urgenza;
8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari;
9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute;
10. Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza;

Le priorità di attuazione del PSN sono state individuate nelle seguenti linee progettuali:

1. Lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza;
2. Le cure primarie;
3. Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
4. Centri di eccellenza;
5. Comunicazione istituzionale

Per ciascuna priorità, inoltre, sono stati individuati gli ambiti specifici di collaborazione tra Stato e Regioni per il triennio di validità e più precisamente, con risorse dedicate, individuate annualmente, a seguito di specifico Accordo tra Stato e Regioni:

1. Lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza:

- sviluppare un sistema di indicatori pertinenti e continuamente aggiornati per il monitoraggio della applicazione del L.E.A., la verifica, il controllo, e l'aggiornamento della loro applicazione;

- definire standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni al fine di orientare i servizi sanitari regionali verso una migliore organizzazione e un appropriato dimensionamento dell'offerta.

- rilevare e rendere pubblici sistematicamente i tempi di attesa per le prestazioni di diagnosi e cura secondo una metodologia omogenea e condivisa.

- sperimentare strumenti più efficaci per realizzare condizioni di uniformità e trasparenza delle liste di prenotazione per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, anche tenendo conto delle iniziative di altri paesi europei.

2. Le cure primarie:

- realizzare un processo organizzativo di riordino che garantisca un'efficace continuità assistenziale, la riduzione di ricoveri ospedalieri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali, ed un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
- sperimentare nuove modalità di erogazione dei servizi territoriali anche utilizzando la riconversione dei piccoli ospedali;
- sperimentare nuove modalità operative in tali centri compresa la gestione di un budget omnicomprensivo.

3. Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza:

- sperimentare forme innovative di governo della rete integrata di servizi sanitari e sociali di presa in carico dell'anziano, del disabile e del paziente cronico;
- sperimentare modalità innovative di cure domiciliari;
- attuare le Linee Guida per le cure palliative, relative ai percorsi assistenziali e la formazione specifica degli operatori.

4. Centri di eccellenza:

- definire criteri oggettivi per la definizione dei Centri di Eccellenza;
- favorire il lavoro in rete dei Centri di Eccellenza operanti sul territorio nazionale per migliorare l'assistenza ai pazienti in ogni area del Paese;
- avviare in via sperimentale servizi di consulenza a distanza, compresa la telemedicina, tra i Centri di Eccellenza e le altre strutture e figure sanitarie;
- promuovere un sistema di bench-marking per la valutazione delle prestazioni di alta specialità.

5. Comunicazione istituzionale:

- promuovere un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita i comportamenti salutarie e non salutarie e la prevenzione che comprenda campagne su temi di interesse generalizzato, quali l'alimentazione, l'attività fisica e la lotta al fumo, ma anche gli screening per i tumori;
- diffondere informazioni relative alla localizzazione dei servizi e alle caratteristiche delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, anche tramite banche-dati on-line ed interconnesse;
- migliorare l'attività degli Uffici relazioni con il pubblico (U.R.P.) e della funzione di comunicazione dei Centri unici di prenotazione (C.U.P.) o degli altri uffici, strutture e modalità messe a disposizione dei cittadini per le prenotazioni;
- aggiornare i medici e gli altri operatori sanitari in tema di processi di comunicazione;
- favorire iniziative per il monitoraggio della qualità dell'informazione sulla salute e la sanità in Italia (siti internet, carta stampata, TV, radio).

Per l'anno 2003, con la Delib.G.R. 17 novembre 2003, n. 927, alle linee progettuali di cui sopra sono state assegnate le seguenti percentuali di utilizzo delle

risorse assegnate alla Regione Calabria:

• Lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza:	22,00%
• Le cure primarie:	22,00%
• Rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza:	12,00%
• Centri di eccellenza:	22,00%
• Comunicazione istituzionale:	22,00%.

Analogamente, per le successive annualità, le modalità attuative relative agli obiettivi di PSN 2003-2005 saranno individuate nell'ambito degli indirizzi di programmazione determinati dalla Giunta regionale.

Introduzione

Le garanzie assistenziali del Servizio Sanitario Regionale

La Regione assicura, in condizioni uniformi su tutto il territorio regionale e per tutti i cittadini, i Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) definiti dal [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti, nel rispetto dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Contestualmente all'individuazione dei L.E.A. assicurati dal Servizio Sanitario Regionale per il periodo di validità del presente P.R.S. sono individuate le risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Regionale.

Le prestazioni ed attività sanitarie comprese nei L.E.A. sono garantite dal Servizio Sanitario Regionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione nazionale nonché dalle disposizioni regionali eventualmente adottate ai sensi dell'[articolo 13 del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni.

Oltre che il riassetto organizzativo e funzionale delle strutture e dei servizi che dovranno assicurare le prestazioni e le attività sanitarie comprese nei L.E.A., indicato nel presente P.R.S., la Regione, al fine di garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, dispone l'adozione da parte delle Aziende di linee guida tecnico-professionali, coerenti ed integrate con il programma nazionale, provvedendo nel contempo ad una adeguata informazione ai cittadini.

Il programma regionale di linee guida farà riferimento ai principi della Evidence Based Medicine, tenendo in considerazione i risultati di esperienze internazionali e nazionali, le indicazioni del Ministero della Salute e i contributi delle Società Scientifiche, prevedendo l'adesione a programmi collaborativi con altre Regioni e promuovendo la collaborazione tra Aziende del S.S.R. Il programma regionale di linee guida sarà sviluppato con il contributo dell'Università e delle Società Scientifiche, sarà sostenuto da iniziative di formazione e sarà integrato con le politiche e gli obiettivi dei S.S.R.

I Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.)

I Livelli essenziali di assistenza di cui al presente P.R.S. sono il frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001.

Essi includono per la prima volta il concetto di garanzia dell'assistenza a cui il cittadino ha diritto.

Coerentemente con le determinazioni assunte in sede di accordo tra Stato e Regioni ed in attuazione dello stesso accordo, gli obiettivi assistenziali da perseguire nell'arco di vigenza del presente P.R.S. sono direttamente correlati ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, definiti e adottati su scala nazionale con l'entrata in vigore dei *D.P.C.M. 29 novembre 2001* e qui di seguito riportati:

1. Prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

Ciascuno dei tre macrolivelli sopra indicati è articolato al suo interno in sottolivelli, la tipologia di prestazioni e attività sanitarie comprese nei L.E.A. è analiticamente indicata nel *D.P.C.M. 29 novembre 2001* e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

La garanzia dei Livelli essenziali di assistenza ai cittadini calabresi, nonché l'efficace ed efficiente erogazione delle prestazioni e delle attività in essi ricomprese, costituiscono, in relazione alle rispettive e specifiche competenze ed attribuzioni istituzionali delle Aziende del S.S.R., gli obiettivi assistenziali che le Aziende Sanitarie dovranno perseguire e realizzare con il programma delle attività distrettuali e le Aziende Ospedaliere dovranno includere nei rispettivi piani attuativi, nell'arco di vigenza del presente P.R.S.

La Giunta regionale, al fine di assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i L.E.A., definisce criteri specifici di monitoraggio, utilizzando il sistema di indicatori stabilito dal *D.M. 12 dicembre 2001*.

Per il triennio 2004-2006 la Regione, tenuto conto delle indicazioni del vigente P.R.S., delle disposizioni di cui al citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui L.E.A. e dei correlati provvedimenti al riguardo già assunti dalla Giunta regionale, individua i seguenti interventi, che dovranno essere declinati nel Piano Attuativo Locale e nel Programma delle attività territoriali adottati dalle Aziende Sanitarie e nel Piano di Attività Aziendale delle Aziende Ospedaliere dei S.S.R., in esecuzione degli indirizzi di programmazione sanitaria di cui al presente P.R.S.:

A. Depotenziamento

- liberare risorse allo stato assorbite dall'area ospedaliera e da utilizzare in parte per potenziare gli altri livelli di assistenza (prevenzione e distrettuale) ed in parte per potenziare la rete delle alte specialità ospedaliere e dei centri di eccellenza a valenza regionale.

B. Potenziamento

- Attività assistenziali relative a interventi chirurgici d'elezione e non, per i quali si registrano ancora rilevanti indici di fuga verso altre Regioni del Paese con conseguente incremento della mobilità sanitaria passiva.
- Attività di day-hospital e day-surgery
- Attività di emergenza/urgenza sia nella fase territoriale che ospedaliera
- Assistenza sanitaria di base

- Assistenza domiciliare
- Assistenza riabilitativa e lungodegenza
- Prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro

L'educazione dei cittadini per un migliore uso dei livelli di assistenza

Occorre ri-orientare la domanda di salute secondo principi di appropriatezza avviando iniziative di educazione ed informazione rivolte ai cittadini.

La strategia dell'informazione deve stimolare ed alimentare tra i cittadini una cultura sanitaria finalizzata al raggiungimento della consapevolezza della inutilità di una serie di pratiche mediche la cui richiesta è in continua crescita. Una migliore informazione sulle opportunità terapeutiche e sui fattori di salute, nonché sui rischi derivanti dall'abuso di pratiche mediche non necessarie, deve portare ad una riduzione nella richiesta di interventi terapeutici inappropriati.

Nei programmi delle attività territoriali, redatti sulla base degli indirizzi regionali di cui al presente P.R.S., ciascun Distretto dovrà individuare le azioni volte a promuovere tra i cittadini una maggiore consapevolezza dei criteri di appropriatezza di utilizzo dei livelli assistenziali e di singole prestazioni.

PRESTAZIONI

Le prestazioni e le attività ricomprese nei L.E.A. prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro sono indicate nel *D.P.C.M. 29 novembre 2001* e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sottolivelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di prevenzione collettiva, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni. Ivi sono indicate altresì le articolazioni in sottolivelli adottate.

OBIETTIVI E AZIONI GENERALI

In ciascuna Azienda Sanitaria il livello di assistenza prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro è garantito all'utenza attraverso il competente Dipartimento di Prevenzione, mediante iniziative organizzate dalle Aziende Sanitarie e realizzate nei Distretti con le altre strutture produttive dell'Azienda.

In ogni Azienda Sanitaria si dovranno garantire, in maniera integrata e coordinata, gli obiettivi di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui al presente P.R.S., anche a supporto dell'autorità sanitaria locale, articolando presso i distretti le attività di prevenzione rivolte alla persona.

I criteri su cui deve basarsi nell'Azienda il sistema di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro sono essenzialmente:

- l'unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza ed ambientali
- l'intersettorialità e la multidisciplinarietà degli interventi
- la partecipazione di tutti i soggetti interessati

• la trasformazione degli interventi di prevenzione da meri adempimenti normativi a pianificazione e realizzazione di programmi di prevenzione.

Le attività attraverso cui il Dipartimento di Prevenzione esplica la sua azione sono principalmente:

- informazione
- formazione
- educazione sanitaria
- assistenza
- vigilanza
- controllo.

Esse dovranno svilupparsi attraverso:

- elaborazione di programmi di lavoro, facenti parte dei piani attuativi aziendali;
- sviluppo di modalità organizzative di offerta anche in collaborazione con altre strutture dell'Azienda in funzione delle esigenze dei cittadini, degli Enti locali, delle aziende produttive e dell'Azienda sanitaria stessa;
- revisione critica e sistematica della qualità, quantità e costi delle prestazioni e della attività svolta;
- riassetto e definitiva strutturazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione tenuto conto degli indirizzi regionali appresso indicati;
- programma di aggiornamento e formazione degli operatori per promuovere lo sviluppo di abilità e competenze necessarie per adempiere alle funzioni in evoluzione della sanità pubblica;
- promozione di adeguati sistemi informativi dipartimentali a fini sia informativi che gestionali.

APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Costituisce obiettivo del presente P.R.S. l'individuazione di quelle prestazioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie per le quali è documentata la scarsa utilità e di quelle prestazioni svolte o programmabili per le quali è documentata l'efficacia.

Ai fini della individuazione delle prestazioni di cui sopra, strettamente secondo i criteri di "evidence based prevention" entro il primo anno di vigenza del presente P.R.S., è istituito uno specifico gruppo di lavoro a livello regionale, costituito da personale designato dalle Aziende Sanitarie che, con il coordinamento operativo del competente settore del Dipartimento Sanità della Regione, e l'apporto scientifico e tecnico dell'Università, delle Società scientifiche e degli esperti esterni di specifica competenza (afferenti all'Istituto Superiore di Sanità ovvero ad altre Regioni e/o Agenzie), ha il compito di stilare le liste delle prestazioni e attività dei Dipartimenti di Prevenzione secondo le categorie sopra indicate.

La Giunta regionale, entro sei mesi dall'approvazione del presente P.R.S., è autorizzata a completare il trasferimento alle Aziende dei S.S.R. ovvero

all'A.R.P.A.CAL., delle funzioni di prevenzione già di diretta esecuzione del Dipartimento Sanità (ex medico Provinciale ed analoghe), già previste dal R.D. n. 1235/1934 (Testo Unico delle leggi sanitarie), ovvero nella [legge n. 833/1978](#) o in altre norme nazionali o regionali.

OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici per ciascuno dei sottolivelli dei L.E.A. prevenzione collettiva per il triennio sono:

Obiettivo 1.1. Profilassi delle malattie infettive e diffuse

Prestazioni

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Azioni prioritarie

1. intensificare le attività di controllo _delle malattie infettive e bonifica focolai;
2. intensificare gli interventi di profilassi e di educazione sanitaria per prevenire il diffondersi delle malattie infettive, con particolare attenzione alla realizzazione di adeguati tassi di copertura vaccinale nella popolazione;
3. sviluppare le azioni e gli interventi di profilassi nell'ambito della medicina del viaggiatore;
4. è allocata nella Unità Operativa di igiene delle Aziende Sanitarie l'attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione rivolta al controllo degli agenti vettori di malattie infettive e parassitarie epidemiche. Tale attività è ricompresa nella classificazione dei L.E.A. di cui al [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni.

Obiettivo 1.2. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

Prestazioni

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Situazione

La molteplicità delle condizioni che caratterizzano l'ambiente di vita determina situazioni che si traducono spesso in rischi per la salute. Il campo della tutela dei rischi negli ambienti di vita è ampio, diversificato e regolato da numerosissime norme che richiedono per la loro applicazione operatori qualificati e professionalità adeguate.

Le azioni delle Aziende Sanitarie negli ambienti di vita collettiva comportano specifiche responsabilità e l'esigenza di risposte adeguate alla sempre crescente domanda di informazione e formazione da parte dei cittadini e degli imprenditori, singoli ed associati, più direttamente coinvolti nelle attività e nelle scelte per la prevenzione.

Tradizionalmente questa attività è caratterizzata dal ricorso ad autorizzazioni preventive ed interventi ispettivi, frequentemente percepiti come procedure burocratiche, inutilmente limitative dell'autonomia individuale.

Le relazioni con gli utenti e con i cittadini acquistano pertanto per tali attività una rilevanza critica altrettanto importante che per le altre attività sanitarie. Il P.R.S. intende assumere le relazioni con gli utenti e la semplificazione burocratica delle attività di prevenzione come una priorità.

La riorganizzazione del S.S.R. nonché l'attuazione della [L.R. 3 agosto 1999, n. 20](#), istitutiva dell'Agenzia regionale protezione ambientale (A.R.P.A.CAL.), ha rappresentato per i Servizi Igiene Pubblica, Igiene dell'Ambiente, Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro e Medicina Legale un profondo riassetto delle attività in essere. La ripartizione dell'attività complessiva ed il conseguente trasferimento all'A.R.P.A.CAL. di competenze e di operatori introducono elementi di criticità e difficoltà operative di cui tenere conto.

In relazione inoltre agli effetti degli inquinanti ambientali, le attività di monitoraggio ambientale permettono di far rilevare come con l'acquisizione di conoscenze specifiche del problema possano essere avviate iniziative o processi che evidenziano la tendenza al progressivo miglioramento delle singole situazioni.

Il confronto dei livelli misurati con i limiti di accettabilità delle concentrazioni, limiti massimi di esposizione o valori limite di qualità previsti dalla normativa, costituisce un sicuro punto di riferimento per emettere un primo giudizio igienico sanitario sull'esistenza o meno di un rischio per la salute della popolazione.

La prevenzione delle malattie connesse con l'inquinamento deve comprendere non solo misure che intervengano sulle fonti e sulle concentrazioni di agenti inquinanti e sulla limitazione dell'esposizione, ma anche azioni di sanità pubblica destinate alla popolazione tali da consentire agli individui di ridurre l'esposizione e di attenuare gli effetti negativi sulla salute e considerando che i dati sugli effetti sanitari e sull'esposizione dovrebbero essere raccolti contestualmente ai dati sulle concentrazioni degli agenti inquinanti.

È necessario a tali fini che il Dipartimento Sanità sviluppi una reale integrazione operativa con l'A.R.P.A.CAL., anche attraverso accordi, ai fini di una sempre più efficace azione a tutela della salute pubblica.

Azioni prioritarie:

1. verifica dell'adeguatezza delle risorse delle Unità Operative di igiene e Sanità Pubblica e la tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita;
2. programmi di formazione focalizzati su contenuti tecnici specifici e sull'importanza di approccio globale alla prevenzione in ambiente di vita;
3. indirizzo e supporto per il raccordo tecnico-funzionale tra i Dipartimenti di Prevenzione e l'A.R.P.A.CAL.;
4. anagrafe aggiornata delle attività produttive;
5. indirizzo per la attivazione di uno Sportello per la prevenzione e la sanità pubblica;
6. partecipazione alla costruzione di sistemi di sorveglianza epidemiologica per il monitoraggio dello stato di salute con particolare riguardo agli effetti delle iniziative di prevenzione;

7. supporto per promuovere progetti in collaborazione con i medici di medicina generale, medici pediatri, medici ospedalieri e specialisti territoriali per la realizzazione di attività di prevenzione;
8. verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico ed adottare i provvedimenti correlati;
9. verifica degli effetti sulla salute da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani ed adottare i provvedimenti correlati;
10. verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi ed adottare i provvedimenti correlati;
11. verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque destinate al consumo umano ed adottare i provvedimenti correlati;
12. verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico ed adottare i provvedimenti correlati;
13. verifica degli effetti sulla salute dalla qualità delle acque di balneazione ed adottare i provvedimenti correlati;
14. verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari ed adottare i provvedimenti correlati;
15. valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicare le misure idonee alla tutela della salute umana;
16. determinazione qualitativa e quantitativa dei fattori di rischio di tipo biologico presenti negli ambienti di vita ed adozione dei provvedimenti correlati;
17. incremento delle misure di controllo e sicurezza di impianti negli ambienti di vita ed adottare i provvedimenti correlati;
18. sviluppo della formulazione di mappe di rischio ambientale;
19. verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione;
20. adozione degli interventi di tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico;
21. intensificazione dell'attività di vigilanza e controllo sui cosmetici;
22. Intensificazione dell'attività di controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici;
23. intensificazione dell'attività di controllo sull'uso delle radiazioni ionizzanti e non negli ambienti;
24. intensificazione dell'attività di vigilanza e controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi e sulla loro etichettatura;
25. intensificazione dell'attività di controllo e vigilanza sulle industrie insalubri.

Obiettivo 1.3 Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro

Prestazioni:

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Situazione

Il campo della prevenzione e sicurezza sul lavoro è stato oggetto di numerosi provvedimenti legislativi conseguenti principalmente al recepimento delle direttive comunitarie.

Tali norme hanno introdotto importanti innovazioni tecnico-scientifiche, procedurali ed organizzative che comportano la necessità di adeguamenti delle UUOOPSAL.

La vigilanza rappresenta ancora un aspetto prevalente dell'attività, indirizzata al rispetto della normativa vigente ed attuata su richiesta e per conto della Autorità Giudiziaria.

Il decreto legislativo di riordino ha introdotto a carico degli operatori nuovi compiti e nuove responsabilità con conseguenti ricadute sull'attività delle UUOOPSAL e a seguito dell'istituzione dell'A.R.P.A.CAL. restano da definire gli aspetti relativi alle verifiche impiantistiche.

Azioni prioritarie

1. adeguamento, ove necessario, del personale delle UUOOPSAL;
2. formazione degli operatori in relazione ai nuovi compiti;
3. definizione dei rapporti operativi con l'A.R.P.A.CAL. in merito alle verifiche impiantistiche periodiche;
4. coordinamento dei diversi soggetti appartenenti a Pubbliche Amministrazioni anche sulla base degli indirizzi del Comitato Regionale di Coordinamento previsto in base al [D.Lgs. n. 626/1994](#);
5. intensificazione delle attività di vigilanza e controllo per la individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio;
6. intensificazione dell'attività di determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro;
7. intensificazione dell'attività di controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro;
8. sviluppo della sorveglianza epidemiologica e costruzione di un sistema informativo su rischi e danni di lavoro;
9. indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro;

10. verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori;
11. intensificazione degli interventi di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti;
12. realizzazione compiuta dell'attività di valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge;
13. elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute, di igiene e sicurezza del lavoro;
14. predisposizione e conduzione di specifiche indagini per infortuni e malattie professionali;
15. intensificazione dei controlli sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori;
16. intensificazione dell'attività di informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
17. realizzazione compiuta degli interventi delle attività di tutela della salute delle lavoratrici madri.

Obiettivo 1.4. Tutela igienico sanitaria degli alimenti

Prestazioni:

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Situazione

I recenti provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di direttive comunitarie hanno introdotto importanti innovazioni culturali e tecnico-scientifiche procedurali ed organizzative che comportano la necessità di adeguamenti organizzativi.

L'applicazione delle linee guida ministeriali per i Servizi di igiene degli Alimenti, Veterinaria e della Nutrizione consentirà di allocare meglio le risorse di personale, provvedendo nel contempo a specifiche azioni formative.

L'esigenza di riqualificazione professionale deve intendersi estesa al personale trasferito dagli ex PP.MM.PP. e dalle AA.SS.LL. per continuare a svolgere in tale ambito i precedenti compiti di controllo ed in particolare quelli previsti in merito al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

L'applicazione del recente [D.Lgs. n. 156/1997](#) unitamente al recepimento di tutte le direttive di carattere generale e della conseguente innovazione costituita dall'autocontrollo quale significativa responsabilizzazione del produttore in materia, insieme con il recepimento delle citate linee guida ministeriali per i Servizi di igiene degli alimenti, costituiscono l'occasione per riconsiderare il ruolo delle Strutture pubbliche deputate al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

In tale prospettiva le Strutture pubbliche addette al controllo sono chiamate a garantire:

- sinergia di comportamenti con i produttori per perseguire lo scopo della tutela dei consumatori-utenti;
- campagne informative dei cittadini sull'educazione sanitaria sia in tema di sicurezza e igiene degli alimenti sia per quanto attiene l'igiene della nutrizione e la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori;
- controllo degli alimenti in un'ottica di "filiera", cioè dall'allevamento per tutta la catena produttiva, commercializzazione, compreso il trasporto, fino alla vendita al consumatore finale;
- adeguamento alle norme ed alle indicazioni organizzativo-procedurali da parte delle Aziende Sanitarie.

Azioni prioritarie

1. adozione da parte del competente Dipartimento Sanità della Regione degli indirizzi regionali in attuazione del *D.M. 16 ottobre 1998* del Ministro della Sanità (linee-guida concernenti l'organizzazione dell'U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) (U.O. IAN);
2. adozione da parte del competente Dipartimento Sanità della Regione degli indirizzi per la costituzione di un efficiente sistema di allerta per la gestione delle emergenze relative a prodotti alimentari;
3. iniziative informative e di educazione sanitaria ai cittadini sia in tema di sicurezza e igiene degli alimenti sia per quanto attiene l'igiene della nutrizione e la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori;
4. supporto all'attività di formazione del personale addetto alla produzione alimentare;
5. promozione di iniziative di assistenza preventiva, attraverso lo Sportello per la Prevenzione;
6. linee Guida per il controllo ufficiale degli alimenti;
7. adeguamento del personale degli organismi ufficiali preposti al controllo dei prodotti alimentari e delle acque destinate al consumo umano;
8. intensificazione dell'attività di controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali;
9. intensificazione dell'attività di campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande;
10. intensificazione dell'attività di controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro;
11. intensificazione dell'attività di controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia;
12. intensificazione dell'attività di controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande;

13. intensificazione dell'attività di prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare;

14. intensificazione dell'attività di informazione e prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande;

15. intensificazione dell'attività di prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.

Obiettivo 1.5. Sanità Pubblica Veterinaria

Prestazioni:

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Situazione

La salute del patrimonio zootecnico regionale mantiene il suo peso determinante, sia nell'ottica della tutela del patrimonio zootecnico stesso, quale risorsa economica, sia in quella dell'abbattimento del rischio di trasmissione di antropo-zoonosi all'uomo, per contatto diretto o tramite i prodotti di origine animale. In quest'ultimo ambito va considerata la crescente importanza nell'economia delle aree marginali della produzione di alimenti di origine animale ad uso locale (carni di animali da macello, selvaggina, derivati del latte, uova, miele, prodotti ittici).

Azioni prioritarie

1. Indirizzo e controllo per l'applicazione dei piani di eradicazione e controllo delle malattie infettive e diffuse degli animali domestici, come previste dalle norme comunitarie, statali e regionali;

2. supporto per l'attuazione di metodi di controllo e di eradicazione integrativi di quelli previsti dai piani di Stato, finanziando analisi di laboratorio integrative per la tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina;

3. attivazione strumenti indispensabili per la corretta gestione dei programmi di profilassi sopra menzionati;

4. indirizzo per l'aggiornamento delle anagrafi canine, per conseguire l'obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione zooantroponosica della leishmaniosi;

5. razionalizzazione delle risorse dei servizi veterinari.

- *Per l'area della sanità animale intensificare l'attività:*

1. di sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini dell'eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali;

2. di prevenzione e controllo delle zoonosi;

3. relativa agli interventi di polizia veterinaria;

4. di vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate;

5. di sorveglianza urbana e veterinaria;

6. di lotta al randagismo e controllo della popolazione canina;

7. di controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente.

- Per l'area dell'igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche intensificare l'attività:

1. di controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario e i programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri;

2. di controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;

3. di controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;

4. di controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie;

5. di sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;

6. di protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica.

- Per l'area della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale intensificare l'attività:

1. di ispezione negli impianti di macellazione;

2. di controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;

3. di vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;

4. di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;

5. di valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare;

6. di certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari;

7. di monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.

Obiettivo 1.6. Attività di prevenzione rivolte alla persona

Prestazioni:

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Azioni prioritarie

Coerentemente con quanto previsto dal Piano Nazionale Vaccinazioni:

1. Mantenere ed elevare la copertura vaccinale per poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B entro i 24 mesi di vita;
2. Raggiungere il tasso ottimale di copertura vaccinale per morbillo, rosolia, parotite entro i 24 mesi di vita;
3. mantenere elevati tassi di copertura vaccinale negli adolescenti (*D.P.R. 7 novembre 2001, n. 464*) per difterite, tetano e pertosse, considerata la nuova disponibilità di vaccini acellulari che consente di estendere la prevenzione antipertosse anche dopo l'età infantile;
4. raggiungere la copertura vaccinale adeguata contro l'influenza della popolazione sopra i 64 anni e nella popolazione a rischio;
5. tendere alla completa eliminazione dei casi di tetano (vaccino antiT agli anziani);
6. programmare la vaccinazione anti-pneumococcica per le categorie con elevato rapporto costo-beneficio;
7. monitoraggio dell'esito dei trattamenti dei casi di tubercolosi e verifica del completamento del trattamento farmacologico;
8. estensione dei livelli di copertura vaccinale anche alla popolazione immigrata;
9. Informatizzare i servizi vaccinazioni per favorire: il reclutamento attivo delle popolazioni bersaglio e la tempestiva valutazione dei tassi di copertura vaccinale;
10. Indirizzo per il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dei consultori nella attività di vaccinazione;
11. linee-guida tecniche sulle vaccinazioni e sulla comunicazione agli utenti;
12. formazione del personale dipendente e convenzionato adibito a compiti vaccinali;
13. monitoraggio degli effetti avversi;
14. campagna di educazione sanitaria per accrescere la cultura dei cittadini in tema di vaccinazioni ed in particolare sul rapporto benefici/rischi al fine di promuovere una adesione consapevole alla strategia vaccinale;
15. completamento dell'informatizzazione sulle malattie infettive e integrazione con altre basi di dati anagrafici e sanitari nel rispetto della normativa sulla privacy.

Obiettivo 1.7. Educazione alla salute

Linee di indirizzo

La salute, quale insieme di condizioni fisiche, psichiche, sociali e ambientali che permettono all'uomo la sua completa realizzazione, sia individuale sia nel rapporto con gli altri, non è uno stato che si possiede, ma un processo dinamico che coinvolge in eguale misura il singolo cittadino e le istituzioni.

L'educazione sanitaria si colloca nel contesto più ampio della promozione della salute, tema centrale del PSN e del presente P.R.S., ed è riconducibile a tre funzioni essenziali:

- difendere e sostenere le cause della salute per modificare in senso favorevole fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che possono influenzare la stessa;
- mettere in grado le persone e le comunità di raggiungere appieno il proprio potenziale di salute;
- mediare tra interessi contrapposti nella società affinché la salute sia sempre oggetto di considerazione da parte di tutti i settori della società.

L'educazione sanitaria rappresenta quindi:

- un importante strumento per la prevenzione primaria;
- il supporto per realizzare le funzioni partecipative;
- l'elemento promozionale per conquistare più sani "stili di vita";
- uno strumento di supporto terapeutico e riabilitativo.

Affinché l'educazione sanitaria non rimanga enunciazione di principi ma influisca positivamente sullo stile di vita della popolazione è necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie organizzino e stimolino interventi, conferiscano loro continuità, idonea consequenzialità e coerenza, programmando iniziative congiunte con il comparto della scuola, con le Organizzazioni di Volontariato e del Terzo Settore.

Pur non essendo da considerarsi un livello di assistenza ma una modalità di erogazione di un servizio da applicare in tutti i livelli di assistenza è opportuno evidenziare le iniziative che si intendono adottare nella Regione per promuovere questa modalità di intervento, applicando i principi ed i criteri generali del PSN alla educazione sanitaria secondo una sequenza definita:

1. effettua la selezione di interventi prioritari di educazione sanitaria, in funzione degli obiettivi di salute e delle evidenze di efficacia ed individua, nello specifico programma di attività le iniziative da sviluppare, proponendosi in particolare quale momento propulsivo per favorire la collaborazione e l'integrazione delle attività delle Aziende Sanitarie con quelle delle altre istituzioni pubbliche e organismi impegnati sul tema salute;

2. promuove l'adozione e lo sviluppo di metodologie eticamente corrette e scientificamente validate, inclusa la valutazione sulla qualità, nell'ambito di una precisa scelta orientata a favorire l'utilizzazione ottimale delle risorse e tenendo conto delle esperienze e delle indicazioni di organismi e reti collaborative nazionali ed internazionali;

3. sviluppa le capacità locali di selezionare interventi di provata efficacia che presentino un rapporto risorse/benefici favorevole.

Azioni prioritarie

1. programmi di formazione per operatori sanitari ed altri soggetti coinvolti nelle attività di promozione della salute finalizzati a creare una cultura comune e sviluppare le abilità necessarie alla realizzazione di progetti di promozione della salute su tutto il territorio regionale;

2. indirizzo per la realizzazione di progetti di educazione sanitaria su obiettivi coerenti al PSN e P.R.S. secondo una metodologia omogenea su tutto il territorio

regionale nell'ambito delle aree prioritarie di intervento, con il coinvolgimento di Enti Locali, Scuola ed organizzazioni pubbliche e private;

3. indirizzo e supporto per la produzione di strumenti e materiali di comunicazione utilizzabili su tutto il territorio regionale;

4. supporto ad intese con soggetti pubblici o privati e relazioni e collaborazioni per assicurare la diffusione sempre più ampia e più corretta degli interventi educativi, in particolar modo con la scuola, nel rispetto dei reciproci compiti e interventi;

5. attivazione di rapporti con centri nazionali ed europei per promuovere l'adozione di tecniche innovative ed adeguate al contesto sociale in evoluzione;

6. costituzione di centri di documentazione.

Struttura organizzativa

Il Direttore Generale delle Aziende Sanitarie individua un Referente di educazione sanitaria che dovrà essere in grado di promuovere e supportare la programmazione, la realizzazione e la valutazione aziendale delle attività di educazione sanitaria.

Le Aziende Sanitarie, operando in integrazione con gli altri soggetti impegnati sul tema della salute, devono:

1. definire e realizzare progetti di educazione sanitaria che seguano le direttive regionali e legare la loro realizzazione al sistema incentivante perseguendo gli obiettivi di qualità;

2. predisporre programmi e piani annuali, formulati seguendo una specifica analisi di processo, che verranno formalizzati dal Direttore Generale, nell'ambito del Piano Attuativo Aziendale e del Programma annuale delle Attività Territoriali;

3. curare la realizzazione delle attività, previa individuazione di aree nell'ambito delle quali svolgere indagini specifiche avendo quale necessario riferimento la specificità delle diverse realtà locali;

4. fornire supporti metodologici e consulenze per progetti intersettoriali.

Obiettivo 1.8. Medicina dello sport

La tendenza ad un'attività fisico-sportiva nella popolazione sana o affetta da patologia, richiede da parte del medico sempre maggiori conoscenze sia di fisiologia che di fisiopatologia e nello stesso tempo l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche caratterizzate da affidabilità, innocuità ed alto contenuto tecnologico.

La medicina dello sport, regolamentata dalla [legge regionale 1° dicembre 1988, n. 28](#), dovrà sempre di più svilupparsi su campi di applicazione e di ricerca riguardanti:

- la valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva; nei soggetti affetti da cardiopatie congenite o acquisite, ipertensione, diabete, malattie respiratorie, sindromi allergiche, l'attività sportiva non è controindicata anzi può essere considerata un utile presidio "terapeutico". Dovranno essere disponibili mezzi di valutazione medico-strumentale in grado di permettere a questi soggetti di svolgere attività sportiva nel modo più sicuro;

- la valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali;

- la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico-sportiva;
- la valutazione degli effetti dell'attività sportiva in funzione delle differenze di sesso;
- la valutazione dello stato di forma di atleti; per cogliere eventuali segni di sovrallenamento o cattivo allenamento, condizioni dannose;
- lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Le attività motorie e lo sport rappresentano un'importante occasione per combattere l'affaticamento mentale e fisico che derivano dagli attuali ritmi della vita lavorativa e sociale e per prevenire, in maniera mirata, l'insorgenza di alcune patologie fra cui quelle cardiovascolari, osteoarticolari e metaboliche.

Gli obiettivi da perseguire riguardano:

1. l'avviamento alle attività fisiche e motorie di quelle fasce di età e di quei gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria;
2. lo sviluppo delle iniziative già in essere per migliorare il livello di salute dei soggetti che già praticano attività sportiva.

Azioni prioritarie

Per perseguire questi obiettivi, è necessario intraprendere azioni per:

1. realizzare e rendere fruibili le infrastrutture per svolgere attività motoria e sportiva, promuovendo e valorizzando in particolare l'attività non agonistica;
2. creare le condizioni per favorire una maggiore attività fisica degli anziani, delle donne, dei disabili.

Un contributo qualificato per realizzare gli obiettivi prima richiamati può venire dalla medicina dello sport sia per quanto riguarda l'attenzione degli effetti dell'attività fisica nella generalità dei soggetti, sia per quanto riguarda la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche, sia per la ricerca e la lotta contro le pratiche stimolanti e di doping che possono provocare gravi e irreparabili danni alla salute.

Le attività di medicina dello sport dovranno quindi svilupparsi su campi di applicazione e ricerca che:

1. permettano, al fine di prevenire eventuali effetti collaterali, la valutazione degli effetti dell'attività fisica nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi;
2. consentano la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico sportiva;
3. diffondano lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e promuovano la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

Obiettivo 1.9. Medicina Legale

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni e con la [legge regionale 5 maggio 1990, n. 53](#).

I servizi di medicina legale si trovano ad affrontare mutamenti profondi a causa di molteplici fattori che hanno agito esternamente ed internamente al Servizio Sanitario Regionale. Si pensi al complesso principio di autonomia decisionale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico, giuridico, medico legale, e che ha trasformato il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale; questo ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali.

In questo quadro la medicina legale è ormai chiamata, non più solo ad erogare prestazioni ma ad agire su aree di lavoro complesse, quali quelle della tutela dei minorati, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti.

La medicina legale agisce pertanto all'interno dell'organizzazione sanitaria con una funzione trasversale assicurando il proprio intervento in ambito territoriale ed ospedaliero e a favore di tutti i settori dell'organizzazione aziendale.

Obiettivi

1. Il contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap, la [legge n. 68 del 1999](#);
2. l'adozione di procedure uniformi per il rilascio delle certificazioni;
3. la partecipazione ai collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte;
4. la partecipazione al Comitato Etico delle Aziende sanitarie e ai Comitati Etici delle Aziende Ospedaliere;
5. l'attività di consulenza in materia di responsabilità professionale e di prevenzione di eventuali conflitti.

Azioni prioritarie

1. Informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, Incapacità lavorativa, temporanea e permanente, Invalidità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro;
2. medicina necroscopica;
3. consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico e bioetico;
4. realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni;

5. realizzazione di un adeguamento delle UU.OO. di Medicina Legale tesa a rendere uniformi i tempi e le procedure per le visite collegiali previste dalle vigenti normative, promuovendo l'attivazione di processi integrati per velocizzare la fase dell'accertamento sanitario e quella amministrativa e del contenzioso;
 6. creazione di osservatori medico legali, tesi alla gestione medico legale del contenzioso ed alla prevenzione dei conflitti;
 7. utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche;
 8. corretta e puntuale erogazione delle prestazioni o servizi di competenza.
-

IL DISTRETTO

Il *D.Lgs. n. 229/1999* caratterizza le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute.

Il vigente PSN, ed ancor più il *D.Lgs. n. 229/1999*, hanno indicato nel Distretto uno dei tre macro livelli di assistenza, delineandone l'identità all'interno delle Aziende Sanitarie.

In quanto riferimento per l'erogazione delle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza, il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- di tutte le attività di prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, rese operative dal Dipartimento di Prevenzione;
- di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistica, erogate con modalità residenziali, intermedie, ambulatoriali e domiciliari;
- delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'*art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/1999*;
- delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria.

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse.

L'evoluzione normativa nazionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari.

In tale quadro le Aziende Sanitarie, nell'ambito dell'atto aziendale, propongono alla Giunta regionale l'articolazione territoriale in Distretti, con l'obiettivo di:

- una chiara distinzione fra livello e responsabilità organizzative e produttive;
- una maggiore personalizzazione del prodotto aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute;
- un rimodellamento del territorio aziendale attraverso una rete di servizi sanitari sempre più ampia e a portata del cittadino che, partendo dal Distretto quale unità di base, si sviluppi attraverso una rete produttiva territoriale, articolata a livello distrettuale e integrata con il sociale, quale risposta alle esigenze di tipo extraospedaliero.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della Direzione Aziendale e coerentemente con le scelte di programmazione regionale.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive.

Le priorità

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale devono essere caratterizzati, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso, alla valutazione dei bisogni, alla progettazione personalizzata delle risposte, alla continuità assistenziale, alla creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Condizioni necessarie

Per sviluppare le suddette funzioni strategiche, l'Azienda Sanitaria deve assicurare che il Distretto sia in grado di:

1. dirigere unitariamente il sistema di erogazione, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli previste dal Programma delle attività territoriali;
2. promuovere l'integrazione sociosanitaria;
3. predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale;
4. mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici;
5. rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione;

6. promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori;

7. mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulla qualità dei progetti personalizzati, sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi;

8. diventare promotore dello sviluppo della comunità e della solidarietà locale, facilitando il sorgere di nuove risorse ispirate a principi di sussidiarietà;

9. partecipare attivamente alla programmazione sanitaria aziendale.

LE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO

In tale quadro di riferimento e per l'assolvimento del nuovo ruolo ciascun Distretto deve:

1. assicurare i servizi dell'assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle delle altre strutture operative dell'Azienda;

2. gestire le risorse attribuite (budget complessivo del Distretto) e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;

3. avere autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda;

4. concorrere alla predisposizione del Programma delle attività territoriali di cui all'*art. 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni, proposto dalla Azienda Sanitaria, sulla base delle risorse assegnate, e approvato dalla Direzione Aziendale;

5. assicurare l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi, fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi;

6. collaborare con l'Ufficio relazioni con il pubblico di ciascuna azienda sanitaria ai fini di garantire una informazione tempestiva e corretta e la gestione dei reclami. Per questi in particolare, considerati come elemento cruciale della relazione tra i servizi e il cittadino, è affidato al Distretto il duplice compito di analisi delle cause e di garanzia e controllo delle azioni intraprese per il superamento delle criticità, potendo per questo contare sulla collaborazione di tutti i responsabili della produzione;

7. assicurare la centralità del ruolo svolto dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali, insieme con gli altri profili professionali sanitari, nell'operatività del Distretto e nella sua organizzazione, valutandone la loro azione nel più ampio quadro dei fattori produttivi del Distretto;

8. In ogni Distretto deve essere inoltre garantita:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;

- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del Distretto nonché con i servizi specialistici ambulatoriali

a gestione diretta e le altre strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica;

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, anche con l'integrazione del livello ospedaliero; a tal fine è consentita la mobilità professionale tra i due livelli assistenziali;

- le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

- le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

- le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

- le attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

- le attività o servizi domiciliari per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;

- servizio di assistenza psicologica.

Nell'ambito della organizzazione distrettuale operano le unità operative semplici o complesse che producono ed erogano prestazioni o attività per la popolazione ubicata nel territorio di appartenenza.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

I tre principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio al fine di garantire l'assistenza distrettuale sono:

A. passare dai bisogni alle strategie di salute

B. garantire l'integrazione sociosanitaria

C. rimodulare l'organizzazione del Distretto.

A. Dai bisogni alle strategie di salute

A.1 - Il Programma delle attività territoriali

Le funzioni strategiche del Distretto individuano nel Programma delle attività territoriali (*D.Lgs. n. 229/1999, art. 3-quater*), il programma dove l'analisi dei bisogni si collega con la selezione degli obiettivi di salute e assistenziali e con le strategie da mettere in atto per conseguirli.

Il Programma delle attività territoriali è la sintesi programmatica e strategica dove le risorse sanitarie, sociali e di altra natura trovano governabilità unitaria.

Il P.A.T. è basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e in quanto tale:

1. prevede la localizzazione dei servizi di cui all'*articolo 3-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni;

2. determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico delle Aziende Sanitarie e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

La condivisione di obiettivi e strategie di salute trova nel P.A.T. strumento operativo indispensabile; il P.A.T. è cioè chiamato a misurarsi con i problemi fondamentali del Servizio Sanitario: la prevenzione e la promozione della salute, l'educazione e l'orientamento della domanda, la continuità assistenziale, la cura e la riabilitazione, l'uso appropriato delle risorse.

In esso vengono trovati equilibri sostenibili tra crescita della domanda sanitaria e sociale e incontro tra diritti e doveri per una più efficace risposta ai bisogni espressi dalla popolazione e, al suo interno, dei soggetti svantaggiati.

Interlocutori privilegiati per la elaborazione del P.A.T. sono gli Enti Locali (in primo luogo attraverso la Conferenza dei Sindaci), insieme con gli altri soggetti pubblici e privati presenti nel territorio, il volontariato, l'associazionismo di impegno sociale, le organizzazioni degli utenti, i produttori non profit e profit e gli altri soggetti, a diverso titolo, interessati a realizzarlo.

Il P.A.T., in attuazione della programmazione sanitaria regionale di cui al presente P.R.S. e degli indirizzi aziendali, definisce gli obiettivi da perseguire, tenuto conto della situazione esistente e del fabbisogno rilevato, individuando le attività da svolgere e la relativa distribuzione ed utilizzazione delle risorse assegnate.

Il P.A.T. deve inoltre definire gli strumenti e le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati dal programma medesimo in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

Relativamente ai contenuti ed alle modalità di elaborazione operativa del Programma delle attività territoriali rimanda oltre a quanto indicato dal presente P.R.S. nonché all'[articolo 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni, nonché agli Accordi Collettivi Nazionali e regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Il Programma delle attività territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere della Conferenza dei Sindaci, dalla Direzione del Distretto ed è approvato dalla Direzione Aziendale. Entro 60 giorni dall'attivazione, i Direttori dei Distretti predispongono i Programmi delle Attività Territoriali in cui sono esplicitati:

1. la mappa dei bisogni e dell'offerta;
2. le valutazioni di congruenza/incongruenza tra bisogni e risposte;
3. gli obiettivi di salute e gli obiettivi di miglioramento del sistema di offerta;
4. la allocazione dei servizi e le strategie di integrazione;
5. il dimensionamento delle risorse per l'integrazione sociosanitaria;
6. le condizioni di verifica dei risultati di salute;
7. le modalità attuative con riferimento alle responsabilità organizzative e di erogazione.

A.2 - Il Comitato dei Sindaci di Distretto

La ridefinizione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale presuppone una rivalutazione e valorizzazione del ruolo dei Comuni, che il legislatore ha inteso realizzare con la istituzione del Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'*art. 3-quater, comma 4, del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello dei bisogni sanitari dei cittadini rispetto ai servizi erogati; esso rappresenta quindi il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio e ad esso compete in particolare, ai sensi del citato *art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni, l'espressione del parere sulla proposta della Azienda Sanitaria relativa al Programma delle Attività distrettuali.

Al Comitato viene inoltre trasmessa, ai fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività del Distretto predisposta dal Direttore del Distretto.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è composto da tutti i Sindaci dei Comuni ricadenti nel comprensorio del Distretto; è presieduto da un presidente eletto tra i suoi componenti a maggioranza assoluta ed a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del presidente le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune in cui è collocata la sede del Distretto. Alle sedute del Comitato partecipa, senza diritto di voto, il Direttore del Distretto.

B. L'integrazione sociosanitaria

In ogni Distretto deve essere garantita l'integrazione socio sanitaria di cui all'*art. 3-septies del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni, tenuto conto che si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche a lungo termine, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite;

2. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le prestazioni del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

3. le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza e sono assicurate dalle Aziende Sanitarie nei Distretti.

Esse sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle seguenti aree assistenziali:

- a. Materno-infantile
- b. Anziani
- c. Handicap

- d. Patologie psichiatriche
- e. Dipendenze da droga, alcool e farmaci
- f. Patologie per infezioni da HIV
- g. Patologie in fase terminale
- h. Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Tali prestazioni sono assicurate dalla Azienda a livello distrettuale secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono anche ai loro finanziamento.

In attesa che la Regione individui i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari, in ciascuna Azienda Sanitaria, il Direttore di Azienda Sanitaria, di concerto con la Conferenza dei Sindaci di Azienda Sanitaria, individua di volta in volta le modalità organizzative e le azioni per garantire l'integrazione sociosanitaria, fermo restando quanto stabilito dal comma 5, dell'art. 3-septies e dall'[art. 3-quinquies, comma 1, lettera c\)](#), del [D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni.

C. Ridefinire l'organizzazione del Distretto

C.1 - Distretto e territorio

C.1.1 Dimensionamento del Distretto

Il mancato dimensionamento dei Distretti secondo quanto previsto dal [D.Lgs. n. 502/1992](#) e dal [D.Lgs. n. 229/1999](#) e l'assenza di disciplina regionale sulla sua organizzazione (ai sensi degli [articoli 3-quater e 3-quinquies del D.Lgs. n. 229/1999](#)) hanno fino ad ora fatto venire meno le condizioni necessarie per il loro sviluppo, lasciando in molti casi i Distretti in una condizione di sostanziale marginalità rispetto alle strategie di miglioramento dell'assistenza territoriale da garantire ai cittadini.

Queste carenze rendono difficili i confronti tra Regioni in ordine alla garanzia dei livelli essenziali di offerta e in ordine al rapporto tra risorse investite e risultati di salute conseguibili.

In concomitanza con i processi di decentramento e di devoluzione è indispensabile che i meccanismi di governo del Distretto partano da una definizione rigorosa del concetto di territorio e dalle variabili che concorrono a identificare le economie di scala e le utilità conseguibili a vantaggio della popolazione.

Pertanto il dimensionamento del Distretto deve rispondere ai criteri propri di uno spazio sociale geograficamente, economicamente e culturalmente determinato.

Passate e recenti esperienze hanno evidenziato che il Distretto deve configurarsi ed assumere un ruolo diverso a seconda del contesto geografico, abitativo e di ecosistema umano. In particolare, il suo dimensionamento medio, indicato nel [D.Lgs. n. 229/1999](#) in 60.000 abitanti, trova motivo di differenziazione, a seconda della densità abitativa, dell'area di pertinenza, della rete dei trasporti, del contesto culturale sociale ed antropologico, di accessibilità ai servizi, del grado di vicinanza alle strutture ospedaliere e di pronto soccorso.

Si possono delineare tre tipologie di Distretti: quello urbano, quello extraurbano e quello montano.

Distretto urbano

La criticità maggiore che in genere si incontra è il rapporto tra Distretto ed Ospedale, essendo quest'ultimo generalmente e storicamente il primo punto di riferimento per la popolazione per qualsiasi contingenza. In questa realtà la costruzione di un sistema di cure primarie e di un sistema unico di salute è ben più difficile che altrove e lo stesso ruolo dei medici di medicina generale tende ad essere subordinato a quello degli specialisti.

Il Distretto deve quindi assumere con maggiore forza un ruolo connettivo tra le molteplici risorse disponibili, evitando di creare ridondanze. Ove la catena della solidarietà locale sia debole, uno dei compiti prioritari del Distretto permane quello di favorire l'inserimento delle associazioni di volontariato nella propria organizzazione in una logica di sussidiarietà, promuovendo progetti di intervento congiunto con gli Enti Locali per la copertura delle fasce di popolazione debole.

In area urbana hanno grande rilevanza le forme di associazionismo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, per assicurare agli assistiti ampia contattabilità, facile accesso agli ambulatori per 12 ore al giorno, maggiore possibilità di interventi a domicilio, prevenendo così l'indiscriminato ricorso al pronto soccorso ospedaliero come prima struttura di riferimento ed il ricovero ospedaliero come soluzione a qualsiasi problema assistenziale, anche di tipo non sanitario.

Distretto extraurbano

In area extraurbana il Distretto è chiamato ad assumere maggiormente la produzione ed erogazione in proprio di prestazioni e servizi. L'obiettivo è di rendere e mantenere accessibili al cittadino i servizi essenziali, evitandogli strade lunghe e faticose. Spetta quindi alle scelte organizzative e allocative trovare soluzioni adeguate.

La inevitabile tendenza a ridurre il numero di presidi ospedalieri rende pressante la necessità di garantire servizi alternativi che possano indurre, sia nella realtà oggettiva che in quella percepita dalla popolazione locale, senso di sicurezza e tutela.

Attenta analisi e valutazione deve poi essere affrontata dal Distretto per valutare la fattibilità e convenienza di allestire, di concerto con i Comuni ed altri Enti pubblici, soluzioni di trasporto dedicato, eventualmente protetto, che consentano alla popolazione il facile raggiungimento delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Il Distretto deve qui portare gli investimenti per l'A.D.I. e la residenzialità ad un punto di equilibrio idoneo ad evitare dispersione di risorse, da un lato, o soluzioni istituzionalizzanti dall'altro.

Distretto e servizi sanitari nelle aree di montagna

Molte delle considerazioni valide per i Distretti di area extraurbana assumono ancora maggiore rilevanza e pertinenza nelle zone di montagna. Le zone di montagna sono, come è noto, caratterizzate principalmente dalla dispersione della popolazione e dalla difficoltà di accesso ai servizi che di norma si concentrano laddove c'è una maggiore densità di popolazione.

Il mantenimento di strutture sanitarie periferiche deve però tener conto della difficoltà degli operatori a mantenere le proprie competenze a causa della limitata

casistica che si trovano ad affrontare e dei maggiori costi che inevitabilmente caratterizzano una sanità decentrata.

La presenza di molteplici e specifici rischi potenziali per la salute, alla luce del fatto che si stima come gli stili di vita (alimentazione non corretta, alcolismo, isolamento) arrivino ad influenzare la salute della popolazione per il 50%, suggeriscono l'opportunità di realizzare azioni mirate di promozione della salute. Inoltre, vanno considerati terreno d'intervento anche i fattori di rischio ambientale che potrebbero, almeno in parte, essere neutralizzati da campagne di informazione nei confronti delle persone che risiedono o frequentano le zone di montagna (ad esempio: sull'esposizione al sole, sugli incidenti che avvengono durante attività in zone pericolose, sulle condizioni metereologiche).

In sintesi, sia nel Distretto di area extraurbana che in quello a minore densità, sono identificabili alcuni obiettivi ed azioni:

1. perseguire il mantenimento delle persone malate a domicilio favorendo la massima integrazione fra la componente sanitaria e quella sociale dei servizi;
2. specializzare i servizi sanitari privilegiando i servizi territoriali e residenziali rispetto a quelli di degenza;
3. specializzare le strutture di degenza in strutture in grado di assicurare efficaci ed appropriate prestazioni di urgenza ed emergenza sanitaria ed assistenza sanitaria post-acuzie e di lungodegenza, a medio o lungo termine, sulla base di protocolli concordati con le strutture per acuti di riferimento;
4. integrare i servizi sanitari territoriali e di degenza in un sistema a rete utilizzando la modalità organizzativa dipartimentale ed adottando soluzioni telematiche per favorire il coordinamento degli operatori, lo sviluppo delle competenze professionali e l'efficacia degli interventi;
5. attivare iniziative che favoriscano la residenzialità di operatori sanitari preparati e competenti nelle zone più decentrate.

C.1.2 Organizzazione integrata delle risposte

L'organizzazione del Distretto va declinata con l'obiettivo di garantire in modo unitario (art. 3-*quiquies*, comma 2, [D.Lgs. n. 229/1999](#)):

- a) prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro;
- b) assistenza specialistica ambulatoriale;
- c) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- e) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- f) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- g) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Ai fini dell'organizzazione del Distretto, grande attenzione va posta nel conferire alla Azienda Sanitaria la possibilità di assumere un ruolo di coordinamento e regia nella vasta area pubblica e privata dell'offerta di prestazioni e percorsi riabilitativi, al fine

di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle risposte, con un più oculato impiego delle risorse.

Vanno pertanto superati gli equivoci riguardanti il posizionamento di servizi e presidi ritenuti autonomi rispetto alle funzioni di governo proprie del territorio. Tutte le specializzazioni presenti nella Azienda Sanitaria devono invece sapersi integrare con i fattori produttivi e i diversi centri di responsabilità, misurandosi con la complessità della domanda e concorrendo, per quanto di propria competenza, a dare risposte unitarie ai bisogni di salute della popolazione.

C.1.3 Il Direttore di Distretto

Per ogni Distretto è previsto un Direttore di Distretto il cui incarico è attribuito dal Direttore Generale, al sensi del disposto dell'*art. 3-sexies, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni.

C.1.4 Livelli di integrazione

Il Piano Sanitario Nazionale ed il presente P.R.S. individuano una precisa strategia per l'integrazione sociosanitaria e cioè dare risposte alle domande di integrazione proprie del livello:

1. istituzionale, integrazione fra Enti pubblici, che con le loro azioni debbono promuovere un lavoro intersettoriale attraverso la definizione del sistema delle responsabilità e l'individuazione delle condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale, utilizzando strumenti quali accordi di programma, convenzioni, ecc.

2. gestionale, con l'obiettivo di gestire al meglio i fattori produttivi afferenti ai diversi centri di responsabilità.

3. professionale, per migliorare le collaborazioni tra professionisti e servizi, utilizzando linee guida, protocolli operativi e piani personalizzati di intervento.

Gli ostacoli alla realizzazione di questa prospettiva sono molti e nascono dalle resistenze a discriminare tra servizi e programmi, tra prestazioni e processi assistenziali, tra lavoro per compiti e lavoro per progetti, e nella difficoltà di condividere informazioni e responsabilità sui problemi complessi. È necessario, quindi, dare un forte impulso alla programmazione integrata, sia sperimentando nuovi modelli di gestione unitaria territoriale, sia definendo i Livelli essenziali di assistenza sociale (LIV.E.A.S.) e le condizioni per realizzarli.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono definiti nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, che li caratterizza in termini di sistema di prestazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

In prima applicazione, in attesa dei LIV.E.A.S. e del necessario raccordo con i L.E.A. sanitari, le responsabilità dei servizi e quelle di competenza finanziaria sono stabilite dal *D.P.C.M. 29 novembre 2001* e successive modifiche ed integrazioni, ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Strategie e strumenti

Nel *D.Lgs. n. 229/1999* ci sono tre condizioni per affrontare questi problemi:

1. art. 3-quater - il Programma delle attività territoriali e le responsabilità del Distretto e del Comitato dei Sindaci per la sua predisposizione e valutazione;

2. art. 3-septies - la definizione delle prestazioni sociosanitarie e delle aree maggiormente interessate (materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie derivate da HIV, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative);

3. art. 3-septies - l'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, di recente emanazione, per quanto attiene alle tipologie di prestazioni e ai relativi costi a carico del bilancio sanitario e sociale e per quanto attiene la predisposizione di progetti personalizzati dove sia indicata la natura del bisogno, le prestazioni necessarie, la loro tipologia, l'articolazione temporale, l'intensità dell'impegno sanitario e sociale richiesto nelle diverse fasi dell'intervento e la valutazione dei relativi costi.

Continuità assistenziale

L'integrazione sociosanitaria è necessaria per affrontare bisogni che richiedono unitarietà di intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali sanitari e sociali organicamente collegati nel progetto assistenziale personalizzato.

La continuità assistenziale che esse sono chiamate a garantire si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e delle risorse. L'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni integrate sociosanitarie è strettamente connessa alla valutazione multiprofessionale del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e alla loro organica articolazione nel processo assistenziale personalizzato.

Indirizzi regionali

Per facilitare l'integrazione socio-sanitaria la Regione, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente P.R.S., è impegnata ad individuare una quota di risorse vincolate, definita su base procapite, da imputare al budget di Azienda Sanitaria, per finanziare la quota sanitaria dell'integrazione (art. 3-septies, comma 6), in coerenza con quanto previsto dall'atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria.

I Comuni sono chiamati a finanziare l'integrazione con modalità analoghe (art 3-septies, comma 6), in modo da garantire livelli uniformi di assistenza sociale in ambito distrettuale (art. 3-septies, comma 3), sulla base di parametri concordati in sede regionale tali da individuare soglie universalistiche di risposta ai bisogni, entro i termini del bilancio revisionale del primo anno successivo all'approvazione del presente P.R.S.

Apporti all'integrazione della legge quadro sui servizi sociali

La legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali ([L. n. 328/2000](#)) garantisce ulteriori possibilità per qualificare l'integrazione: a livello strategico, con la predisposizione dei piani dei servizi sociali e sociosanitari (art. 19), con l'individuazione del livello di gestione associata dei servizi, di norma coincidente con il Distretto (art. 8, comma 3), con la definizione di livelli essenziali di assistenza sociale (art. 22) e, a livello operativo, con la predisposizione di piani personalizzati di assistenza (artt. 14, 15 e 16) definiti con il concorso sia dei Comuni che delle Aziende Sanitarie, come base operativa degli interventi. La Regione a seguito della [L.Cost. 18 ottobre 2001, n. 3](#), che cambia profondamente il sistema delle responsabilità istituzionali relative all'assistenza sociale e sanitaria, responsabilizzando il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti alla persona e di cittadinanza, rafforzerà il sistema dei servizi socio-sanitari integrati, secondo modalità e scelte che mirano alla condivisione delle responsabilità da parte delle

Aziende Sanitarie e degli Enti Locali, sia nella programmazione che nella realizzazione degli interventi.

Il sistema integrato di interventi e servizi che ne deriva promuove la solidarietà attraverso la valorizzazione dell'iniziativa delle persone, delle famiglie, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità. Tutto ciò integrato al piano sociale, definirà il sistema di Welfare della Regione e la sua natura solidaristica ed universale.

Una strategia programmatica unitaria

In particolare per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo fra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (*art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/1999*) e dal Piano di Zona (*art. 19 della legge n. 328/2000*).

Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli nonché le relative strategie di risposta.

È necessario, pertanto, che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie nella comunità locale.

Per la promozione della salute della comunità locale

I contenuti sociosanitari del Programma delle attività territoriali e del Piano di Zona sono recepiti con accordo di programma, dove sono individuate e sancite le soluzioni per condividere responsabilità in ordine al conseguimento dei risultati attesi. Nell'accordo di programma sono individuati e recepiti unitariamente gli impegni previsti dai due strumenti programmatici, per quanto attiene all'integrazione sociosanitaria, evidenziando le prestazioni e i processi assistenziali da attivare, le modalità di realizzazione di Livelli essenziali di assistenza sociosanitaria e le risorse necessarie per garantirli rispettivamente a carico delle Aziende Sanitarie e dei Comuni interessati.

Per la componente sociale delle prestazioni le persone e le famiglie possono essere chiamate a concorrere al costo dei servizi in base alle loro condizioni economiche, per salvaguardare il criterio dell'equità, anche secondo le previsioni di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.), come previsto dalla *legge n. 328/2000*.

Linee guida per l'integrazione sociosanitaria

Su questo terreno è da auspicare la elaborazione di linee guida a contenuto misto, clinico, assistenziale e organizzativo, tali da garantire qualità e appropriatezza ad interventi che investono gruppi di lavoro multi professionali, chiamati a condividere responsabilità sulle scelte e sui risultati.

Anche la dirigenza sanitaria dovrà crescere in questa prospettiva, tenendo conto che il *D.Lgs. n. 229/1999* prevede una integrazione delle tabelle dei servizi, delle specializzazioni e delle discipline previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale e l'introduzione dell'area delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, con discipline idonee. È pertanto necessaria:

- una articolazione delle funzioni socio-sanitarie, a partire dai diversi servizi, distinguendo tra prestazioni e processi assistenziali;

- una definizione ulteriore dei costi per diverse tipologie di intervento e di processo assistenziale;
- la definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociosanitaria (LIV.E.A.S.) per tipologie di bisogno;
- la determinazione di indirizzi per i percorsi autorizzativi, di accreditamento delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni nell'area dell'integrazione;
- la definizione delle modalità per la valorizzazione del ruolo dei non profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei progetti.

Le difficoltà di valutazione dei costi potranno essere affrontate tenendo conto di due parametri generali: le prestazioni e i processi assistenziali, con riferimento alla distinzione "costi prestazione e costi processo" e con riferimento a prestazioni semplici (quando la natura del bisogno può essere soddisfatta con modalità standardizzate di intervento) e a prestazioni complesse (meglio descrivibili sotto forma di processi assistenziali) quando la natura del bisogno è multifattoriale e richiede competenze capaci di gestire percorsi assistenziali integrati di medio e lungo periodo.

C.1.5 La gestione qualitativa dell'offerta distrettuale

I risultati delle analisi sulla qualità percepita dei servizi erogati rilevano che la qualità percepita dei servizi sanitari non risulta affatto soddisfacente per il cittadino utente che tali servizi utilizza. Sebbene le critiche sembrino riguardare maggiormente i servizi ospedalieri che territoriali, nello sviluppo obbligatorio di questi ultimi è indispensabile, per la loro credibilità, migliorare ulteriormente la qualità percepita.

Le criticità sono riconoscibili nelle difficoltà che il cittadino incontra nell'accesso quotidiano ai servizi, nelle insufficienti informazioni sulle prestazioni, nella insufficiente conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, delle tariffe, dei percorsi.

Per affrontare questi problemi sono di seguito indicate tre priorità:

1. l'allargamento degli orari di accesso ai servizi;
2. la costituzione di punti unici di accesso;
3. la semplificazione delle procedure di prenotazione e selezione delle risposte.

C.1.5.1 - Allargare i tempi di accesso ai servizi distrettuali e garantire la continuità

Attualmente i servizi distrettuali sono organizzati su 5 e talora su 6 giorni alla settimana. Spesso chiudono il venerdì pomeriggio, difficilmente estendono l'orario di apertura nell'arco delle 12 ore giornaliere. La loro immagine è sovente caratterizzata per la precarietà delle strutture e degli arredi. Le professionalità presenti al loro interno non sempre vedono riconosciute le qualità tecniche e scientifiche che sono in grado di esprimere, oltre che in termini specifici, anche sui versanti dell'educazione sanitaria, della prevenzione, del trattamento continuativo di patologie che richiedono elevato impegno e complessità assistenziale.

I Distretti devono pertanto ampliare l'offerta dei servizi in modo da garantire una operatività continuativa per 12 ore giornaliere per 6 giorni alla settimana. Nel caso dei servizi di assistenza domiciliare integrata la funzionalità deve essere estesa

continuativamente a 7 giorni, anche al fine di garantire la integrazione assistenziale tra Ospedale e Distretto e rendere possibili dimissioni programmate nell'arco di tutta la settimana.

C.1.5.2 - Punto unico di accesso

L'unificazione della offerta dei servizi presenti nel territorio, indipendentemente dal soggetto erogatore (Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, privati accreditati, attività libero professionale intramoenia) è garanzia di trasparenza nelle informazioni e rappresenta una condizione di tutela della libertà di scelta dell'utente. Per questo vanno rimossi gli ostacoli che costringono le persone e le famiglie in percorsi tortuosi, separati per competenze sanitarie e sociali, incapaci di proporre unitariamente la mappa delle risorse presenti su scala locale, aziendale e regionale, in rapporto al bisogno rilevato.

È pertanto indispensabile mettere in atto azioni per facilitare i percorsi del cittadino prevedendo, a livello distrettuale, la creazione del punto unico di accesso all'intera rete dei servizi sanitari e sociosanitari. Il Punto unico di accesso è definito come modalità organizzativa del Distretto, concordata con gli Enti Locali che ne fanno parte, nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'*art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/1999* e del Piano di Zona di cui all'*art. 19 della legge n. 328/2000*. È una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per indicare i percorsi di risposta ai bisogni di ordine sanitario e sociale in modo unitario e integrato, in ragione della complessità della domanda. Un amichevole e corretto funzionamento favorisce il processo di identificazione del cittadino nel proprio Distretto, obiettivo da perseguire per renderlo così concreto primo punto di riferimento per qualsiasi situazione di bisogno.

C.1.5.3 - Semplificazione delle procedure di prenotazione

L'organizzazione di centri unificati di prenotazione deve garantire una molteplicità di punti di prenotazione, capillarmente distribuiti nel territorio, localizzati nei presidi sanitari, e progressivamente nelle farmacie, presso i medici di medicina generale e nei Comuni, istituendo o consolidando, dove già presenti, sistemi di prenotazione telefonica e telematica. Il collegamento in rete metterà in grado di interconnettere le diverse offerte di servizi presenti nel territorio e ai punti unici di accesso di operare come terminali intelligenti di un sistema integrato su base orizzontale e verticale.

Al fine di facilitare l'accesso alle strutture, il Dipartimento Sanità, previa individuazione degli standards organizzativi e tecnologici necessari per il loro funzionamento e, in ragione della urgenza del bisogno, provvede all'elaborazione di linee guida per identificare le priorità cliniche e valutare i tempi di differibilità della risposta, in modo da rendere compatibili i percorsi del cittadino con le effettive possibilità di erogazione dei servizi, garantendogli una informazione efficace e trasparente sulla compatibilità dei tempi di accesso con la necessità di affrontare in modo tempestivo e appropriato il bisogno rilevato.

Si dovranno attivare strumenti di informazione adeguata di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità dei singoli, di suggerimenti che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino la capacità delle persone e delle reti sociali amicali e familiari. Particolare attenzione sarà posta agli interventi a favore dei soggetti che risiedono nelle zone svantaggiate, nelle aree rurali e nei piccoli centri.

Diventa pertanto necessario che nelle agende informatizzate vengano immesse tutte le prestazioni erogate da ogni produttore (pubblico e privato), per dare al

cittadino piena visibilità dell'offerta e al Distretto maggiori e più realistiche possibilità di governarla.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Associazionismo medico

I rapporti tra medico di medicina generale, pediatra di libera scelta e Distretto sono disciplinati rispettivamente dal *D.P.R. n. 270/2000* e dal *D.P.R. n. 272/2000*, sulla base dei disposti dell'*art. 48 legge 23 dicembre 1978, n. 833* e dell'*art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni.

La Regione e le Aziende Sanitarie favoriscono l'istituzione di associazioni tra medici finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli medici tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, in modo da garantire:

1. il potenziamento dell'assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività;
2. l'educazione sanitaria e l'assistenza preventiva individuale;
3. la partecipazione alle équipes territoriali multidisciplinari per valutazioni multiprofessionali;
4. lo sviluppo di attività integrate Ospedale-Territorio, ponendo cura nel trovare regole e procedure condivise per le ammissioni e le dimissioni, al fine di assicurare la massima continuità e contiguità terapeutica;
5. le attività di formazione, informazione e revisione fra pari dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
6. il potenziamento dei servizi di supporto all'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
7. lo sviluppo e potenziamento degli standards informativi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
8. lo sviluppo di servizi assistenziali carenti nel territorio, anche rispetto alle nuove situazioni di vulnerabilità.

Reti telematiche

La Regione e le Aziende cureranno progetti atti a favorire lo sviluppo di reti telematiche con lo scopo di rendere fluido e scorrevole l'interscambio di informazioni. L'insieme delle attività sopracitate si riferisce a pieno titolo anche ai Piani locali di salute (P.L.S.), per i quali rilevanti vanno considerate le seguenti attività:

1. presa in carico di tutti i neonati nell'immediato post-partum, ricercando ogni soluzione possibile per assicurare l'iscrizione dei nuovi assistiti;
2. partecipazione attiva a tutte le campagne delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, agli adempimenti dei bilanci di salute, e ad altre iniziative condivise a livello distrettuale volte ad innalzare i livelli di salute.

Il citato quadro normativo intende favorire un'elevata integrazione del medico di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'attività distrettuale. Da tale integrazione possono derivare concrete possibilità di ottimizzazione dell'assistenza in ambito di accessibilità, di appropriatezza prescrittiva, ai fini di un miglioramento dei processi assistenziali, con particolare riguardo agli accessi impropri al Pronto Soccorso, ai ricoveri evitabili e alla effettiva continuità delle cure.

Personalizzazione dei processi assistenziali

Accoglienza della domanda, orientamento e accompagnamento

- Le criticità

Le persone devono poter contare su un rapporto fiduciario con il proprio medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta, al fine dell'orientamento e dell'accompagnamento della domanda. La burocratizzazione dei rapporti tra medico e paziente ha, nel tempo, deteriorato questa possibilità, pur prevista dai Livelli essenziali di assistenza, mentre occorre garantire alle persone assistite ed alla loro famiglia la possibilità di una scelta consapevole tra diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche, evitando che accedano alle risposte senza orientamento o seguendo percorsi di ricerca per prove ed errori, con rischi, spreco di risorse e ricadute negative sul sistema di erogazione. Deve essere superata la relazione medico-paziente fondata sul paternalismo, adottando invece soluzioni favorevoli all'alleanza terapeutica e il patto per la salute in cui sia più accentuata la responsabilizzazione del paziente.

- Dalla domanda al problema

A questo scopo gli operatori del Distretto devono condividere criteri e standard di qualità per l'accoglimento della domanda, la valutazione del bisogno, la sua presa in carico tecnica e organizzativa, nonché le procedure di attivazione ed erogazione delle risposte, tenendo conto che gli stessi servizi vengono proposti a persone di diversa formazione e cultura, con la necessità di differenziare le informazioni e gli orientamenti, al fine di metterle in grado di meglio utilizzare le risposte disponibili.

- Valutazione qualitativa del bisogno

Per questo chi accoglie la domanda, sia esso singolo professionista o unità multiprofessionale, deve garantire capacità di ascolto, di orientamento, di tutela della privacy e di accompagnamento, quando necessario. Con il che il progetto personalizzato diventa motivo di impegno condiviso con gli operatori, la persona e la famiglia, sulla base di intese tali da individuare in modo trasparente i diversi centri di responsabilità. Nello stesso tempo deve garantire funzioni di filtro, di osservatorio della domanda, di monitoraggio dei bisogni e delle risorse, di conoscenza della domanda in entrata, aggiornando e utilizzando sistematicamente la mappa delle risorse sanitarie e sociali presenti nel territorio. È precipuo mandato dell'attività distrettuale mantenere sempre ben salda la visione unitaria e globale della persona, transitando da una logica di servizi per prestazioni a quella di progetti personalizzati.

Dall'analisi della domanda ai progetti personalizzati

- Progetti personalizzati

Alla qualità dell'accesso ai servizi deve far seguito una conseguente capacità di valutazione integrata del bisogno, finalizzata alla predisposizione e gestione di progetti personalizzati. Questo implica qualità di analisi della domanda e

competenze valutative per passare dall'analisi della domanda alla definizione del problema. La diagnosi che sintetizza i risultati di questo percorso è premessa tecnica per definire i progetti personalizzati di assistenza.

- Valutazioni multidimensionali

Il passaggio dall'analisi della domanda alla definizione del problema può essere realizzato su base monoprofessionale o multiprofessionale, tenendo conto della complessità del bisogno. L'introduzione di sistemi strutturati di valutazione multidimensionale dei bisogni ha determinato in vari contesti assistenziali un miglioramento della qualità della vita delle persone assistite, una riduzione della mortalità, della disabilità, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri e in residenza sanitaria assistenziale, del consumo dei farmaci e della spesa sanitaria nel suo complesso.

Per questo la presenza/assenza di soluzioni organizzative facilitanti la valutazione multidimensionale, la programmazione integrata dei piani di assistenza, la loro gestione in una logica di continuità assistenziale, la valutazione periodica dei risultati e degli esiti sono requisiti di qualità da garantire in ogni Distretto, sulla base di linee guida di tipo misto (clinico, assistenziale e organizzativo) utilizzabili anche a fini di accreditamento dell'offerta distrettuale.

- Unità multiprofessionali

La crescita di bisogni connessi a cronicità e a lungoassistenza rende necessario attivare in ogni Distretto unità multiprofessionali, che valutino i bisogni richiedenti risposte assistenziali complesse, continuative e integrate. L'unità multiprofessionale è funzione organizzativa del Distretto e finalizza la propria attività alla valutazione multidimensionale, alla definizione del problema, alla predisposizione del piano personalizzato di assistenza, all'attuazione e alla verifica periodica dello stesso. Comprende il medico di Distretto, il medico di medicina generale, l'assistente sociale, l'infermiere professionale. Ad essi si associano altri specialisti in ragione della natura del bisogno.

Continuità assistenziale

- Le criticità

La domanda di continuità assistenziale nasce dalla constatazione che possono essere evitati accessi impropri al pronto soccorso, ricoveri inutili o inappropriati, dimissioni non programmate, talora assimilabili a forme di interruzione non motivata di assistenza. Altri indicatori sono rilevabili nel consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche svincolate da percorsi diagnostico terapeutici personalizzati o nel consumo di prestazioni assistenziali afferenti a centri di offerta svincolati da una logica di rete e incapaci di interconnettere i diversi centri di responsabilità.

- Dimensioni della continuità assistenziale

Il problema della continuità delle cure è una questione cruciale che investe le responsabilità del Distretto, i suoi rapporti con l'Ospedale, la sua capacità di governare i diversi fattori produttivi interni ed esterni al sistema di offerta pubblico, comprensivo del privato accreditato.

La continuità assistenziale assume rilevanza tutta particolare nell'assistenza alle persone disabili, agli anziani non autosufficienti, alle persone affette da patologie in fase terminale, alle persone che richiedono cure domiciliari integrate di lungo periodo, cioè nelle situazioni in cui si richiede una maggiore integrazione tra medici

di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri servizi distrettuali e servizio di continuità assistenziale.

Alternative positive ai ricoveri e qualificazione delle cure domiciliari

- Curare a casa

L'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari, dovendosi ancora consolidare il principio generale che la casa resta il migliore luogo di prevenzione cura e riabilitazione, per giungere "nel lungo periodo" ad affidare all'Ospedale un ruolo assistenziale appropriato per le fasi di acuzie che richiedono elevata intensità di assistenza e concentrazione fisica di competenze e tecnologie. Per queste devono essere garantite adeguate risorse, valorizzabili anche limitando il numero di posti letto ospedalieri a quelli strettamente necessari per le tipologie di cure erogate per i quali è ormai doveroso garantire standards strutturali e organizzativi di livello elevato.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, tenendo conto di quanto previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, andranno definite tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità, specificando le procedure di attivazione e organizzazione e le tipologie di costo.

- Una nuova visione dell'assistenza nelle residenze per anziani

La visione moderna di assistenza domiciliare deve integrarsi con l'assistenza residenziale, in particolare di quella per gli anziani, di cui il Distretto dovrà sempre più assumere capacità di governo e regia.

La scelta di inserire in una residenza una persona anziana si configura come una scelta che per lo più diventa irreversibile. È una decisione che va quindi presa con grande cautela e lasciando il più ampio possibile potere di contrattualità alla persona. Le implicazioni di carattere etico, giuridico, sociale sono rilevanti. Quindi questa opzione assistenziale è da intendersi per quanto possibile temporanea, realmente condivisa ed accettata; in grado di garantire una qualità di vita accettabile, predisposta per favorire la partecipazione attiva dei familiari e delle persone, al fine di mantenere legami significativi tra l'anziano e la sua comunità di provenienza. In questo senso la logica di impostazione dell'assistenza residenziale deve collocarsi molto più in prossimità delle cure domiciliari piuttosto che di quelle ospedaliere.

- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)

Gli interventi di Assistenza domiciliare integrata a maggiore impegno sanitario, caratterizzate nei termini di cure domiciliari, dovranno contare su percorsi di attivazione rapidi, nella fattispecie dell'urgenza, soprattutto nei casi di post acuzie e di terminalità, riservando ad una fase successiva l'attivazione dell'unità multiprofessionale e di predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari.

All'interno delle strutture di ricovero accreditate, per acuti andranno identificati specifici responsabili per la deospedalizzazione e per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, con il compito di definire, di concerto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta del paziente e con il Distretto, le modalità organizzative della dimissione, la tipologia delle cure domiciliari necessarie nella prima fase dopo la dimissione, le modalità di corretta risoluzione delle problematiche burocratiche, prescrittive e certificatorie. Più in specifico, nei casi di

anziani o di persone le cui condizioni cliniche, psicologiche e di autonomia personale impongono un programma articolato ed integrato di interventi sanitari e sociali a valenza sanitaria, alla fase di ricovero ospedaliero devono sovrapporsi precocemente, intorno alla terza giornata dall'ammissione, la attivazione e la interfaccia con le figure professionali e le strutture del Distretto per la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione ed organizzazione dei percorsi successivi.

OSPEDALE DI COMUNITÀ O OSPEDALE DI DISTRETTO

La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, prevista dal presente P.R.S., il cui pilastro portante è costituito dalla nuova organizzazione territoriale fondata sulla combinazione Azienda Sanitaria, Distretto, Presidio Ospedaliero, impone la necessità di prevedere lo sviluppo di strutture sanitarie che, pur al di fuori della rete ospedaliera, siano in grado di accogliere e seguire in regime residenziale o semiresidenziale le persone che necessitano di interventi clinico-assistenziali ovvero quei casi che, avendo esaurito il percorso assistenziale di elevato contenuto tecnologico in fase diagnostico-terapeutica (fase acuta specifica del momento ospedaliero vero e proprio) necessitano ancora di una fase di sorveglianza clinica e assistenziale.

In sostanza si tratta di una struttura sanitaria territoriale, con bacino di utenza distrettuale o interdistrettuale, intermedia tra il ricovero propriamente detto che avviene in strutture ospedaliere per acuti e le altre possibili risposte assistenziali territoriali sia di carattere domiciliare che residenziale di lungodegenza (RSA e CP), in stretto rapporto di collaborazione funzionale tra di loro e tale da consentire la costruzione di una rete di servizi sanitari extra ospedalieri.

L'Ospedale di comunità è una struttura sanitaria territoriale in grado di seguire in regime residenziale e semiresidenziale una quota di popolazione che oggi afferisce impropriamente alla tradizionale degenza ospedaliera per acuti.

In ogni caso si tratta di patologie per il cui trattamento non necessitano i supporti tecnologici ed assistenziali che caratterizzano tipicamente la rete degli Ospedali per acuti di cui al successivo obiettivo assistenziale 3 del presente P.R.S. L'Ospedale di comunità o di Distretto inoltre non entra in concorrenza con l'Ospedale tradizionale in quanto sono diverse le finalità assistenziali anzi risulta di supporto all'Ospedale in fase di dimissione precoce/protetta e si distingue nettamente dalle strutture territoriali residenziali (RSA - CP) che sono strutture socio-sanitarie, che accettano soggetti anziani non autosufficienti con patologie croniche stabilizzate. Inoltre l'Ospedale di comunità può essere valida alternativa all'A.D.I. quando la famiglia dell'utente non è in grado di gestirla.

I ricoveri nell'Ospedale di comunità sono sempre programmati e di solito finalizzati alla risoluzione di un problema sanitario; l'ammissione avviene su proposta del medico ospedaliero se si tratta di paziente ricoverato in ospedali per acuti, oppure su proposta del medico di Medicina Generale se non è ricoverato. In entrambi i casi è indispensabile il consenso del MMG che ha la responsabilità della condotta diagnostico terapeutica del paziente e che seguirà il paziente ricoverato nell'Ospedale di comunità del Distretto di competenza secondo le modalità operative e gli impegni orari di accessi programmati che saranno stabiliti in sede di accordo integrativo regionale con i MMG.

L'assistenza sanitaria, sia negli aspetti diagnostici che terapeutici, viene erogata con modalità ospedaliere, in caso di emergenza/urgenza vengono attivate le strutture del 118, che in ciascun Ospedale di comunità possono trovare la loro collocazione quali sedi dell'emergenza territoriale con personale medico, infermieristico e tecnico

e mezzi a ciò deputati 24 ore su 24. Inoltre nelle ore notturne prefestive e festive è presente anche il medico di continuità assistenziale di cui la postazione territoriale è allocata nella struttura dell'Ospedale di comunità.

L'Ospedale di comunità si avvale, oltre che del personale infermieristico ad esso dedicato, del medico di medicina generale, dei servizi e delle attività territoriali di seguito indicate, ove trovino collocazione nella stessa struttura dell'Ospedale di comunità:

1. Servizio di primo soccorso svolto dalle strutture territoriali del 118
2. Postazione di continuità assistenziale
3. Servizi di specialistica ambulatoriale di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché gli specialisti ambulatoriali territoriali.

In sede di prima applicazione le funzioni di ospedale di comunità saranno allocate nei presidi di cui alla tabella n. 3, ferme restando le eventuali altre destinazioni previste nel presente P.R.S.

Tabella 3 - Funzioni di ospedale di comunità.

STABILIMENTI IN CUI VENGONO ALLOCATE ANCHE LE FUNZIONI DI OSPEDALE DI COMUNITÀ
Cariati
Cassano
Chiaravalle Centrale
Gerace
Lungro
Mesoraca
Mormanno
Nicotera
Oppido Mamertina
Pizzo Calabro
Praia a mare
Rosarno
Scalea
Scilla
Soveria Mannelli

La Giunta regionale entro il primo semestre di vigenza del presente P.R.S., su specifica proposta del competente Dipartimento Sanità e tenuto conto delle risorse disponibili, adotterà specifiche linee-guida per la riconversione e l'attivazione degli ospedali di comunità delle Aziende Sanitarie, nonché per la loro strutturazione, organizzazione e funzionamento. Fermo restando il fatto che per ogni stabilimento ospedaliero nel quale dovessero essere allocate le funzioni di ospedale di comunità, non è vi preclusione alcuna per essere ricompreso nella rete ospedaliera dell'azienda sanitaria di competenza.

Il Presidio Ospedaliero di Praia a Mare, nel quale vengono allocate anche le funzioni di Ospedale di Comunità, viene ricompreso nella rete Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria di competenza. L'Ospedale di Palmi assume le funzioni di Ospedale di base ⁽¹⁹⁾.

Educazione terapeutica

- Convivere attivamente con la malattia

È soprattutto l'elevato e costantemente crescente numero di persone affette da malattie o condizioni che si protraggono molto a lungo nel tempo a imporre all'attenzione del mondo della salute l'esigenza di avviare, accanto alla sua promozione, pratiche di educazione terapeutica (per certi versi definibile come "educazione a convivere attivamente con la malattia").

L'educazione terapeutica è un processo continuo che non si limita a cercare di trasferire conoscenze, ma permette al malato di riappropriarsi della propria condizione di malattia, di diventare protagonista e risorsa dell'assistenza. Inoltre, consente di valutare l'uso appropriato e contestuale delle informazioni acquisite, per giungere a un progetto condiviso e a un contratto informato tra le parti.

L'educazione alle persone assistite e alle loro famiglie presenta notevoli vantaggi in quanto porta a migliorare la qualità della vita delle persone assistite e a favorire la ricostruzione del senso della malattia. Si dimostra in grado di innalzare il livello terapeutico, concorrendo ad un uso più appropriato dei farmaci, ad un minore bisogno delle strutture sanitarie, alla riduzione dei costi.

- Per informare e formare

Lo scopo è quello di formare correttamente i pazienti e i loro familiari sulle possibilità e modalità di gestione della malattia, sulle sue caratteristiche e storia naturale, partendo dai bisogni reali e dal contesto del nucleo familiare. In questo ambito sono evidentemente comprese anche tutte le iniziative volte ad addestrare alle tecniche di self-care malati e famiglie.

Si porta, consapevolmente, il malato (ove possibile) e la famiglia a competenze tali da poter gestire la malattia, a livelli di sicurezza, concordati con il medico e con il personale infermieristico in una logica educativa di sostegno e di qualità di vita. Pertanto, oltre all'informazione e al relativo consenso alle cure, si valuta il livello cognitivo e il saper fare degli interessati per educarli alle azioni di supporto. Tale forma di educazione, richiede un rapporto molto stretto di conoscenza dei bisogni della famiglia e una continua valutazione sul persistere dei criteri minimi di sicurezza del contratto terapeutico.

È opportuno promuovere attività formative all'educazione terapeutica, per raggiungere il migliore livello di competenza in questo campo, per la (auto)gestione della malattia a livelli di sicurezza e di condivisione di responsabilità. Le attività formative coinvolgono non solamente i medici (del territorio e dell'Ospedale), ma soprattutto gli infermieri e altri operatori che partecipano al progetto assistenziale e diventano in questo ambito protagonisti dell'azione formativa.

LE PRESTAZIONI DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Le prestazioni ricomprese nel L.E.A. assistenza distrettuale sono articolate nei sottolivelli di assistenza e nelle tipologie di prestazioni indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti a cui si rimanda.

Tramite i sublivelli di assistenza sopra riportati si realizzano servizi rivolti alla popolazione generale ed attività rivolte alle specifiche categorie di utenti qui di seguito indicati e per i quali concorrono in ogni ambito distrettuale le correlate strutture organizzative dipartimentali delle Aziende:

1. soggetti in età pediatrica: prevenzione, riabilitazione e promozione della salute dal punto di vista fisico, psichico e sociale dei soggetti in età 0-13 anni anche nei servizi educativi della scuola dell'obbligo, garantendo il necessario raccordo con le iniziative rivolte a soggetti di età 14-18 anni;

2. adolescenti ed adulti in età fertile (famiglie, coppie, singoli) e donne in menopausa: informazione sulla prevenzione responsabile e la gravidanza, prevenzione e counseling sulle malattie genetiche e connatali, prevenzione e

trattamento delle malattie ginecologiche ed a trasmissione sessuale, promozione di una sessualità serena e consapevole;

3. anziani ed adulti con patologie croniche: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;

4. soggetti con patologie mentali od a rischio per tali patologie: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;

5. soggetti con dipendenze o a rischio; prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;

6. soggetti disabili o a rischio: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;

7. soggetti in fase terminale.

Le attività indicate si svolgono in maniera integrata e coordinata, nel territorio distrettuale in modo da fornire risposte di assistenza di base e specialistica come un "continuum" di cure che rispondono in maniera compiuta ai bisogni delle persone filtrando gli accessi ospedalieri secondo criteri di appropriatezza e fornendo tramite i presidi semiresidenziali e residenziali anche risposte a ciclo continuativo o diurno.

Le sedi di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni e le attività ricomprese nei sottolivelli di assistenza distrettuale vengono erogati presso:

1. le sedi distrettuali;

2. gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

3. il domicilio del paziente;

4. le farmacie;

5. gli ambulatori e le sedi dei presidi territoriali e ospedalieri;

6. gli ospedali di comunità;

7. le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio, secondo le indicazioni e nei limiti dei contratti preventivamente stipulati;

8. le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, secondo le indicazioni e nei limiti degli accordi e contratti preventivamente stipulati.

AZIONI DI SUPPORTO ALLO SVILUPPO E ORGANIZZAZIONE DEI NUOVI DISTRETTI

Nel corso del primo anno di vigenza del presente P.R.S. la Giunta regionale assicura le azioni di supporto allo sviluppo ed alla riorganizzazione dei nuovi Distretti qui di seguito indicate:

- programma di formazione per lo sviluppo delle competenze dei Direttori di Distretto;

- programma di formazione per promuovere tra gli operatori lo sviluppo di atteggiamenti ed abilità utili allo sviluppo dell'assistenza distrettuale;

- monitoraggio dell'attuazione del nuovo modello di assistenza distrettuale.

OBIETTIVI SPECIFICI PER I SOTTOLIVELLI DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Costituiscono obiettivi specifici e prioritari, nell'ambito di ciascuno dei sub livelli di assistenza ricompresi nel L.E.A. assistenza distrettuale, il corretto ed uniforme svolgimento delle seguenti, attività e prestazioni nonché lo svolgimento delle azioni di seguito indicati.

1. Assistenza sanitaria di base

Prestazioni

Le prestazioni erogate ricomprendono prestazioni dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici, di continuità assistenziale e guardia medica turistica previste dagli AA.CC.NN. e quelle previste dagli accordi integrativi regionali, anche con la collaborazione del personale del Distretto per quanto concordato con il Direttore di Distretto.

Obiettivi

Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono i riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie. Coerentemente con l'indirizzo del presente P.R.S. è necessario che essi, nel rapporto con gli assistiti, valorizzino sempre di più le funzioni educative e di promozione della salute a diretto contatto con l'utenza. Assume inoltre maggiore importanza la valutazione dei bisogni sanitari e socioassistenziali delle persone al fine di orientare e regolare l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie offerte dall'Azienda, attenendosi ai criteri della evidence based medicine ed alle linee-guida concordate a livello nazionale e privilegiando sempre le strutture ed i servizi presenti nell'Azienda, ciò anche al fine di contribuire alla riduzione della mobilità sanitaria intraregionale ed extraregionale.

I MMG ed i PLS, nelle forme previste dalle rispettive convenzioni, dovranno essere responsabilizzati in modo adeguato relativamente alla spesa sanitaria per i propri assistiti. I criteri ai quali attenersi per lo sviluppo di questo sublivello di assistenza sono:

1. omogeneità di offerta;
2. orientamento della domanda;
3. integrazione con gli altri servizi territoriali;
4. collaborazione con i servizi ospedalieri;
5. promozione del loro ruolo.

Azioni

1. adeguamento e aggiornamento continuo dell'anagrafe assistiti;
2. definizione e applicazione degli accordi integrativi regionali e locali coerenti con le strategie dei P.R.S.;
3. attivazione di progetti obiettivo distrettuali che prevedano il coinvolgimento e l'incentivazione dei MMG e PLS con riferimento alla progressiva eliminazione dei ricoveri ospedalieri, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle prescrizioni farmaceutiche inappropriate;

4. aggiornamento continuo dei MMG e dei PLS con specifico riferimento non solo agli aspetti assistenziali ma anche a quelli di responsabilizzazione e gestione nell'uso appropriato e razionale delle risorse assegnate al Distretto;
5. sviluppo dell'informatizzazione e della comunicazione tra gli studi professionali dei medici e le strutture del Distretto e dell'Azienda;
6. sistema aziendale di reporting che consenta di confrontare l'attività prescrittiva tra medici singoli e tra gruppi di medici (ad es. afferenti a Distretti differenti).

2. Assistenza farmaceutica

Situazione

La consapevolezza che l'attuale assistenza farmaceutica presenta diversi punti di debolezza e criticità specie per quanto attiene alla sostenibilità dei costi, pone l'esigenza di formalizzare indirizzi specifici per meglio definire l'area dell'assistenza farmaceutica ed il percorso per realizzare una appropriata politica dell'assistenza farmaceutica compatibile con le risorse disponibili.

All'interno del territorio regionale esiste, inoltre, un disomogeneo sviluppo dei programmi di assistenza farmaceutica e la necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutici concordati e formalizzati, con particolare attenzione al rapporto costo/beneficio nelle scelte.

L'aumento del numero delle persone anziane e delle polipatologie in questa fascia di età, della prevalenza di determinate patologie, soprattutto quelle cardiovascolari e neoplastiche, a fronte della rimodulazione della rete ospedaliera, richiedono la più ampia integrazione professionale in seno all'équipe assistenziale, per la quale il farmacista rappresenta un importante riferimento in merito a: consulenza, sorveglianza e valutazione complessiva dell'uso del farmaco e dei rimanenti materiali sanitari.

L'assistenza farmaceutica si esplicita nei processi di cura propri dell'Ospedale e del Distretto, in modo da garantire appropriati percorsi di cura alle condizioni di malattia a diverso livello di intensità, sia che siano realizzati in ambito di degenza, lungodegenza, assistenza protetta, domiciliare, ambulatoriale, anche in funzione dell'evolversi delle tipologie di intervento sanitario offerto.

Pertanto si rende necessaria l'adozione di strumenti volti alla integrazione dei due ambiti assistenziali farmaceutici, ospedaliero e territoriale.

Emergono, infatti, accanto alle competenze già consolidate, ulteriori funzioni correlate alle nuove modalità assistenziali (continuità assistenziale Ospedale/territorio, assistenza sanitaria territoriale, domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale) e al governo della spesa per l'assistenza farmaceutica nell'ambito della gestione del rapporto con e fra i prescrittori (medici di medicina generale e specialisti ospedalieri e territoriali).

Obiettivi

Permane l'obiettivo di contenere la spesa attraverso lo sviluppo del monitoraggio della stessa riferita ai singoli prescrittori, complessiva e per classi terapeutiche, la qualificazione delle prescrizioni per qualità e quantità. È necessario inoltre promuovere e garantire adeguatamente la farmacovigilanza.

È indispensabile, per questi obiettivi, il coinvolgimento dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e degli specialisti ospedalieri e territoriali.

È necessario rivedere l'assetto organizzativo delle strutture e dei servizi, istituzionalmente preposti alla elaborazione e diffusione delle informazioni indispensabili ad operare scelte razionali e responsabili nell'area del farmaco, adeguandolo al nuovo contesto aziendalistico del sistema sanitario e alle esigenze sempre più manifeste di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria ed in particolare quella per l'assistenza farmaceutica.

Obiettivo prioritario per il triennio permane quindi quello di contenere la spesa farmaceutica entro il tetto di spesa annualmente programmato dalla Regione anche in attuazione di quanto al riguardo stabilito nell'accordo Stato/Regioni.

Dovrà inoltre essere perseguito il coinvolgimento delle farmacie pubbliche e private al fine di razionalizzare il servizio reso, attuare l'informazione al cittadino, facilitare la prenotazione di prestazioni specialistiche per via informatica, collaborare al monitoraggio dei consumi e alla farmacovigilanza, erogare ausili, presidi e prodotti dietetici.

La valutazione in merito alla competitività delle farmacie convenzionate dovrà essere effettuata tenendo conto delle occorrenze finanziarie necessarie alle Aziende Sanitarie per attivare un servizio di fornitura analogo, per capillarità ed efficienza anche sociale, a quello garantito dalle farmacie.

Medesima valutazione dovrà essere effettuata per quanto attiene la fornitura ai cittadini dei farmaci prescrivibili ed erogabili da parte delle strutture pubbliche specializzate.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire un'omogeneità di comportamento e di azioni in materia di utilizzo delle risorse in campo farmaceutico (farmaci, dispositivi medici, etc.), nell'Azienda si rende necessaria l'attivazione di una apposita struttura per ogni Azienda Sanitaria (Servizio Farmaceutico) cui demandare le specifiche funzioni di coordinamento, monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Al fine di garantire un'adeguata e celere assistenza farmaceutica è consentita nei Comuni con popolazione inferiore a 2.500 abitanti, l'attivazione del dispensario farmaceutico nei centri abitati con non più di 1.000 abitanti e frazioni, agglomerati di case sparse, contrade con popolazione inferiore a 500 abitanti, limitatamente ai casi in cui la normativa vigente non prevede l'attivazione di una sede farmaceutica. La gestione del dispensario in tale ipotesi è affidata prioritariamente al titolare della farmacia comunale. L'autorizzazione segue la stessa procedura prevista per l'attivazione dei dispensari stagionali. La Regione svolge comunque tutte le funzioni e i compiti in materia farmaceutica.

Azioni

1. strutturazione e organizzazione del Servizio Farmaceutico nelle Aziende Sanitarie;
2. realizzazione di software unico di monitoraggio della spesa con controlli di qualità dei dati e reportistica uniforme;
3. attuazione di una efficace attività di monitoraggio e di controllo della spesa farmaceutica sia in ambito ospedaliero che territoriale con produzione di reports trimestrali;
4. adozione di specifiche linee-guida e provvedimenti regionali per la qualificazione e il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;

5. indirizzo regionale per l'organizzazione del Servizio farmaceutico territoriale-ospedaliero di Azienda Sanitaria;
6. adeguamento e formazione del personale dei Servizi farmaceutico territoriale-ospedaliero di Azienda Sanitaria;
7. Istituzione di una Agenzia del farmaco sul territorio regionale da istituire previo parere vincolante della Commissione consiliare competente.

Appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. qualificarne e razionalizzarne l'utilizzo, assicurando la migliore assistenza al cittadino, tenendo conto delle risorse economiche disponibili, orientando gli operatori sanitari alla migliore scelta, tenendo conto del rapporto costo/beneficio, a parità di efficacia e sicurezza, mediante l'adozione di linee guida per le patologie prevalenti, la predisposizione di protocolli operativi, il monitoraggio qualitativo dei consumi e della spesa, dei progetti di qualificazione dell'assistenza e nel rispetto dei livelli programmati;

2. formare con aggiornamento permanente gli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità/capacità professionali e attitudini;

3. definire criteri per garantire la sicurezza del farmaco nelle varie fasi del processo terapeutico nel rispetto di criteri di sicurezza, continuità ed uniformità, promuovere la compliance dell'assistito nei confronti della terapia farmacologica in ambito ospedaliero ed a domicilio, valutare l'accessibilità al farmaco ed al dispositivo medico, individuando adeguati ed appropriati percorsi per la gestione di approvvigionamenti, scorte, dispensazione nelle strutture sia ospedaliere che territoriali;

4. garantire la realizzazione e il controllo dei processi volti alla attuazione di una buona politica del farmaco attraverso il miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni da parte delle professionalità coinvolte.

Contenimento della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale deve essere contenuta nei limiti percentuali previsti dagli indirizzi di programmazione sanitaria regionale, in coerenza con quanto previsto in materia dagli Accordi fra Stato e Regioni.

A tal fine vanno considerati i seguenti strumenti:

1. riconferma dei provvedimenti in materia di compartecipazione alla spesa adottati per l'anno 2002;

2. erogazione diretta di farmaci agli assistiti in dimissione dai presidi e servizi delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, ovvero dalle farmacie territoriali con le quali sarà attivato uno specifico accordo, anche a completamento del ciclo terapeutico avviato;

3. interventi sull'uso dei generici, anche attraverso direttive agli specialisti dipendenti e accordi con i medici convenzionati;

4. monitoraggio della spesa farmaceutica attraverso il flusso informativo della farmaceutica.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, si intende perseguire l'obiettivo di contenimento della spesa con i seguenti strumenti:

- predisposizione di procedure centralizzate di acquisto;
- razionalizzazione dei punti di distribuzione dei farmaci e degli ausili medici;
- standardizzazione dei farmaci e degli ausili medici.

Riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica

La riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica nelle Aziende Sanitarie deve avvenire in conformità a tre aspetti fondamentali:

1. le indicazioni e gli obiettivi esplicitati dal presente P.R.S., in ordine ai principi dell'efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza farmaceutica intesa nel senso più ampio del termine (somministrazione di farmaci, allestimento di preparati per nutrizione artificiale, fornitura di dispositivi medici, etc.), dell'efficienza produttiva, al fine di scegliere modalità organizzative che consentano di garantire un uso ottimale delle risorse;

2. l'esistenza di un forte mandato alle strutture competenti (Servizio Farmaceutico) in ordine alle attività legate al governo, alla verifica ed al controllo del servizio e dell'assistenza farmaceutica;

3. l'adozione del Prontuario Terapeutico Regionale, da utilizzare in sede ospedaliera e nell'ambito delle strutture pubbliche di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, nonché da considerare quale riferimento, nella definizione degli accordi contrattuali con le strutture accreditate, per quanto concerne il costo dell'assistenza farmaceutica.

L'assistenza farmaceutica, mirata al raggiungimento di una omogenea politica del farmaco in ambito aziendale, si esplicita con funzioni trasversali ospedaliere e territoriali e si articola in livelli operativi per funzioni specifiche, partecipando alla definizione dei fabbisogni e alla migliore allocazione delle risorse, mediante lo sviluppo del sistema di relazioni con il personale sanitario del presidio ospedaliero e del territorio (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e infermieri per le cure domiciliari), con gli uffici amministrativi.

3. Assistenza domiciliare

La situazione

L'assistenza domiciliare è una delle funzioni che vanno potenziate per costituire prestazioni alternative ai ricoveri ospedalieri specie quelli inappropriati.

In ogni Distretto oggi viene svolta in diverse forme che verranno di seguito esplicitate e che sono solo parzialmente coordinate tra loro e governate dalla direzione del Distretto.

Le articolazioni assistenziali in ogni Distretto, oggi svolte all'interno della dizione più generale di "assistenza domiciliare", sono quelle qui riportate e non tutte ancora sufficientemente sviluppate.

Il loro sviluppo, l'organizzazione, l'attivazione e coordinamento costituiscono obiettivo fondamentale per le Aziende Sanitarie da realizzare in ciascun Distretto.

- Assistenza Domiciliare Sanitaria: consiste nell'erogazione di sola assistenza di tipo sanitario (medica, infermieristica e riabilitativa), resa al domicilio del paziente anche in forma programmata. Si svolge anche nei confronti dei malati di AIDS;

- Assistenza domiciliare programmata ad Assistiti non ambulabili (A.D.P.): istituto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, che prevede l'erogazione di assistenza medica da parte del medico di medicina generale, rivolta a cittadini, senza limiti di età, che siano affetti da patologie per le quali si rende necessario un monitoraggio "intensivo". Gli accessi dei medici al domicilio dei pazienti vengono concordati con la direzione del distretto secondo un piano assistenziale predefinito;

- Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.): così definita per la co-presenza di prestazioni mediche, Infermieristiche, riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio dell'anziano, in forma "integrata", vale a dire con la partecipazione dei servizi sociali;

- Assistenza a pazienti affetti da malattie terminali: viene resa al domicilio del paziente e consiste principalmente nell'erogazione di assistenza terapeutica volta a ridurre la sintomatologia dolorosa;

- Ospedalizzazione Domiciliare: le UU.OO. ospedaliere seguono con proprio personale, anziani o soggetti non autosufficienti al proprio domicilio, con prestazione diagnostica, di cura e riabilitazione di tipo ospedaliero.

Obiettivi

A partire da questa realtà e valorizzando le poche esperienze acquisite è necessario sviluppare in ogni Distretto un modello unitario di assistenza a domicilio con i seguenti obiettivi specifici:

1. assistere le persone di ogni età con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso al ricovero ospedaliero o a strutture residenziali, assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione con gli altri livelli di assistenza;

2. mantenere, per quanto possibile, i pazienti non autosufficienti al proprio domicilio;

3. favorire il recupero o il mantenimento delle capacità di autonomia e relazionali, in accordo con le famiglie, per migliorare la qualità di vita dei pazienti;

4. sostenere la famiglia e gli altri soggetti che prestano assistenza (caregivers) trasmettendo competenze per una autonomia di intervento.

L'assistenza domiciliare è rivolta in particolare alle persone di ogni età con:

1. patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio;

2. patologie in fase terminale;

3. riacutizzazioni di patologie croniche;

4. dimissioni protette da strutture residenziali e/o ospedaliere.

I principali criteri organizzativi possono essere così delineati:

1. individuazione di un unico riferimento in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti relativamente alle cure da erogare presso il domicilio. Tale punto di riferimento è, per ciascun Distretto, uno Sportello unico di accoglienza che operi con modalità concordate con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta ed i Comuni;

2. valutazione dei bisogni ed elaborazione del progetto personalizzato di assistenza domiciliare al paziente ed alla sua famiglia, da parte di Unità di Valutazione Multidisciplinari specifiche per tipologia di paziente, composte da personale specialista operante nel Distretto, da altro personale delle UU.OO. ospedaliere competenti e da medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, con il coinvolgimento dei servizi sociali per i casi in cui sia necessario;

3. definizione e predisposizione ed erogazione del materiale sanitario e di medicazione e degli ausili necessari;

4. definizione ed organizzazione delle procedure diagnostiche da effettuarsi al domicilio;

5. definizione ed organizzazione delle prestazioni specialistiche da erogarsi a domicilio;

6. identificazione di un responsabile organizzativo del progetto personalizzato;

7. coinvolgimento della rete sociale e delle associazioni di volontariato con competenze tecnico-professionali;

8. definizione di criteri e modalità di valutazione dei risultati dell'episodio assistenziale.

L'attivazione di questo modello di assistenza domiciliare richiede l'approfondimento dei principali aspetti dell'Assistenza Domiciliare integrata ed il loro adattamento alla particolare realtà di ciascuna categoria di utenti. È pertanto necessario enfatizzare l'aspetto multidimensionale, l'individuazione e l'implementazione di linee-guida tecnico-professionali ed assistenziali basate su evidenze di efficacia sanitaria.

Le cure domiciliari devono rispettare e valorizzare le relazioni familiari, le abitudini e il vissuto della persona e del nucleo familiare da prendere in cura. Ciò è tanto più importante per i soggetti giovani e molto giovani e per gli anziani, per i quali è particolarmente traumatico e penoso l'allontanamento dal proprio ambiente.

Queste indicazioni comportano la necessità di perseguire una forte integrazione tra le strutture e gli operatori del Distretto, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, i dipartimenti ospedalieri e misti, i servizi sociali dei Comuni, le associazioni di volontariato e le famiglie.

La realizzazione di un sistema integrato di cure a domicilio in grado di garantire i bisogni assistenziali è obiettivo prioritario del Distretto ed è anche risorsa strategica per incrementare l'efficacia e per renderne sempre più efficiente la spesa. Anche a tal fine dovranno essere definiti contenuti e modalità organizzative differenziate per livelli di intensità (alta media, bassa) delle cure domiciliari, anche valorizzando le esperienze specifiche già attuate nelle aziende sanitarie negli anni recenti.

Azioni

1. definizione e applicazione nei Programmi delle Attività Territoriali del sistema integrato delle cure domiciliari in esecuzione del presente P.R.S.;

2. indirizzo e supporto regionale per diffondere e potenziare l'assistenza domiciliare in ogni ambito distrettuale e nelle sue diverse forme;
3. indirizzo e supporto regionale per promuovere un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta anche nelle forme integrate;
4. linee-guida per accesso, presa incarico e dimissioni ospedaliere;
5. monitoraggio della tipologia degli assistiti, del numero e della qualità degli accessi (tipi di prestazioni) in assistenza domiciliare;
6. monitoraggio epidemiologico della non autosufficienza con appropriate scale di valutazione;
7. utilizzo delle tecnologie avanzate a supporto delle azioni sopra descritte.

4. Assistenza specialistica ambulatoriale

Prestazioni

Le prestazioni erogate per questo sottolivello ricomprendono le funzioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate nei poliambulatori distrettuali e nelle strutture accreditate operanti in ciascun Distretto, secondo le indicazioni e nei limiti dell'accordo contrattuale preventivamente stipulato, nonché le attività specialistiche ambulatoriali per esterni erogate nei Presidi Ospedalieri.

Eventuali altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non espressamente ricomprese nei L.E.A., o previste da provvedimenti legislativi o amministrativi il cui contenuto viene qui confermato, non sono a carico del S.S.N. e pertanto dei costi derivanti dalla loro eventuale erogazione gratuita agli assistiti sono responsabili la Direzione Aziendale nonché i Direttori dei Distretti, fatte salve le prestazioni previste da apposite campagne di prevenzione stabilite dalla Regione.

Obiettivi

Obiettivo prioritario per il triennio è quello di garantire, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale e specificatamente in ciascun Distretto, la corretta erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio ricomprese nel relativo sub livello di assistenza, coordinando e programmando le attività tra le due sedi di offerta, pubblica e privata accreditata, in termini qualitativi e quantitativi, valutando i tassi di utilizzo per categoria di prestazioni secondo gli indicatori nazionali, nonché il volume delle attività di offerta pubblica e privata accreditata (quest'ultima secondo le indicazioni e nei limiti dell'accordo contrattuale preventivamente stipulato), anche per la riduzione dei tempi di attesa e la determinazione dei budget dei Distretti.

La tipologia ed i volumi di attività correlati al sub livello assistenza specialistica devono in ogni caso essere compatibili con le risorse annualmente assegnate per il sub livello assistenza specialistica ambulatoriale alle Aziende Sanitarie.

Realizzare coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica strumentale ivi compresa la diagnostica di laboratorio.

Azioni

1. verifica ed attuazione di ogni utile iniziativa per la riduzione dei tempi di attesa nella fruizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
2. attivazione Centri Unici Prenotazione organizzati per Azienda Sanitaria;
3. razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro eventuale potenziamento quali-quantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti;
4. verifica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate ed adozione di ogni utile iniziativa finalizzata a garantire agli utenti prestazioni appropriate ed economicamente sostenibili;
5. sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale; in tal senso possono essere individuate forme uniche di accesso delle prestazioni riferibili ad uno specifico profilo diagnostico-terapeutico;
6. intensificazione delle attività di controllo anche per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
7. sviluppo di un sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza;
8. indirizzi regionali, anche sulla scorta delle indicazioni nazionali, per linee guida, procedure e protocolli diagnostici.

L'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale

L'obiettivo della erogazione tempestiva e di buona qualità delle prestazioni diagnostiche e specialistiche in relazione all'effettivo bisogno di salute, necessita per il suo raggiungimento anche di una classificazione della domanda secondo criteri di priorità e urgenza ma soprattutto tenendo in debito conto il criterio di appropriatezza delle prestazioni. A tal fine occorre:

1. individuare, per alcuni settori cruciali di domanda, specifiche linee guida e percorsi diagnostici e specialistici condivisi e diffusi su tutto il territorio;
2. spostare risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o prioritarie per bisogni definiti;
3. responsabilizzare i soggetti prescrittori delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista territoriale ed ospedaliero).

Ambiti di intervento in favore dell'appropriatezza

Ferme restando le limitazioni e la derogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilite nei L.E.A. nonché i conseguenti provvedimenti regionali a tal fine adottati, gli ambiti di intervento rispetto ai quali si ritiene necessario affrontare prioritariamente le tematiche dell'appropriatezza sono:

- Medicina fisica e riabilitazione
- Prestazioni di diagnostica di laboratorio
- Diagnostica per immagini

- Odontoiatria
- Nuovi tests diagnostici
- Prestazioni di diagnostica strumentale non per immagini
- Prestazioni obsolete

Modalità operative

La Giunta regionale produrrà una proposta operativa per ciascuna delle tematiche sopra elencate avvalendosi delle competenze tecniche del Dipartimento Sanità della Regione, dell'apporto di professionisti delle Aziende del S.S.R. e del settore privato, in collaborazione con l'Università.

La proposta relativa a ciascun ambito di intervento deve:

- individuare, all'interno del nomenclatore tariffario, eventuali prestazioni di bassa priorità sulla base della letteratura internazionale e della consolidata esperienza clinica;
- individuare per le principali prestazioni le indicazioni cliniche appropriate;
- classificare le indicazioni cliniche che comportano carattere di urgenza, prioritario, di attenzione, di routine, dilazionabile, non prioritario;
- produrre, per ciascuna categoria di prestazione affrontata, un documento conclusivo contenente le specifiche indicazioni cliniche per prestazioni o gruppi di prestazioni, nonché proposte per la individuazione di priorità delle prestazioni sulla base delle indicazioni cliniche;
- il grado di priorità delle prestazioni o dei gruppi di prestazioni definisce i tempi di attesa massimi accettabili.

Per quanto riguarda i criteri per l'introduzione di nuovi test diagnostici (fra i quali in particolare i test genetici), questi si basano sui seguenti fattori:

- benefici del test anche tenendo conto della potenziale pericolosità;
- disponibilità di strategie di trattamento in caso di test positivo;
- rapporto costi/benefici.

La Giunta regionale adotta i provvedimenti di competenza per quanto riguarda la priorità e l'urgenza delle prestazioni, nonché per l'esclusione dai livelli di assistenza, in base alla evoluzione delle procedure cliniche e diagnostiche, di prestazioni obsolete ovvero di quelle prestazioni già ricomprese in altre.

La Giunta regionale, avvalendosi della collaborazione del Dipartimento Sanità, verifica l'attuazione dei provvedimenti, anche mediante il flusso informativo della specialistica ambulatoriale.

Le liste di attesa

Nonostante le specifiche disposizioni normative vigenti in materia di riduzione delle liste di attesa permangono situazioni variegata e non sempre soddisfacenti, in particolare per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali.

Tali tempi spesso troppo lunghi coesistono con un consumo di prestazioni per abitante mediamente alto, anche se con una discreta variabilità territoriale.

La riduzione delle liste di attesa può essere affrontata con due ordini di intervento:

1. applicazione diffusa e puntuale delle vigenti disposizioni normative in materia;
2. trattamento differenziato dei tempi di attesa in relazione alla natura del bisogno assistenziale;
3. miglioramento dell'efficienza;
4. realizzazione dei C.U.P. e delle agende uniche.

Per quanto riguarda il trattamento differenziato dei tempi di attesa, la Giunta regionale emanerà, entro il primo anno di vigenza del presente P.R.S., un apposito provvedimento che, tenuto conto della definizione del livello di priorità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di inserimento delle principali prestazioni nelle sei categorie di indicazione clinica (di urgenza, di priorità, di attenzione, di routine, dilazionabili, non prioritarie), definite dal competente Dipartimento Sanità della Regione, sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative del comparto pubblico e del comparto privato, consente di operare in ciascuna Azienda in riferimento ai seguenti tempi massimi di attesa:

- urgenza: 6 ore
- priorità: 12 ore
- attenzione: 3 giorni
- routine: 15 giorni
- dilazionabili: 1 mese

Razionalizzazione della domanda e dell'offerta

Il tema specifico comprende tutte le iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni e, quindi, l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e il ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

Con l'entrata in vigore del [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni sui L.E.A. e dei conseguenti provvedimenti adottati dalla Giunta regionale in materia, sono state già precisate e stabilite le prestazioni non erogabili, quelle erogabili con oneri a carico del S.S.R. e/o quelle la cui erogabilità è condizionata al rispetto di particolari condizioni clinico-assistenziali.

Ai fini della razionalizzazione e dell'appropriatezza della domanda e con specifico riferimento ai fabbisogni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, indicativi risultano i dati sui volumi di prestazioni medie annue x 1000 abitanti, registrati nella nostra Regione nel corso dell'anno 2001 e la cui tendenza sembra riconfermarsi per il 2002 e ciò nonostante i provvedimenti normativi di cui alla [L.R. n. 29/2002](#). Dall'analisi dei dati seguenti, si rileva come in tutta la Regione, nell'anno 2001, si sono registrati consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate da soggetti pubblici e privati, per come di seguito indicato:

- diagnostica strumentale di laboratorio analisi 17.075.869, pari a 8.357 prestazioni ogni 1000 abitanti;

- diagnostica strumentale di radiologia 945.217, pari a 463 prestazioni ogni 1000 abitanti;
- fisiokinesiterapia 5.047.441, pari a 2.470 prestazioni ogni 1000 abitanti;
- branche a visita, 4.346.664 prestazioni, pari a 2.127 prestazioni ogni 1000 abitanti.

Complessivamente in Regione per l'anno 2001 sono state consumate 27.415.191 prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari a 13.417 prestazioni ogni 1000 abitanti.

Per il periodo di vigenza del presente P.R.S. le Aziende Sanitarie dovranno tendere al raggiungimento dei parametri standard, desunti dalla media nazionale, per la determinazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per mille abitanti e per singola area disciplinare.

I suddetti standard di riferimento possono essere modificati, con provvedimento della Giunta regionale, sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative, in relazione agli effettivi fabbisogni nonché alle risorse annualmente disponibili.

Gli standard di riferimento sono vincolanti per l'accreditamento. Per la definizione dei piani preventivi ed ai fini degli accordi e contratti con i soggetti erogatori accreditati, pubblici e privati, valgono i limiti fissati annualmente dalla Giunta regionale con le indicazioni di programmazione sanitaria. L'eventuale violazione dei limiti suddetti, da parte dei soggetti pubblici o privati, comporta la nullità degli accordi e contratti definiti e, per la parte eccedente la conseguente responsabilità, a titolo personale, di coloro, parte acquirente e parte fornitrice, che li hanno sottoscritti.

Entro il primo anno di vigenza dei P.R.S., con specifico provvedimento della Giunta regionale, sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative, saranno emanate specifiche linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale nel pieno e rigoroso rispetto della libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino.

5. Assistenza per categorie specifiche di utenti.

Prestazioni

Le prestazioni comprese in questo sottolivello sono svolte dai seguenti servizi:

- Consultori familiari.;
- Servizi di tutela, cura e riabilitazione dei disabili;
- Servizi di tutela e cura degli anziani e per l'assistenza al domicilio di soggetti con patologie croniche;
- Servizi di recupero dei soggetti tossicodipendenti e alcooldipendenti (SERT);
- Centri di salute mentale.

Obiettivi

Gli obiettivi delle attività assistenziali rivolte a categorie specifiche di utenti costituiscono priorità nell'ambito di questo P.R.S. Obiettivo comune è fornire assistenza ambulatoriale di base e specialistica a "soggetti deboli" ricompresi nelle

diverse fasce di età o di patologie, consentendone la permanenza al proprio domicilio, evitando ricoveri impropri di tipo ospedaliero ed integrando, se necessario, l'assistenza ambulatoriale con le funzioni svolte dai presidi residenziali a ciclo continuo e diurno.

I Dipartimenti orientati a specifiche categorie di utenti sono lo strumento tecnico ed organizzativo per garantire tale integrazione e sono organizzati sulla base degli indirizzi definiti dai Progetti Obiettivo del Piano Sanitario Nazionale (Anziani e non autosufficienti, Salute Mentale, Tossicodipendenze, Materno infantile), dalle Linee guida per le attività di riabilitazione del Ministero della Salute ed in relazione ai correlati obiettivi di salute del presente P.R.S.

I criteri da seguire per lo sviluppo di questo livello assistenziale sono:

- integrare le prestazioni dei diversi servizi verso una tutela complessiva della salute;
- privilegiare gli interventi di prevenzione secondaria e potenziare il momento riabilitativo;
- svolgere la funzione di cura in stretta connessione con la medicina primaria ed in particolare il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta;
- qualificare e standardizzare il rapporto con le strutture accreditate che provvedono all'assistenza residenziale e semiresidenziale;
- realizzare l'integrazione con le prestazioni sociali erogate dai Comuni;
- promuovere la solidarietà e valorizzare gli "investimenti di salute delle Comunità locali"

Azioni

Le azioni da sviluppare sono qui di seguito riportate mentre per gli aspetti organizzativi delle strutture deputate alla realizzazione dei correlati Progetti Obiettivo si rimanda al capitolo relativo al riassetto istituzionale ed organizzativo delle Aziende del S.S.R.:

1. dare concreta attuazione al P.O. Materno Infantile;
2. dare concreta attuazione al P.O. Salute Mentale;
3. dare concreta attuazione al P.O. Tossicodipendenze;
4. dare concreta attuazione al P.O. Anziani e riabilitazione;
5. sviluppare specifici programmi di formazione degli operatori.

6. Assistenza residenziale e semiresidenziale

Il sistema dell'assistenza residenziale

Un'equilibrata rete di servizi residenziali deve svilupparsi in parallelo al programma di riassetto della rete ospedaliera ed alla programmazione del sistema della lungodegenza e riabilitazione.

Sulla base delle linee di indirizzo esplicitate dal presente Piano Regionale per la Salute si prevede una rete ospedaliera che, tenendo conto della fisiologica mobilità passiva extraregionale, è dimensionata a 4 p.l. x 1.000 abitanti, mentre la rete di

lungodegenza e riabilitazione (comprensiva della riabilitazione estensiva degli istituti ex art. 26) è attestata su 1 posto letto per 1.000 abitanti.

Nel programmare la rete dei posti letto residenziali è necessario considerare che queste previsioni (che riducono molto i posti letto ospedalieri per acuti) determinano una richiesta di ricoveri ospedalieri per acuti ed un progressivo ampliamento della rete della lungodegenza e riabilitazione, che cresce di circa 800 posti letto.

Quando il processo di trasformazione si sarà completato si registrerà una equilibrata distribuzione della domanda nei diversi regimi:

a) L'assistenza a pazienti in condizioni cliniche non stabilizzate andrà garantita in strutture di lungodegenza che potranno essere realizzate all'interno di complessi ospedalieri per acuti, in case di cura private, in ospedali in riconversione o in strutture residenziali particolarmente attrezzate.

b) I programmi finalizzati di terapia riabilitativa intensiva o estensiva saranno erogati da parte di strutture di riabilitazione, secondo protocolli finalizzati al massimo recupero funzionale ed alla presa in carico globale del paziente.

c) Le strutture residenziali saranno destinate esclusivamente alla gestione a lungo termine di pazienti cronici e stabilizzati. All'interno delle RSA potranno peraltro essere attuati programmi mirati di terapia riabilitativa (per singoli eventi o per cicli di mantenimento) che verranno erogati attraverso programmi riabilitativi gestiti e finanziati con le stesse modalità della terapia domiciliare.

La Residenza Sanitaria va infatti considerata come una "residenza speciale" per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con livelli di tutela sanitaria medio-alta, variabile in rapporto alle oggettive condizioni degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche.

Tuttavia, in attesa che la rete della lungodegenza e riabilitazione sia compiutamente realizzata bisogna prendere atto del fatto che le strutture residenziali, già oggi, sono chiamate ad offrire una risposta a numerose situazioni di post-acuzie.

Di questo si terrà conto giungendo a definire un regime transitorio. In un sistema a regime, ad ogni modo, le diverse tipologie di Residenze Sanitarie dovranno essere tarate in rapporto alle specifiche necessità degli ospiti, individuando strutture che, in ogni singolo contesto, realizzino le migliori condizioni strutturali, organizzative e relazionali in rapporto alle specifiche esigenze degli ospiti.

Per ogni tipologia di residenze è necessario prevedere differenti livelli assistenziali in rapporto al grado di disabilità dei pazienti. I dati epidemiologici nazionali ed internazionali indicano che circa l'1% della popolazione adulta (da 18 a 64 anni) ed il 6% della popolazione anziana (oltre 65 anni) è disabile in almeno una A.D.L. (Activity on Daily Living). Gran parte di questi soggetti sono tuttavia assistibili a domicilio ove sussista un adeguato supporto familiare. Una condizione di questo tipo è in genere garantita nel 98% dei giovani, nell'80% degli adulti e nel 65-70% degli anziani. Tende ovviamente a decrescere nelle età più elevate.

Nella nostra Regione (che ha un indice di invecchiamento inferiore al 17%) si registra ancora una forte tenuta dei nuclei familiari e della rete parentale, ed è realistico ipotizzare che tali percentuali siano più elevate (circa il 94% dei disabili adulti e il 75% anziani non autosufficienti vive in nuclei familiari in grado di fornire assistenza).

Anche se questi indici potrebbero variare nei prossimi anni, appare opportuno non eccedere nella previsione dei posti letto residenziali, anche per evitare di alimentare la domanda e di facilitare un processo di espulsione di anziani e disabili dai nuclei familiari che si vuole invece in tutti i modi evitare, limitando l'istituzionalizzazione ai casi per i quali non sia oggettivamente programmabile una assistenza alternativa.

Per questi motivi si è stimato:

- Nell'ordine dell'6% il fabbisogno di residenzialità per i disabili adulti, di cui circa il 50% in strutture di riabilitazione estensiva e 50% in strutture di semplice accoglienza (RSA per disabili $1.322.000 = x 0,01 \times 0,06 \times 50\% = 396$)

- Nell'ordine del 20% degli anziani non autosufficienti il fabbisogno di residenzialità per anziani (RSA per anziani = $337.000 \times 0,6 \times 0,20 = 4.044$)

Si stima quindi un fabbisogno di 4.440 posti letto residenziali, che devono tuttavia essere ripartiti tra strutture ad elevata integrazione sanitaria e strutture sociali a valenza sanitaria con la corretta imputazione delle quote di partecipazione ai diversi soggetti (Fondo Sanitario Regionale e Fondo Sociale nella quale trova capienza la partecipazione dell'ospite), operando la necessaria distinzione tra costi totalmente sanitari (riferibili all'assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali), costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari), e costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione) [secondo i principi ed i criteri esplicitati nel [D.P.C.M. 14 febbraio 2001](#), nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e nelle Linee-Guida Ministeriali n. 1/2004], come da schema seguente:

RSA MEDICALIZZATA PER ANZIANI

100% Fondo Sanitario Regionale

RSA PER ANZIANI

70% Fondo Sanitario Regionale

30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

RSA PER DISABILI

70% Fondo Sanitario Regionale

30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

CASA PROTETTA PER ANZIANI

50% Fondo Sanitario Regionale

50% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

CASA PROTETTA PER DISABILI

40% Fondo Sanitario Regionale

60% Fondo Sociale

RIABILITAZIONE A CICLO DIURNO

100% Fondo Sanitario regionale

RIABILITAZIONE RESIDENZIALE

100% Fondo Sanitario Regionale

PRESTAZIONI TERAPEUTICHE E SOCIO-RIABILITATIVE RESIDENZIALI

Per Disabili Gravi:

70% Fondo Sanitario Regionale

30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)

Per Disabili privi di sostegno familiare:

40% Fondo Sanitario Regionale

60% Fondo Sociale (con partecipazione ospite) ⁽²⁰⁾.

Una ripartizione oggettiva di questo tipo è possibile solo attraverso l'adozione di uno strumento validato per la classificazione dei bisogni assistenziali degli utenti.

Nelle RSA, infatti, verranno accolti solo pazienti cronici ad elevato carico sanitario, che necessitano di cure continue e di assistenza infermieristica elevata. Nelle Case Protette andranno invece pazienti non autosufficienti che necessitano di modeste cure sanitarie.

Sulla base delle principali esperienze nazionali è possibile stimare il rapporto tra i due livelli assistenziali in un rapporto di circa 1 a 1,5 che fissa in 1.750 i posti di RSA e 2.690 quelli di Casa Protetta.

Una lettura attenta della realtà calabrese, tuttavia, porta a considerare che, in assenza di una adeguata* rete di lungodegenza post-acuzie, le RSA sono chiamate oggi a farsi carico di pazienti non stabilizzati, spesso in fase di post-acuzie, che impongono un livello assistenziale superiore e più medicalizzato rispetto a quello assegnato alle RSA.

Appare quindi ragionevole per un periodo di transizione (5 anni) prevedere una ulteriore dotazione di posti letto (pari a circa il 10% delle strutture residenziali) ad un livello assistenziale sostitutivo della lungodegenza ospedaliera che accolga i pazienti in dimissione dall'ospedale per periodi di degenze a termine (max 60 giorni).

Questo modello, adottato anche da altre Regioni con le denominazioni più varie, potrà essere ribattezzato Residenza Sanitaria ad elevata medicalizzazione (RSA-M).

Si prevede che queste strutture, con la progressiva attivazione delle lungodegenze Ospedaliere, vengano nel tempo riaccreditate come RSA o come Case Protette,

incontrando così il presumibile progressivo aumento della domanda su questo versante. Sulla base di questi indici è possibile stimare il fabbisogno di posti residenziali in Calabria nelle seguenti misure:

Tipologia *	Dotazione	Degenza
RSA-M	450	60 gg
RSA	1750	Illim
Case protette	2690	Illim
TOTALE	4890	

Il modello proposto costituisce una trasposizione dei Livelli di Assistenza indicati nel D.P.C.M. 18 febbraio 2001 e nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#).

Anche al fine di realizzare un doppio livello di impegno professionale sanitario viene quindi prevista una doppia rete:

- La rete delle RSA, caratterizzate come strutture ad elevata integrazione sanitaria destinate ad accogliere pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che necessitano di assistenza sanitaria complessa.

- La rete delle Case Protette, caratterizzate come strutture sociali a valenza sanitaria, destinate ad erogare assistenza a ciclo continuativo a pazienti con limitazioni funzionali, non assistibili a domicilio, che non necessitano di rilevanti interventi di assistenza sanitaria.

Per quanto attiene la rete delle RSA si puntualizza che vengono previste **due tipologie di RSA**:

- una ad elevata componente sanitaria, destinata ad accogliere per periodi limitati pazienti anche in fase di post-acuzie
- l'altra ad assistenza sanitaria complessa ma in fase di cronicità stabilizzata.

Sia le RSA che le RSA-M sono accreditate come strutture della rete sanitaria. La degenza in RSA-M dovrà essere a termine, mentre quella nelle RSA non avrà un termine prefissato, ma dovrà essere limitata al perdurare delle condizioni che impongono una assistenza a significativo impegno sanitario, definibile in rapporto alla esecuzione in loco di procedure terapeutico-assistenziali di valenza sanitaria essenziali per la sopravvivenza (nutrizione enterale o parenterale, etc.) o di cure specifiche a rilevante impegno infermieristico (cura di decubiti o ferite, terapia infusiva, demenza in fase produttiva, etc.). L'utilizzo di uno strumento di rilevazione del case-mix assistenziale sul modello dei RUGs appare auspicabile per una corretta classificazione dei pazienti.

I suddetti fabbisogni di posti residenziali, tenuto conto dei soggetti disabili, vanno integrati come di seguito:

Tipologia *	Dotazione	Degenza
RSA per disabili	400	Illim
Case protette e comunità alloggio per disabili	1200	Illim
TOTALE	1600	

Per quanto attiene la rete delle Case Protette è bene sottolineare che esse rimangono strutture sociali, potranno essere realizzate anche attraverso una progressiva riqualificazione delle Case di Riposo che, previa verifica di specifici requisiti strutturali ed organizzativi, potranno essere accreditate alla erogazione di prestazioni "sociali a rilevanza sanitaria" e godere di una partecipazione alle spese a carico del S.S.N., nei limiti fissati dal citato D.P.C.M. 18 febbraio 2001.

Una Rete di questo tipo offre una forte tutela residenziale ai soggetti anziani e disabili, ma non può costituire un alibi per ridurre l'attenzione verso l'obiettivo della permanenza a domicilio.

Da ciò discende la necessità del potenziamento del sistema delle cure domiciliari che, dopo l'avvio sperimentale in alcune ASL della Regione, ha adesso bisogno di consistenti investimenti in termini di risorse per essere opportunamente messo "a regime" (Obiettivo Assistenza Distrettuale) e di un eventuale sostegno economico (buoni sostegno famiglia) alle famiglie interessate e di concerto con il competente servizio sociale della Regione.

La complessità delle procedure di accesso ai servizi e la variabilità della quota dei bisogni assistenziali non hanno consentito ad oggi una chiara alternativa alla istituzionalizzazione del soggetto fragile.

Si cercherà di ritardare l'istituzionalizzazione del disabile realizzando delle reti di aiuto territoriali che siano in grado di valorizzare i supporti socio-familiari e che soprattutto pongano grande attenzione alle risorse ed alle esigenze del singolo ospite.

In considerazione del particolare rapporto che si viene ad instaurare tra i "caregiver" esterni alla famiglia ed il disabile, l'organizzazione che si offre deve essere comunque accreditata e controllata dall'ASL attraverso anche la valutazione di un sistema di auditing della qualità percepita dall'assistito e dalla sua famiglia.

Prestazioni

Le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale sono quelle specificamente indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti e sono assicurate sul territorio dalle seguenti strutture pubbliche e/o private accreditate:

- Centri di riabilitazione diurna (per disabili e utenti psichiatrici)
- Presidi residenziali di riabilitazione
- Residenze Sanitarie Medicalizzate
- Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.)
- Residenze protette
- Comunità alloggio per utenti psichiatrici
- Comunità terapeutiche (per utenza psichiatrica e per tossicodipendenti)
- Comunità alloggio disabili

Consiste in prestazioni di assistenza e recupero per soggetti disabili, anziani con diversi gradi di non autosufficienza, pazienti psichiatrici e soggetti dipendenti da droghe e alcool.

Obiettivi

1. Garantire all'utenza le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale specificamente indicate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

2. Garantire il governo della spesa correlata ed assicurare l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni a tutti i livelli.
3. Contenere la spesa nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.
4. Predisporre specifiche linee guida ed indirizzi regionali per i percorsi assistenziali correlati.
5. Garantire nelle strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate la presenza dell'educatore professionale nelle percentuali previste dagli standard definiti a livello nazionale e regionale.

Azioni

1. Adottare le azioni e le iniziative necessarie per il completamento della offerta residenziale e semiresidenziale programmata con il presente P.R.S.
2. Emanare indirizzi e provvedimenti regionali per progetti di miglioramento continuo della qualità assistenziale, valorizzando al massimo l'autonomia dei soggetti e il collegamento con i servizi specialistici, reintegrazione domiciliare nell'ambiente di vita della persona.
3. Emanare indirizzi regionali per la definizione della rete residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malattie mentali.
4. I Centri socio-riabilitativi semi-residenziali per soggetti portatori di handicap presenti nell'Azienda Sanitaria n. 9 e n. 11, la cui gestione è integrata (pubblico-privato), continuano la collaborazione sorta sulla sperimentazione effettuata e finanziata a seguito di deliberazione CIPE, con le modalità in atto.

7. Assistenza termale ed idro-termale

Studi sulle terapie termali promossi dal Ministero della Salute pongono in evidenza la riduzione della sintomatologia nelle fasi acute delle patologie trattate con consensuale decremento dell'utilizzo di farmaci e delle pratiche fisioterapiche. In alcuni casi si è dimostrato un trend di riduzione della proporzione dei ricoveri ospedalieri e dell'assenza dal lavoro nei soggetti trattati con terapia termale per tutte le categorie nosologiche esaminate.

Da tali studi si evince la possibilità di una rivalutazione dell'efficacia delle cure termali, mediante analisi di trend che dimostrano l'effettiva persistenza degli effetti benefici riscontrati dopo il primo ciclo di terapia termale e l'ulteriore incremento dello stato di salute legato al secondo ciclo di trattamento, considerazione rilevante poiché le patologie trattate sono di natura cronico-degenerativa o rappresentano manifestazioni cronicizzate di forme acute.

Tanto premesso, il P.R.S., oltre a garantire le prestazioni di terapia termale individuate nel [D.P.C.M. 29 novembre 2001](#) e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti, intende promuovere lo sviluppo della terapia termale rivalutando il ruolo degli stabilimenti termali della Regione anche nella prospettiva di creare un turismo termale-sanitario in grado di attrarre "clienti", da altre aree del Paese e dall'Europa. A tale fine, entro il primo anno dall'entrata in vigore del presente P.R.S., i competenti Dipartimenti della Giunta regionale predisporranno un apposito progetto di riorganizzazione e sviluppo delle strutture termali della Calabria in una logica di sistema termale integrato con le attività di tutela e promozione della salute e con le attività di sviluppo ambientale ed economico della Regione.

Questo aspetto oltre alla possibilità di estendere l'offerta di prestazioni del Servizio Sanitario Regionale verso settori nuovi, anche se, comunque, senza oneri per lo stesso S.S.R., consentirà il mantenimento (se non lo sviluppo) dei livelli occupazionali del settore termale ed idro-termale, anche nei periodi oggi definiti di bassa stagione.

A tal fine dovranno essere previste adeguate iniziative di investimento e sviluppo nel settore, piani di formazione/informazione indirizzati ai medici operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, interventi di aggiornamento o riqualificazione degli operatori del settore e campagne di comunicazione nei confronti della popolazione. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del P.R.S., saranno attivate, a cura del competente Settore del Dipartimento Sanità, specifiche iniziative per l'aggiornamento degli addetti al settore.

Altri settori di attività

Per tutti gli altri settori delle attività distrettuali costituiscono obiettivi specifici la corretta e puntuale erogazione di prestazioni o servizi di competenza purché espressamente previsti nel *D.P.C.M. 29 novembre 2001* e successive modifiche ed integrazioni ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

(19) Capoverso così modificato dall'*art. 1, comma 2, L.R. 22 dicembre 2004, n. 32*.

(20) Capoverso così sostituito dall'*art. 18, L.R. 5 ottobre 2007, n. 22*, come modificato, a sua volta, dall'*art. 32, comma 2, L.R. 26 febbraio 2010, n. 8*, a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 51* della stessa legge). In pari tempo il comma 3 del medesimo articolo ha incomprendibilmente abrogato, con la medesima decorrenza, il suddetto *art. 17, L.R. n. 22/2007*, al quale si rinvia per consultare le modifiche ad esso apportate, che si riflettono sul testo del presente capoverso, che comprende anche le modifiche da ultimo disposte. Il testo originario del presente capoverso era così formulato: «Si stima quindi un fabbisogno di 4.440 posti letto residenziali, che devono tuttavia essere ripartiti tra strutture ad elevata integrazione sanitaria (RSA) con retta a totale del S.S.N., e strutture sociali a valenza sanitaria (Case Protette), con costi coperti dal S.S.N. al 50%.».

PREMESSA

Nella nostra Regione così come nelle altre Regioni del Paese, l'Ospedale ha rappresentato da sempre il principale punto di riferimento per medici e pazienti.

Realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione. Ciò che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 ospedali, ed anche la nostra Regione a realizzare ben 42 ospedali di dimensioni e potenzialità variabili.

Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su quella dell'acuto.

Si è sviluppato conseguentemente il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici. Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'ospedale rappresenta, inoltre, in qualsiasi sistema sanitario, un punto di riferimento importante per la collettività poiché è in esso che, generalmente, si concentra la medicina più avanzata, le tecnologie più sofisticate, le professionalità più accreditate.

Per tutte queste ragioni, inevitabilmente, esso assorbe una considerevole quota di risorse. Va anche ricordato e sottolineato che l'Ospedale è un segmento del sistema, importantissimo quanto si vuole, ma da solo insufficiente a soddisfare la domanda di assistenza.

Esso si iscrive, pertanto, in un più vasto quadro che è quello dell'integrazione armonica e coordinata con i servizi socio sanitari del territorio, con la medicina di base, l'assistenza domiciliare, le strutture di riabilitazione post-acuzie, di lungodegenza, la rete delle RSA e quella dell'emergenza.

Nel presente P.R.S. l'assistenza ospedaliera viene rimodulata alla luce dei seguenti principi e valori:

1. **razionalizzazione dell'organizzazione produttiva** attuata con l'applicazione dei principi della scienza dell'organizzazione in base ai quali emergono due tipologie fondamentali di processi di lavoro riconducibili all'attività di ricovero ospedaliero ed alla attività territoriale, con distinte organizzazioni dell'offerta e della produzione;

2. **superamento della schematica e tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera ed assistenza extra-ospedaliera** basata su una concezione funzionale dell'organizzazione sanitaria che confonde le strutture fisiche di produzione e di erogazione delle prestazioni (ospedale) con le funzioni assistenziali (assistenza ospedaliera);

3. **valorizzazione dell'assistenza ospedaliera** quale punto di riferimento di maggior complessità, rilevanza ed eccellenza delle prestazioni sanitarie offerte e prodotte dal servizio sanitario, cui riconoscere una propria autonomia gestionale;

4. **realizzazione di condizioni di sicurezza nell'uso dell'ospedale** a garanzia della popolazione assistita ed allo scopo di limitare i rischi insiti nell'esercizio dell'attività professionale, nonché per sviluppare l'appropriatezza clinico-assistenziale ed organizzativa delle prestazioni rese;

5. **piena attribuzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale all'organizzazione produttiva dei servizi territoriali** al fine di realizzare il miglior rapporto tra ospedale e territorio in coerenza con quanto previsto dalla vigente definizione dello specifico livello di assistenza e con le tipologie produttive delle prestazioni sanitarie; a tal fine è consentita la mobilità professionale tra ospedale e distretto.

Strettamente correlata a queste scelte è, poi, la questione delle "alte specialità", di quelle attività assistenziali identificate ai sensi del [D.M. 24 gennaio 1992](#), la cui previsione all'interno di un Ospedale è condizionata da una serie di vincoli tecnologici ed organizzativi.

Anche in questo caso la tendenza generale, che viene qua condivisa, è quella di concentrare le specialità e le competenze; essa è suggerita non solo da esigenze di carattere gestionale ma anche e soprattutto dalla necessità di esaltare le opportunità derivanti dall'integrazione delle conoscenze specialistiche, che meglio si realizza quando queste sono localizzate in forma unitaria.

Sulla base di questi criteri di massima, la direttrice lungo cui la proposta si muove è quella di prevedere **una organizzazione a rete delle prestazioni di ricovero** fondata sulla distinzione fra:

- **Attività di base**, identificate in rapporto ad attività frequenti e generiche che non richiedono per l'esercizio una organizzazione complessa;

- **Attività specialistiche**, identificate in rapporto a particolari caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio di riferimento, a necessità organizzative dirette a garantire la gestione dell'emergenza-urgenza, all'ottimale utilizzo delle tecnologie;

- **Attività di alta specializzazione ed eccellenza**, identificate in rapporto a specifiche esigenze di impiego di risorse professionali e di tecnologie, in funzione del completamento e dell'autosufficienza del S.S.R.;

secondo una concezione di rete finalizzata:

- alla garanzia del miglior uso delle prestazioni di ricovero da parte della popolazione;

- alla migliore e più razionale organizzazione produttiva delle prestazioni di ricovero.

In tal modo la rete ospedaliera si articola **in tre tipologie di presidi ospedalieri**, i primi due appartenenti alle articolazioni delle Aziende Sanitarie, l'ultimo che caratterizza il modello organizzativo-gestionale delle Aziende Ospedaliere:

1. presidi ospedalieri di base

2. presidi ospedalieri di base con attività specializzate

3. presidi ospedalieri specializzati e di eccellenza.

In parallelo si sono poi esaminate le attuali caratteristiche degli ospedali presenti sul territorio valutandone i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi alla luce, in particolare, del D.P.R 14 gennaio 1997.

Con estrema attenzione sono stati poi verificati gli indicatori di attività dei singoli ospedali per quanto riguarda il tasso di occupazione, la durata media di degenza, il numero di giornate di degenza consumate, il numero delle prestazioni effettuate, la casistica trattata anche in termini di peso medio di DRG. Con particolare riguardo sono stati poi esaminati i dati gestionali per quanto attiene la spesa ospedaliera.

Altro dato esaminato, di fondamentale importanza, è stato quello dei flussi di migrazione sanitaria all'interno delle Aziende sanitarie e verso altre regioni, distinti per azienda, per specificità clinica e per impegno finanziario.

Sulla base di queste informazioni di carattere sanitario, integrate da quelle demografiche, si è dimensionata la domanda di assistenza ospedaliera in termini di posti letto necessari distinti per acuti, riabilitazione e lungodegenza, considerando anche le recenti indicazioni ministeriali.

Tali indicazioni, vale la pena sottolinearlo, sono in linea con l'attuale mutare delle prassi e tecniche di cura che stanno consentendo di ridurre drasticamente la durata della degenza o addirittura di annullarla ampliando le indicazioni alle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale o di day-hospital.

Negli stabilimenti ospedalieri è previsto un Direttore medico di Presidio in possesso dei requisiti di cui all'art. 5 nel D.P.R. 1° dicembre 1997, n. 484, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative e di coordinamento dei dipartimenti dell'ospedale.

La reingegnerizzazione degli "spazi" ospedalieri

In accordo ai suddetti principi e valori gli attuali assetti organizzativi interni degli ospedali dovranno essere sottoposti ad un piano di "reingegnerizzazione", anche in considerazione del fatto che la progressiva riduzione dei posti letto e l'evoluzione del tradizionale modello di ospedale in atto comporta una crisi degli ospedali di piccole dimensioni, con ridotto bacino di utenza, che si trasformano verso strutture più articolate sul piano assistenziale e meno rigide sul piano organizzativo.

È il modello organizzativo tradizionale dell'ospedale di base che deve essere più aderente ai bisogni di base della popolazione, garantendo nel contempo soluzioni efficienti e di qualità per la attività chirurgica più complessa e di urgenza, la cui casistica deve essere trasferita negli ospedali attrezzati per tali interventi.

Si tratta, cioè, di immaginare ex novo quale potrebbe essere il modello organizzativo che idealmente coniughi al meglio efficacia clinica ed efficienza gestionale e, di conseguenza, realizzarlo. Il tutto si basa su un assetto centrato sui processi e non sulle funzioni. In altre parole, individuato quale è il teorico ottimale percorso di cura che il paziente deve seguire, si costruisce un percorso organizzativo che superando l'autoreferenzialità dei singoli settori coinvolti ne lubrifica le interfacce puntando ad un'efficienza di sistema.

Precisiamo subito che non esistono soluzioni pronte, indifferentemente esportabili da una realtà all'altra. Ogni soluzione è ideale se tiene conto, in quel determinato contesto in cui deve operare, dell'insieme delle variabili che lo compongono: strutturali, tecnologiche, umane.

Esistono, comunque, principi abbastanza codificati e condivisi:

- focalizzare le procedure cliniche ed organizzative avendo come riferimento la centralità del paziente;
- integrare le attività assistenziali e dipartimentali per aree omogenee al fine di ottenere tutte le sinergie possibili;
- puntare ad un utilizzo comune, per quanto possibile, delle risorse (spazi, tecnologia, personale);
- prevedere la centralizzazione dei servizi ma non farne un totem intoccabile; un decentramento governato (basti pensare all'ecografia per esempio) che tenga conto delle variabili locali può essere un ottimo strumento per una maggiore efficienza.

In altre parole la regola chiave è quella della "flessibilità organizzativa"; in tal senso vanno evitate strutture rigide, anche nella gerarchizzazione interna, altrimenti l'Ospedale non riuscirebbe a reagire in tempo reale ai cambiamenti che, da qualche tempo a questa parte, sopraggiungono in modo spesso repentino. Il mutare, infatti, di leggi, regolamenti, attese sociali e soprattutto sistemi di finanziamento obbliga il management dell'Ospedale ad essere reattivo all'ambiente e pronto all'innovazione.

L'assetto organizzativo interno si coniuga pertanto con il modello "hub and spokes" di riferimento sia per la gerarchizzazione tra i diversi modelli di ospedale, che tra le diverse articolazioni interne degli stessi, in una logica di completezza dei servizi alla persona basata sui seguenti indirizzi generali:

- mantenimento in loco e gestione clinico-assistenziale diretta di tutte le prestazioni effettuabili, specificamente delle prestazioni programmate (nella logica di **decentrare tutto il decentrabile**);

- concentrazione negli ospedali di riferimento (di Azienda Sanitaria ovvero nei presidi delle aziende ospedaliere) delle urgenze cliniche impegnative mediante l'utilizzo di un trasporto sanitario efficiente ed assistito (nella logica di **concentrare il necessario**).

Il modello organizzativo dell'ospedale di base pertanto muta da quello attuale verso un modello che garantisce:

- una razionalizzazione dell'uso delle risorse anestesiolgiche;
- lo sviluppo del day surgery, anche nella considerazione che quasi la totalità dell'attività chirurgica attualmente svolta dagli ospedali a gestione diretta rientra in quella da erogare in regimi diversi dall'ordinario secondo l'attuale disciplina sui L.E.A.;
- riallocazione delle risorse recuperate con potenziamento delle attività territoriali, ambulatoriali, di diagnostica strumentale, di riabilitazione e lungodegenza;
- attenzione alla formazione/addestramento delle equipés mediche.

Questi concetti sono di immediata evidenza nel confronto tra l'esistente ed il modello di cui al P.R.S. che di seguito si riporta:

OSPEDALE DI BASE	
Situazione esistente	Nuovo assetto organizzativo
AREA DEGENZE:	AREA DEGENZE:
Medica	Medica
Chirurgica	Day surgery
Ostetrico - ginecologica	Gestione pre- e post-parto (DH ed ambulatorio)
Pediatria (già senza posti letto in molte aree)	Day hospital ovvero attività ambulatoriale
	Riabilitazione estensiva
	Lungodegenza
AREA SERVIZI:	AREA SERVIZI:
Radiologia	Diagnostica per immagini
Laboratorio analisi	Laboratorio analisi
Anestesia	Anestesia per day surgery
Pronto soccorso e sistema 118	Pronto soccorso e sistema 118
Attività specialistica ambulatoriale	Attività specialistica ambulatoriale

La valutazione delle tecnologie ospedaliere

Parlando di reti ospedaliere e di alte specialità appare importante, in conclusione, una riflessione sulla opportunità di prevedere a livello regionale un sistema di valutazione delle tecnologie.

Nell'esperienza internazionale l'"Unità per la valutazione delle tecnologie" si propone come supporto metodologico per ottimizzare le scelte e l'utilizzo di nuove tecnologie, pratiche cliniche efficaci, appropriate ed efficienti e per l'avvio di un processo di miglioramento continuo della qualità.

La funzione di Valutazione delle Tecnologie dovrebbe quindi poter assumere, a livello regionale e locale, un ruolo strategico nell'assetto organizzativo e funzionale nel processo di sincronizzazione e amplificazione delle "aspettative" di sviluppo della organizzazione sanitaria in linea con quanto previsto dal P.R.S.

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

L'offerta attuale

In Calabria al 1° gennaio 2002 risultano complessivamente 9695 posti letto, pari al 4,74 ogni mille abitanti; un leggero eccesso di disponibilità è dato dalla quota di letti ordinari per acuti (la [L. n. 405/2001](#) prevede, per gli acuti, quattro posti letto per mille abitanti), cui corrisponde un'analogo carenza di disponibilità a carico del day hospital e day surgery.

Vi è un deficit di offerta ancora nel settore riabilitativo, avendo solo una disponibilità dello 0,42 per mille abitanti, di cui il 50% è dedicato alla lungodegenza (cfr. anche tabella n. 4) (la succitata [L. n. 405/2001](#) prevede un posto letto di riabilitazione e lungodegenza ogni mille abitanti). È evidente altresì una spiccata disomogeneità nell'offerta di posti letto tra i diversi territori della Regione, con concentrazioni di alcuni specifici settori nelle aree urbane di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. L'utilizzo medio regionale dei posti letto è del 71% circa con notevoli disomogeneità per le varie discipline. Il rapporto tra offerta pubblica e privata è pari a 2:1.

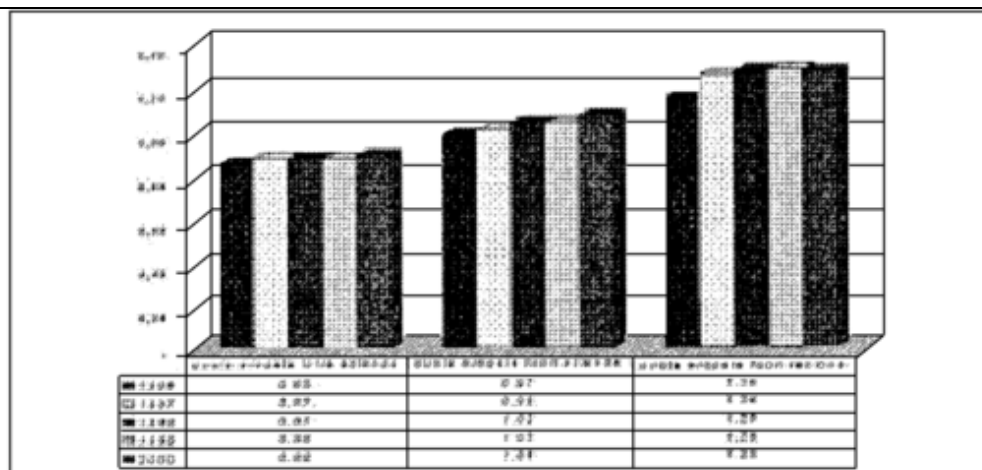
Per un'analisi compiuta dell'offerta, comprensiva degli indici di funzionalità delle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti nel territorio regionale, fino al dettaglio delle singole Unità Operativa, è opportuno rimandare a quanto esposto con maggiori particolari negli allegati n. 1 e n. 4 al presente P.R.S., negli stessi viene ampiamente trattata l'analisi della dinamica della domanda ospedaliera dal 1996 al 2001.

Valutazione della domanda e migrazione sanitaria

Il rilievo essenziale è quello dell'elevato tasso di ospedalizzazione (media regionale del 2000 pari a 231,42 x mille abitanti) che necessita di essere ricondotto agli standard di legge (160 x mille abitanti).

Azienda	1996	1997	1998	1999	2000	var 97-96	var 98-97	var 99-98	var 00-99
PAOLA	280,83	251,83	247,40	243,00	238,38	10,33%	-1,76%	-1,78%	-1,90%
CASTROVILLARI	246,16	237,34	239,19	229,76	243,50	-3,58%	0,78%	3,94%	5,98%
ROSSANO	208,81	217,91	221,08	225,42	240,38	5,37%	1,46%	1,96%	6,64%
COSENZA	202,16	209,02	218,14	225,22	223,93	3,40%	4,36%	3,24%	-0,57%
CROTONE	238,46	242,77	245,26	239,56	250,63	1,81%	1,02%	-2,32%	4,62%
LAMEZIA TERME	217,12	236,15	231,43	250,37	232,80	8,76%	-2,00%	8,18%	-7,01%
CATANZARO	199,82	209,87	220,36	225,24	217,75	4,93%	5,10%	2,21%	-3,33%
VIBO VALENTIA	196,77	201,13	216,00	216,78	210,99	2,21%	7,39%	0,36%	-2,67%
LOCRI	222,37	227,88	245,56	262,31	277,44	2,48%	7,76%	6,82%	5,77%
PALMI	172,94	200,00	219,66	207,57	220,98	15,65%	9,83%	-5,50%	6,46%
REGGIO CALABRIA	211,90	218,73	221,91	211,09	219,43	3,22%	1,46%	-4,88%	3,95%
TOTALE	214,42	220,48	227,55	228,18	231,42	2,83%	3,20%	0,28%	1,42%

Vi è una spiccata mobilità: nell'anno 2000 l'indice di fuga regionale è stato del 13%. Il peso medio della casistica per cui si migra è alto, in specie verso le altre regioni, riguardando una casistica più complessa di quella trattata in Regione (vedi figura).



Il valore economico corrispondente al movimento di malati verso altre regioni è stato nel 2000 di circa 342 mld di lire, contro un flusso in entrata di 43 mld. Il saldo passivo è stato dunque di ben 298 mld di lire.

I poli di attrazione rimangono alcune specialità nel territorio di Reggio Calabria (segnatamente l'attività di ematologia, nefrologia ed ortopedia), l'attività dell'Unità di Risveglio a Crotona e, in parte, l'attività stagionale e di confine nell'area di Paola.

La nuova rete ospedaliera

Alla luce delle considerazioni sinora fatte è necessario operare una riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Ciò presuppone un adeguamento anche dei posti/letto utilizzati delle Aziende Ospedaliere della Regione Calabria ai nuovi parametri fissati nella citata [L. n. 405/2001](#), il cui fabbisogno teorico vien di seguito riportato.

Tabella 9 - Standard posti letto per acuti e variazioni rispetto all'esistente ai sensi della [L. n. 405/2001](#).

Tipologia assistenziale	Posti letto pubblici esistenti	Posti letto privati esistenti	Totale posti letto esistenti	Standard (4 + 1 x 1000 ab.)	Letti da attivare o disattivare
Acuti	6.307	2.502	8.809	8.030	- 779
Lungodegenza e Riabilitazione	64	822	886	2.007	+ 1.021
Totale	6.371	3.324	9.695	10.037	

Ma un innovativo sistema di governo della rete ospedaliera non può limitarsi al solo adeguamento della rete agli standard definiti dalla [L. n. 405/2001](#) (riduzione dei posti/letto in eccedenza o trasformazione di questi in posti/letto per lungodegenti o di riabilitazione), ma deve intervenire anche con modelli diversificati (es. day hospital o day surgery - almeno il 10% dei posti letto per acuti, come previsto dalle norme vigenti), interventi presso i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, integrazione dei diversi livelli di assistenza, ecc.

Ed è proprio in quest'ottica che la Regione deve dare spazio, investendo anche rilevanti risorse economiche, alle strutture ospedaliere nelle quali sono già allocate specialità di rilievo, potenziandole, anche al fine di abbattere il più possibile il fenomeno negativo della mobilità sanitaria extraregionale che costituisce, allo stato, un fenomeno rilevante: in termini di spesa, nell'anno 2001 l'onere relativo è ammontato a circa 210 milioni di euro.

Segnatamente in alcune delle Aziende Sanitarie sarà necessario prevedere la costruzione di nuovi, moderni ospedali, in sostituzione di quei presidi ospedalieri esistenti ma obsoleti ovvero disomogeneamente distribuiti nel territorio è individuato l'Ospedale Unico della Sibaritide. Tale obiettivo diventa prioritario

all'interno della programmazione regionale. Le risorse rinvenienti sul secondo e terzo triennio dell'art. 20 ai sensi della [legge n. 67/1988](#) sono vincolate alla costruzione dell'ospedale unico. Inoltre si fa riferimento alle strutture ospedaliere della fascia tirrenica della Provincia di Cosenza e della Piana di Gioia Tauro. In queste aree dovrà essere previsto uno specifico intervento di investimento per la costruzione di nuovi presidi ospedalieri con fondi a carico dell'[art. 20 della legge n. 67/1988](#) in concomitanza di project financing e dell'utilizzo di fondi derivanti da dismissioni patrimoniali, fermo restando l'utilizzo di parte dei fondi di cui alla citata [legge n. 67/1988](#) per la messa a norma ed in sicurezza dei Presidi Ospedalieri in atto funzionanti.

Lo studio di questa ristrutturazione della rete ospedaliera trova una prima definizione nei documenti allegati all'accordo di programma stralcio del dicembre 2002, già trasmesso dal Ministero della Salute per il concerto con il Ministero dell'Economia. La Giunta regionale entro un anno dall'approvazione del P.R.S. provvederà al completamento dell'articolazione della rete ospedaliera, con riguardo alla distribuzione dei presidi nel territorio, alle loro caratteristiche edilizie, nel caso di utilizzo degli edifici ospedalieri già esistenti, ed alla dotazione impiantistica e tecnologica degli stessi, con particolare riguardo alla sicurezza e messa a norma, anche in considerazione del rischio sismico elevato presente nel territorio calabrese.

Ai fini di migliorare la qualificazione di centri di alta specializzazione e nell'obiettivo di ridurre la mobilità passiva le aziende ospedaliere potranno sperimentare attraverso la stipula di specifiche convenzioni forme di collaborazione con equipe o singoli specialisti, nel rispetto del rapporto costi-benefici.

Nello specifico, il "modello ospedaliero dipartimentale", soprattutto per l'azienda ospedaliera, costituisce la modalità organizzativa fortemente innovativa, purché sia basato su principi di flessibilità nell'utilizzazione delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione della funzione clinica e di quella igienico/organizzativa, sulla promozione della qualità dell'assistenza infermieristica (oggi in primo piano a seguito della riorganizzazione delle professioni sanitarie e sull'impegno ottimale di tutte le competenze impiegate nell'assistenza ospedaliera). In tal senso la Giunta regionale provvederà ad adottare specifici provvedimenti.

Il rinnovato assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale deve, inoltre, prevedere l'integrazione delle strutture ospedaliere con le strutture socio-sanitarie del territorio, al fine di garantire adeguate forme di continuità assistenziale alla collettività. Né può essere sottovalutata l'attivazione di forme di assistenza ospedaliera a domicilio, ad integrazione dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare erogata istituzionalmente dai Distretti.

Altro obiettivo del nuovo modello sanitario della Regione è individuato nella riorganizzazione della rete emergenza-urgenza che, date le caratteristiche geomorfologiche del territorio, dello stato della viabilità e della dislocazione abitativa, dovrà assicurare i sistemi di trasporto più idonei non solo per quanto riguarda l'accesso ai DEA regionali di secondo livello, ma anche per il trasporto, nelle diverse strutture sanitarie degli infermi che necessitano di cure specialistiche urgenti.

Nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera è ricompresa anche la revisione dei DEA di primo e di secondo livello, onde renderli il più possibile raggiungibili ed utilizzabili dalla popolazione. È superfluo sottolineare la necessità di potenziare, al contempo, le terapie intensive afferenti ai DEA.

A tale proposito deve essere salvaguardata la peculiarità delle zone montane già tutelata dalla normativa nazionale. A tal fine, i presidi ospedalieri di base ubicati in

zona montana, e cioè quelli di Acri, Oppido Mamertina, San Giovanni in Fiore, Serra San Bruno e Soveria Mannelli, per la loro specificità, per le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio in cui insistono, oltre alle funzioni proprie, svolgono anche le attività di degenza previste per i P.O. di base per acuti (medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pediatria) nonché le attività e le degenze specializzate attualmente esistenti, fermo restando la dimensione ottimale dei moduli prevista nel presente P.R.S. per l'attivazione delle strutture complesse.

Il P.O. di Mormanno, pur collocato in zona montana, continuerà a svolgere le funzioni di riabilitazione multispecialistica, intensiva ed estensiva con l'U.O. di "Riabilitazione Neuromotoria" e l'U.O. di "Medicina Clinica Riabilitativa Cardio Respiratoria", completato con ulteriore aggiunta di posti letto di Medicina e di Lungodegenza.

Contemporaneamente, dovrà attuarsi una riqualificazione urbanistica delle aree su cui attualmente insistono i presidi ospedalieri le cui condizioni strutturali e di conservazione non consigliano più la loro ristrutturazione perché troppo onerosa e non risolutiva.

Tabella 4 - Posti letto per acuti distinti per azienda, regime di erogazione e di tipologia di erogatore

Tabella 4 - Posti letto per acuti distinti per azienda, regime di erogazione e tipologia di erogatore.

Regione Calabria - Posti letto per acuti disponibili (anno 2001)

AZIENDE SANITARIE	In Presidi a gestione diretta		In Aziende Ospedaliere		In I.R.C.C.S - Policlinici Universitari		In istituti privati accreditati		Totale posti letto		Per mille abitanti	
	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.
101 - Paola	318	54	-	-	-	-	335	-	653	54	4,56	0,38
102 - Castrovillari	254	40	-	-	-	-	-	-	294	40	2,31	0,38
103 - Rossano Calabria	437	49	-	-	-	-	100	-	537	49	3,03	0,26
104 - Cosenza	68	20	739	77	89	-	525	-	1401	97	4,76	0,33
105 - Crotona	510	86	-	-	-	10	301	-	811	96	4,21	0,50
106 - Lamezia Terme	363	24	-	-	-	-	60	-	443	24	3,39	0,18
107 - Catanzaro	154	9	626	90	185	53	323	-	1288	152	5,07	0,61
108 - Vibo Valentia	516	2	-	-	-	-	40	-	556	2	3,17	0,01
109 - Locri	386	53	-	-	-	-	-	-	366	53	2,89	0,38
110 - Palmi	242	32	-	-	-	-	60	-	322	32	2,01	0,20
111 - Reggio Calabria	151	2	578	89	-	-	738	-	1.467	101	5,40	0,37
Totale regionale	3.429	371	1.943	268	235	63	2.502	-	8.109	700	3,97	0,34

Regione Calabria - Posti letto lungodegenza e riabilitazione (codice discipline 66, 60 e 75) (anno 2001)

AZIENDE SANITARIE	Lungodegenza		Recupero e riabilitazione funzionale		Neuro-riabilitazione		Totale posti letto riabilitazione		Per mille abitanti	
	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati
101 - Paola	-	-	-	30	-	-	-	30	-	0,21
102 - Castrovillari	18	-	28	-	-	-	44	-	0,40	-
103 - Rossano Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
104 - Cosenza	-	194	-	211	-	-	-	405	-	1,38
105 - Crotona	-	22	-	48	-	26	-	96	-	0,50
106 - Lamezia Terme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107 - Catanzaro	14	176	6	95	-	-	20	271	0,08	1,08
108 - Vibo Valentia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109 - Locri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 - Palmi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 - Reggio Calabria	-	-	-	20	-	-	-	20	-	0,07
Totale regionale	30	392	34	404	-	26	64	822	0,03	0,40

Regione Calabria - Posti letto per acuti disponibili (anno 2000)

AZIENDE SANITARIE	In Presidi a gestione diretta		In Aziende Ospedaliere		In I.R.C.C.S - Policlinici Universitari		In istituti privati accreditati		Totale posti letto		Per mille abitanti	
	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.	Ordinari	D.H.
101 - Paola	301	64	-	-	-	-	335	-	636	54	4,48	0,38
102 - Castrovillari	253	40	-	-	-	-	-	-	293	40	2,30	0,38
103 - Rossano Calabria	443	47	-	-	-	-	100	-	543	47	3,08	0,27
104 - Cosenza	68	20	736	78	89	-	525	-	1.398	96	4,75	0,33
105 - Crotona	510	86	-	-	-	10	301	-	811	96	4,21	0,50
106 - Lamezia Terme	387	22	-	-	-	-	60	-	447	22	3,42	0,17
107 - Catanzaro	154	9	642	81	138	34	323	-	1.295	124	5,01	0,48
108 - Vibo Valentia	516	2	-	-	-	-	40	-	558	2	3,18	0,01
109 - Locri	439	55	-	-	-	-	-	-	439	55	3,19	0,40
110 - Palmi	242	32	-	-	-	-	60	-	322	32	2,01	0,20
111 - Reggio Calabria	151	2	581	99	-	-	738	-	1.470	101	5,34	0,37
Totale regionale	3.464	369	1.939	258	205	44	2.502	-	8.112	649	3,97	0,33

Regione Calabria - Posti letto lungodegenza e riabilitazione (codice discipline 66, 60 e 75) (anno 2000)

AZIENDE SANITARIE	Lungodegenza		Recupero e riabilitazione funzionale		Neuro-riabilitazione		Totale posti letto riabilitazione		Per mille abitanti	
	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati	pubblici	privati
101 - Paola	-	-	-	30	-	-	-	30	-	0,21
102 - Castrovillari	18	-	28	-	-	-	44	-	0,40	-
103 - Rossano Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
104 - Cosenza	-	194	-	211	-	-	-	405	-	1,38
105 - Crotona	-	22	-	48	-	26	-	96	-	0,50
106 - Lamezia Terme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107 - Catanzaro	14	176	6	95	-	-	20	271	0,08	1,08
108 - Vibo Valentia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109 - Locri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
110 - Palmi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
111 - Reggio Calabria	-	-	-	20	-	-	-	20	-	0,07
Totale regionale	30	392	34	404	-	26	64	822	0,03	0,40

I nuovi livelli organizzativi ospedalieri

Sulla base di quanto finora esposto le funzioni proprie dei **presidi ospedalieri specializzati e di eccellenza**, sono appannaggio delle Aziende Ospedaliere "Annunziata" di Cosenza, "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria, e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro. Le Aziende Ospedaliere "Annunziata", "Pugliese-Ciaccio" e "Bianchi-Melacrino-Morelli", garantiscono altresì la funzione di Presidio specialistico per le Aziende Sanitarie in cui insistono.

I **presidi ospedalieri di base con attività specializzate**, rappresentano il riferimento per l'Azienda Sanitaria di appartenenza e sono sede di D.E.A. I **presidi ospedalieri di base** sono sede di Pronto Soccorso. Nelle tabelle che seguono viene indicato il fabbisogno in termini di posti letto per singola disciplina per tutto il territorio regionale. Esso viene determinato sulla base della domanda effettivamente espressa negli ultimi anni in termini di ospedalizzazione nei presidi intra ed extra-regionali di ogni tipologia, per tutti i regimi di ricovero, di tutte le discipline, assimilando il ricovero in day hospital al ricovero in regime ordinario. Successivamente, sulla base del numero degli abitanti per ogni macro area si è proceduto all'attribuzione dei posti letto per ogni disciplina sulla base della domanda espressa. Tale elaborazione è ovviamente suscettibile di revisione e aggiornamento in sede di programmazione in considerazione della costante evoluzione dei bisogni assistenziali in ogni Azienda Sanitaria.

Fatta tale determinazione sono stati poi attribuiti i posti letto di pertinenza dei presidi specializzati e di eccellenza, sia per le discipline ad elevata e media assistenza, con bacino d'utenza regionale o assimilabile, che per quelle di base riferibili all'area di ubicazione dell'Azienda Ospedaliera di pertinenza, ovvero di supporto all'attività specialistica.

Il passo successivo comporta l'attribuzione ai singoli presidi di ogni Azienda Sanitaria delle discipline spettanti, secondo i criteri già descritti nella definizione organizzativa proposta, che, comunque, dovrà tenere conto della traducibilità del fabbisogno, espresso come posti letto necessari per ogni disciplina, in Unità Operative funzionalmente complete e dimensionate in modo da essere capaci di esprimere la massima efficacia dell'intervento assistenziale in uno con la massima efficienza gestionale.

In tal senso l'attribuzione delle Unità Operative per ogni disciplina ai singoli Presidi Ospedalieri, che non potrà discostarsi dai criteri definiti nel presente P.R.S., sarà effettuata, su proposta dalla Azienda Sanitaria di appartenenza, dalle Aziende Sanitarie, previa approvazione da parte della Giunta regionale; analoga procedura sarà osservata per l'attribuzione di eventuali posti letto non assegnati alle Aziende Sanitarie in tale sede, siano essi di nuova attivazione ovvero ad attivazione differita. Questi ultimi costituiscono un pool di posti letto corrispondenti all'attuale quota di migrazione di pazienti fuori Regione; essi sono attivabili nelle singole aree a seguito di riduzione della mobilità extra-regionale ovvero all'attivazione di specifici programmi tendenti alla riduzione della stessa. Nel caso della necessità dell'attivazione di posti letto in termini di sottomultipli di moduli standard, i posti letto assegnati dovranno intendersi come facenti parte di un'aggregazione di tipo dipartimentale e giammai visti come Unità Operativa o comunque organizzativa autonoma.

Le Unità Operative potranno pertanto essere attivate di norma per moduli; i mezzi moduli possono essere attivati unicamente se associati a contestuale responsabilità di un servizio senza degenza afferente alla stessa disciplina (ad es. Astanteria e Pronto Soccorso, Nefrologia e Dialisi, Ematologia e discipline affini). La dimensione che, di norma, deve assumere il modulo per le discipline è la seguente:

Discipline di base	32
Discipline ad elevata e media assistenza - Medicina d'urgenza, accettazione e pronto soccorso (area medica) - Chirurgia d'urgenza, accettazione e pronto soccorso (area chirurgica)	20
Terapie intensive	6-8
Psichiatria (SPDC)	Max 16
Geriatria, Gastroenterologia, urologia	20
Oncologia - Radioterapia	8
Cardiochirurgia, Chirurgia maxillo-facciale, plastica, toracica, vascolare	10
Oculistica - Otorinolaringoiatria	10

È evidente inoltre come il fabbisogno in termini di posti letto corrisponda in realtà, per ogni singola disciplina, all'entità di prestazioni di ricovero necessarie per il territorio di riferimento.

Tra i servizi attivati nei presidi ospedalieri della Regione è presente anche l'unità operativa "camera iperbarica" ubicata presso l'Azienda Sanitaria di Palmi.

Tabella 5 - Fabbisogno regionale di posti letto

Tabella 5 - Fabbisogno regionale di posti letto

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO PER SINGOLA DISCIPLINA								
AREA FUNZIONALE OMOGENEA	TIPOLOGIA	C O D	DISCIPLINA	posti letto effettivamente occupati (1)	posti letto necessari	posti letto assegnati ai singoli territori (2)	% posti letto utilizzata per attività fuori regione	% posti letto utilizzata per attività presso privati
MEDICA	ELEVATA ASSISTENZA	24	Malattie infettive e tropicali	63	125	120	7,51%	0,00%
		40	Pneumologia (3)	130	200	191	5,66%	5,27%
		08	Cardiologia	316	370	323	16,56%	38,12%
	MEDIA ASSISTENZA	18	Ematologia	44	72	66	12,91%	3,00%
		##	Ematologia con trapianto	-	20	20		
		##	Oncematologia pediatrica	-	10	10		
		29	Nefrologia	57	66	65	39	0,00%
		##	Emodialisi	-	440	440		
		32	Neurologia	189	200	193	16,56%	18,42%
		64	Oncologia	52	100	100	34,23%	0,00%
		70	Radoterapia	12	30	26	32,43%	3,55%
	SPECIALITÀ DI BASE	01	Allergologia (4)	8	10	10	41,04%	46,28%
		51	Azienda	29	80	80	4,16%	0,30%
		51	Medicina d'urgenza	-	120	120		
		52	Dermatologia	61	75	57	31,53%	0,98%
		58	Gastroenterologia	54	75	75	20,82%	15,99%
		21	Geriatra	225	250	250	3,20%	5,90%
		19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	28	60	56	68,33%	27,00%
		26	Medicina generale	1.538	1.400	1.272	8,34%	21,17%
		58	Pneumologia	212	200	200	10,36%	0,00%
		71	Reumatologia	76	50	38	15,80%	69,70%
CHIRURGICA	ELEVATA ASSISTENZA	07	Cardiologia	51	55	20	68,23%	7,65%
		48	Nefrologia (ablit. trapianto rene)	23	40	40	22,49%	0,00%
		30	Neurochirurgia	80	90	74	19,84%	0,69%
	MEDIA ASSISTENZA	10	Chirurgia maxillo-facciale	12	17	16	12,06%	29,04%
		12	Chirurgia plastica	4	15	14	37,46%	1,32%
		13	Chirurgia toracica	20	44	40	19,71%	0,34%
		14	Chirurgia vascolare	37	49	40	23,36%	8,53%
	SPECIALITÀ DI BASE	09	Chirurgia generale	1.129	1.000	938	9,06%	25,03%
		09	Chirurgia d'urgenza	-	140	140		
		34	Oculistica	151	170	161	11,34%	41,69%
		36	Ortopedia e traumatologia	687	577	544	11,80%	25,47%
		38	Otorinolaringoiatria	135	180	174	16,58%	8,17%
		43	Urologia	159	185	180	18,63%	7,60%
INTENSIVA	INTENSIVA	49	Terapia intensiva	44	120	116	8,72%	0,00%
		50	Unità coronarica	54	144	144	3,31%	0,49%
		73	Terapia intensiva neonatale	14	33	32	6,82%	0,94%
MATERNO INFANTILE	ELEVATA ASSISTENZA	62	Neonatalogia	86	90	90	2,19%	6,73%
		11	Chirurgia pediatrica	34	40	37	9,65%	0,81%
	MEDIA ASSISTENZA	33	Neuropsichiatria infantile	10	10	-	103,24%	1,61%
		39	Pediatra	255	253	231	7,37%	2,07%
SPECIALITÀ DI BASE	37	Distrettoria e ginecologia	602	600	571	4,82%	21,47%	
SPECIALITÀ INDISTINTE (5)				193	228	450	0,67%	0,36%
TOTALE POSTI LETTO				6.874	8.030	7.735	10,52%	17,21%

(1) - L'utilizzo è stato verificato con l'effettiva occupazione dei posti letto nel quadriennio 1997-2000, con il tasso di specializzazione effettivo registrato ogni anno, comprendendo i ricoveri fuori regione.

(2) - Per ogni disciplina una quota non inferiore al 10% dei posti letto è da intendersi in day hospital o in day surgery.

(3) - Il parametro dei posti letto è di 1 ogni 10.000 abitanti, compres. SPOC e day hospital attivati o da attivare presso i CSM.

(4) - Solo in day hospital.

(5) - Nelle specialità indistinte sono previsti altresì i posti letto per le singole discipline finalizzati alle attività di distrettoria.

Tabella n. 7

AREA FUNZIONALE OMOGENEA	C O D	discipline ad elevata e media assistenza ovvero di riabilitazione intensiva	C O D	discipline di base ovvero di riabilitazione estensiva e lungodegenza	posti letto ad attivazione differita	aziende ospedaliere		
						Cosenza	Catanzaro	Raggio Calabria
MEDICA	24	Malattie infettive			5	20	20	20
	40	Psichiatria			8	16	16	16
	08	Cardiologia			-	20	20	20
	18	Ematologie			-	8	20	30
	18	Ematologie con trapianto			-	-	-	20
	65	Oncematologia pediatrica			-	-	10	-
	29	Nefrologia			-	-	12	-
	48	Nefrologia (es. trapianto)			-	20	-	20
	54	Emodialisi			-	40	40	40
	30	Neurologia			12	26	22	24
	64	Oncologia			-	12	12	12
	70	Radioterapia			4	9	5	9
			01	Alloggio	3	2	3	1
			51	Assistenza	-	-	-	-
			51	Medicina d'urgenza	-	20	20	20
			52	Dermatologia	21	11	12	15
			58	Gastroenterologia	-	20	20	20
			21	Geriatrica	-	32	32	32
			19	Endocrinologia e diabetologia	9	8	8	8
			26	Medicina generale	24	106	61	96
		48	Pneumologia	-	64	32	32	
		71	Rumologia	12	10	10	10	
CHIRURGICA	07	Cardiochirurgia			-	10	-	10
	20	Neurochirurgia			-	21	22	21
	10	Chirurgia maxillo-facciale			-	-	6	-
	12	Chirurgia plastica			-	-	10	-
	13	Chirurgia toracica			-	10	10	10
	14	Chirurgia vascolare			-	10	10	10
			09	Chirurgia generale	33	90	64	32
			08	Chirurgia d'urgenza	-	20	20	20
			34	Oculistica	12	12	10	10
			26	Ortopedia e traumatologia	-	32	32	32
		38	Otorinolaringoiatria	6	24	20	22	
		43	Urologia	13	24	20	22	
INTENSIVA	49	Terapia intensiva (*)			4	17	14	16
	50	Unità coronarica (**)			-	20	16	18
	73	Terapia intensiva neonatale			-	8	8	8
MATERNO-INFANTILE	62	Neonatalogia			-	13	11	12
	11	Chirurgia pediatrica			-	19	19	-
	33	Neurochirurgia infantile			10	-	-	-
	39	Pediatria			15	24	26	20
		37	Obstetrica e ginecologia	12	38	58	35	
LUNGODEGENZA E RIABILITATIVA	28	Unità spinale			-	-	-	-
	75	Unità gravi parabrachiolesioni			-	-	-	-
	75	Unità di risveglio			-	-	-	-
	86	Recupero e riabilitazione funzionale			-	32	32	32
			80	Lungodegenza (**)	-	-	-	-
		80	Hospice	-	-	-	-	
		80	Lungodegenza	-	-	-	-	
Specialità indistinte (1)					450	-	-	-
TOTALE POSTI LETTO					653	858	806	783

(1) posti letto finalizzati all'attività didattica

(**) In presenza di attività chirurgica significativa dovranno essere attivate recovery room presso le AA.OO. e nel P.O. maggiori

(***)ivi compresi 6 p.l. di emodinamica e cardiologia interventistica presso le UTIC dello A.O. e 2 p.l. anestetici presso le UTIC del P.O. maggiori

(*) I posti letto dell'Azienda comprendono quelli destinati all'attivazione del Trauma Center regionale e derivanti dal recupero dalla mobilità extra-regionale

(***) quota parte di posti letto della disciplina nei cui contesti può essere esercitata l'attività di riabilitazione estensiva ospedaliera prevista dal PRS

Tabella 8 - Posti letto assegnati alle Aziende Sanitarie (23)

Gli standard di riferimento sono vincolanti per l'accreditamento. Per la definizione dei piani preventivi ed ai fini degli accordi contrattuali con i soggetti erogatori accreditati valgono i limiti fissati annualmente dalla Giunta regionale con le indicazioni di programmazione sanitaria. L'eventuale violazione dei limiti suddetti comporta la nullità degli accordi contrattuali definiti e, per la parte eccedente, la conseguente responsabilità, a titolo personale, di coloro che li hanno sottoscritti.

I **presidi ospedalieri già ultimati e mai attivati**, compresi quelli in corso di ultimazione (Scalea, Cassano, Mesoraca, Pizzo Calabro, Rosarno, Nicotera) lo potranno essere solo per attività territoriali o distrettuali ovvero residenziali o semi-residenziali; la loro eventuale attivazione quale Presidio Ospedaliero potrà avvenire esclusivamente nel quadro di programmi di sperimentazione gestionale di cui all'[art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modifiche ed integrazioni specificamente promossi dalla Giunta regionale, ovvero esclusivamente per le discipline di riabilitazione e lungodegenza.

La rete dell'eccellenza e di alta specializzazione e di ricerca

Sono stati sottoscritti un protocollo di intesa tra Ministero della Salute e Regioni Sicilia e Calabria (24 febbraio 2002) ed un altro protocollo tra Ministero della Salute, Regione Calabria, Provincia di Catanzaro, Comune di Catanzaro, Università della Magna Grecia (5 giugno 2002).

Il protocollo del 24 febbraio 2002, per la Calabria, mette in evidenza la necessità di contribuire allo sviluppo della rete dei servizi sanitari attraverso la realizzazione di "Centri di eccellenza", uno dei quali era ulteriormente caratterizzato nel protocollo del 5 giugno quale Centro di Eccellenza Oncologico Germaneto, essendo gli altri sviluppo naturale dell'attività in parte già operanti e da sviluppare anch'esse quali Centri di Eccellenza, rispettivamente per l'Ematologia e la Nefrologia in Reggio Calabria e per le Neuroscienze in Crotona, stante l'esistenza in detta località dell'Istituto Sant'Anna in cui è attiva l'Unità di Risveglio dal coma e la specifica attività di riabilitazione dei cerebrolesi. Le disposizioni dell'[art. 21 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29](#), inoltre, prevedono un mandato specifico alla Giunta regionale per gli interventi relativi al Polo Oncologico e finalizzato allo sviluppo quale I.R.R.C.S. e per la destinazione del complesso di Girifalco, da individuare quale Centro rivolto alle Scienze Motorie.

Le strutture di cui sopra al fine di confermare la propria individuazione quale Centro di Eccellenza dovranno possedere i requisiti che saranno individuati nell'ambito della specifica linea prioritaria di attività di cui all'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (repertorio atti n. 1812), sottoscritto in attuazione del PSN 2003-2005.

L'individuazione dei requisiti citati dovrà comunque avvenire nel rispetto dei seguenti criteri:

1. l'attività delle strutture deve rispondere a specifiche esigenze di salute dei cittadini;
2. essere allocate di preferenza nelle aziende ospedaliere;
3. corrispondere ad attività il cui bacino di utenza potenziale è comunque di livello regionale;
4. avere una rilevante capacità di attrazione extra-regionale e, comunque, avere un'attività specifica che non comporta migrazione per patologie attinenti alla disciplina superiori alla capacità produttiva;

5. possedere una casistica di peso superiore alla media regionale per la disciplina negli ultimi tre anni di attività;

6. per le discipline chirurgiche, avere un tasso di mortalità e di reintervento compresi negli standard previsti per le best practice della disciplina; tale criterio, limitatamente alla mortalità, deve essere rispettato anche per le discipline mediche che comportino trattamento intensivo o sub-intensivo.

Gli stessi requisiti dovranno essere posseduti da qualsiasi altra struttura erogatrice che ambisca all'individuazione quale "Centro di eccellenza".

Il riconoscimento di cui sopra è compiuto dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione Consiliare, che dovrà essere perentoriamente espresso entro 30 gg dalla richiesta.

Al fine di favorire in tal senso lo sviluppo delle strutture del S.S.R., la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse previste per il finanziamento degli obiettivi di PSN 2003-2005 destinerà, per il triennio di validità del presente P.R.S., una percentuale non inferiore al 10 % delle stesse.

Inoltre, presso le Aziende Ospedaliere Bianchi - Melacrino - Morelli di Reggio Calabria ed Annunziata di Cosenza sono da tempo operanti UU.OO. e linee di attività con competenze avanzate oltre che sul versante clinico-assistenziale anche dal punto di vista scientifico. Ci si riferisce in particolare rispettivamente per Reggio Calabria al Centro di Trapianto per il Midollo Osseo, al Centro per le epilessie, alle UU.OO. di Nefrologia e di Oncologia e per Cosenza all'attività del Polo pediatrico (neonatologia, terapia intensiva neonatale, chirurgia pediatrica e pediatria) e quella finalizzata allo sviluppo dei trapianti di fegato. È necessario allora garantire il sostegno delle citate attività oltre al loro sviluppo, favorendo nel contempo l'incremento dell'integrazione con le altre UU.OO. aziendali. Ciò anche nella considerazione dell'alto valore aggiunto che le attività di ricerca comportano per l'assistenza sanitaria.

A tal fine si sono istituiti i Centri di Ricerca Clinico-Assistenziale presso le Aziende Ospedaliere di Reggio Calabria e Cosenza. Gli stessi sono retti da un Comitato Tecnico-Scientifico, composto dai Responsabili delle UU.OO. afferenti, direttamente dipendente dalla Direzione Aziendale, con autonomia di budget ai fini della ricerca, la cui composizione e il funzionamento vengono disciplinati dall'Atto Aziendale di cui al presente P.R.S.

Annualmente la Giunta regionale, oltre a determinare il finanziamento dei suddetti Centri sulla base dei programmi di attività presentati dai rispettivi Responsabili Scientifici, destina, complessivamente una quota del FSR non superiore allo 0,3%, per specifici progetti di ricerca cui potranno accedere, previo apposito bando, le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ovvero gli altri soggetti pubblici e/o privati del territorio regionale interessati alla ricerca in campo clinico-assistenziale.

È istituito il "Centro regionale integrato di cardiocirurgia" con sede centrale a Catanzaro ed articolato nelle sezioni territoriali di Reggio Calabria e Cosenza. Esso è formato dalle UU.OO. di cardio-chirurgia ubicate presso il S. Anna Hospital di Catanzaro, le Aziende Ospedaliere Mater Domini (CZ), Annunziata (CS) e Bianchi-Melacrino-Morelli (RC), che funzionano quale centro regionale unico in rete. Lo stesso, oltre ad espletare l'attività chirurgica di elezione propria di ognuna unità operativa costituente, garantisce, con tutte le sue articolazioni territoriali, lo stand-by cardio-chirurgico di supporto alle attività di emodinamica e cardiologia interventista presenti nel S.S.R. La Giunta regionale, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del P.R.S., approva apposito regolamento finalizzato alla definizione

dell'assetto organizzativo e del funzionamento del Centro, con particolare riguardo alle modalità di accesso dei pazienti ed ai collegamenti a monte e a valle del percorso assistenziale (con il sistema emergenza-urgenza e le terapie intensive ed UTIC dei P.O. regionali).

La Lungodegenza e la Riabilitazione

Lo sviluppo dei servizi di assistenza in regime di ricovero per Lungodegenza e Riabilitazione costituisce un complemento essenziale del programma di riqualificazione della rete ospedaliera e di riduzione dei posti letto per acuti sotto la soglia del 4 x 1000. Lo standard programmatico per questa tipologia di prestazioni è fissato a livello nazionale nel parametro di 1 posto per 1.000 abitanti, ma si tratta di un parametro che deve essere interpretato a livello regionale in rapporto all'effettivo sviluppo dei posti letto ospedalieri per acuti e della estensione e specializzazione della rete dei servizi residenziali.

In Calabria si registra un'offerta di posti letto per acuti che, nonostante la forte mobilità passiva extra-regionale (circa il 25-30%), è sostanzialmente in linea con la media nazionale (4,75 x 1.000 abitanti) ma è superiore alla media nazionale per quanto attiene le specialità di base ed inferiore ad essa per le specialità a media ed elevata assistenza. L'attività ospedaliera appare caratterizzata da indici di case-mix medio/bassi (0,980 per i ricoveri ordinari), da un diffuso utilizzo del ricovero ospedaliero per DRG ad elevato rischio di inappropriatazza e comunque da una durata media della degenza, per i DRG più rappresentativi, significativamente più elevata della media nazionale. Si registra peraltro che la rete dei posti letto formalmente classificati come "lungodegenza e riabilitazione" è abbastanza diffusa, con un indice di 0,42 posti letto per 1.000 abitanti (contro una media nazionale di 0,49 x 1.000), di cui circa il 50% di lungodegenza e l'altro 50% di riabilitazione. L'offerta di questa tipologia di servizi risulta quindi sottodimensionata, e lo è specialmente se consideriamo che dei 454 letti di riabilitazione che risultano attualmente accreditati quasi il 90% (396) sono in realtà letti di riabilitazione estensiva, destinati per lo più a pazienti cronici. Appare molto carente, quindi, una rete di riabilitazione post-acuzie intensiva, destinata al trattamento, nella fase successiva l'evento acuto, delle più frequenti patologie invalidanti dell'adulto (lesioni midollari da traumi o da altre cause, traumi cranici, ictus cerebrali, etc.).

Sulla base di questa analisi si evidenzia la necessità di qualificare l'offerta di posti letto di riabilitazione prevedendo in particolare posti letto di riabilitazione intensiva. Anche per quanto attiene la lungodegenza si ravvisa la necessità di un forte aumento dell'offerta, realizzando unità di questo tipo sia nei grandi ospedali che in piccoli ospedali o strutture in riconversione ovvero nelle strutture afferenti al privato sociale (ONLUS), con priorità nei confronti delle strutture con più di 80 p.l. ed esperienza ultra decennale che chiedono riconversione nello stesso settore della lungodegenza.

Passando alle scelte operative si ritiene di dover fissare lo standard programmatico di riferimento nella misura di 1 posto letto ogni 1.000 abitanti (0,5 per la riabilitazione), prevedendo tuttavia un progressivo raggiungimento di questo livello di offerta. In particolare, stante la sostanziale indisponibilità di risorse, tutti i nuovi posti letto di lungodegenza e riabilitazione potranno essere attivati solo dopo che si sarà avviato il processo di riconversione di un numero almeno pari di posti letto per acuti.

Uno standard di questo tipo necessita inoltre di specifici approfondimenti in ordine alla distribuzione geografica, alla specifica tecnica delle prestazioni erogate, ed all'opportunità di realizzarle all'interno di strutture ospedaliere o di presidi extra-ospedalieri, mantenendo fermi gli obiettivi di cura propri dello specifico livello

assistenziale. La scelta di localizzare questi servizi all'interno degli ospedali per acuti trova una motivazione nel garantire la migliore fruibilità dei servizi diagnostici e delle consulenze specialistiche multiprofessionali. Tuttavia l'effettiva necessità di una localizzazione di questo tipo è circoscritta ai servizi di alta specializzazione, ove sia previsto un intervento riabilitativo già nella fase acuta, e comunque in condizioni di instabilità clinica tali da richiedere il continuo contatto con i reparti clinici specialistici di riferimento.

Appare peraltro evidente che è sconsigliabile prevedere moduli di degenza a lungo termine, che necessitano di ampi spazi interni ed esterni e di particolari modalità di organizzazione della giornata e delle occasioni relazionali, in strutture ospedaliere concepite ed organizzate per interventi mirati, selettivi, di breve durata e di elevata complessità tecnologica e specialistica.

Nella realtà la localizzazione di questa tipologia di servizi dentro o fuori l'Ospedale per acuti, andrà valutata caso per caso, in rapporto alla vocazione del servizio, alle condizioni strutturali ed organizzative del complesso, ai percorsi assistenziali in esso attivati, garantendo comunque un'equilibrata distribuzione territoriale dei servizi tra complessi ospedalieri con caratteristiche idonee e strutture esterne specializzate, in grado di garantire i necessari supporti diagnostici e specialistici ed in ogni caso il collegamento operativo con i servizi ospedalieri di primo intervento.

Sulla base di queste valutazioni, in considerazione dell'eccesso di strutture ospedaliere attualmente operanti in Calabria, nella realizzazione dei nuovi posti letto di lungodegenza e riabilitazione, priorità assoluta andrà riservata alla riconversione di presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto attualmente attivi.

Nella tabella seguente sono presentati gli standards programmatori previsti per la Lungodegenza e Riabilitazione, questi rappresentano obiettivi programmatori a medio-lungo termine, da attuarsi in parallelo con la riconversione di un numero di posti letto per acuti nelle misure già indicate.

Tipologie riferite alla Lungodegenza:	Indice	Posti letto
- Lungodegenza post-acuzie	0,44	883
- Hospice	0,06	120
Totale lungodegenza	0,50	1.003
Tipologie riferite alla Riabilitazione:	Indice	Posti letto
ALTA SPECIALITÀ - (0,025)		
- Unità spinale	0,010	10
- Unità gravi cerebromielolesioni	0,010	20
- Unità pravi disabilità per l'età evolutiva (°)	0,005	10
- Unità di Risveglio	0,005	10
RIABILITAZIONE INTENSIVA		
- Riabilitazione intensiva	0,18	352
RIABILITAZIONE ESTENSIVA		
- Riabilitazione estensiva disabili	0,30	602
Totale riabilitazione	0,50	1.004
TUTTE LE TIPOLOGIE	1,00	2.007
NOTA - Obiettivi programmatori a medio-lungo termine da attuarsi in parallelo alla riconversione di un numero almeno pari di posti letto per acuti.		

La lungodegenza post-acuzie

La Lungodegenza post acuzie è un'attività di ricovero caratterizzata dalla gestione a breve-medio termine di pazienti con quadri clinici post-acuti e non stabilizzati, che necessitano di cure mediche, infermieristiche e di assistenza alla persona.

Lo standard programmatico di 0,5 posti letto per 1000 abitanti deve ricomprendere anche i posti letto per servizi di "Hospice" (con un tasso di 0,06 pari a 120 p.l.). La restante quota di posti letto (883) andrà realizzata in modo equilibrato nel territorio regionale scegliendo idonee localizzazioni all'interno degli ospedali di rete, in case di cura private o in ospedali soggetti a programmi di riconversione ovvero in strutture del privato sociale ONLUS già accreditate e dotate di adeguati servizi diagnostici e specialistici del settore della lungodegenza da più di dieci anni. È essenziale che i servizi di lungodegenza si caratterizzino in modo netto rispetto ai reparti di Medicina Generale, con un forte orientamento all'assistenza infermieristica ed alla gestione clinica delle polipatologie di carattere geriatrico.

La riabilitazione

I Servizi di Riabilitazione sono costituiti da un complesso setting di attività che ha l'obiettivo di garantire il massimo recupero funzionale e socio-relazionale, a soggetti affetti da menomazioni e limitazioni funzionali congenite od acquisite. Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è l'individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato mediante una successione di prestazioni specialistiche mirate e coordinate, anche a valenza multidisciplinare.

Lo standard programmatico della riabilitazione è fissato in 0,5 posti letto per 1000 abitanti (1004 p.l.). I servizi di degenza riabilitativa, come dettagliato nella premessa, saranno realizzati presso strutture ospedaliere per acuti o presso strutture specializzate esterne (accreditate come tipologie ospedaliere), in rapporto alla specificità ed alle finalità del servizio erogato oppure in Centri di Riabilitazione del privato sociale ONLUS già accreditate come strutture residenziali da almeno dieci anni e dotate di comprovata esperienza nel settore e di documentata attività di ricerca scientifica. Le strutture di cui sopra possono riconvertire parte dei posti letto in riabilitazione intensiva ospedaliera. Gli interventi riabilitativi sono usualmente classificati in tre principali tipologie:

1. Servizi Riabilitativi di Alta Specialità
2. Riabilitazione intensiva
3. Riabilitazione Estensiva

Tra i servizi di Alta Specialità (tasso 0,020 X 1000) sono classificati:

1. l'Unità Spinale (USP) da realizzarsi presso il polo regionale dell'emergenza (p.l. 10)
2. l'Unità per gravi cerebromielolesioni (UNI) (p.l. 20)
3. l'Unità di Risveglio (URI) (p.l. 10)
4. l'Unità per le gravi disabilità per l'età evolutiva (p.l. 10)
5. l'Unità di Riabilitazione intensiva Cardiochirurgia (URIC) (p.l. 8), specializzata nella gestione complessa del paziente cardiocirurgico, nell'immediato post-operatorio;

L'unità spinale gestisce il paziente nella fase di acuzie e di immediata post-acuzie, realizzando interventi riabilitativi precoci e definendo il successivo percorso riabilitativo, fino all'auspicato reinserimento sociale e lavorativo, da compiersi presso strutture esterne funzionalmente collegate e comunque impegnate nello sviluppo di protocolli comuni sotto il costante monitoraggio dell'unità spinale stessa. L'individuazione del polo regionale dell'emergenza, strutturato con elisoccorso,

"trauma center", neurochirurgia, terapia intensiva, diagnostica di terzo livello e tutti i servizi di alta specialità, è nella Azienda Sanitaria di Lamezia Terme.

L'unità per gravi cerebrolesioni è un'unità specialistica riabilitativa di terzo livello rivolta alla gestione del paziente con terapia intensiva specialistica, in fase post-acuta, di gravi lesioni cerebrali (traumatiche, vascolari, metaboliche) con un approccio multidisciplinare sistemico. L'Unità di Risveglio e gravi cerebrolesioni, in atto accreditata nell'area di Crotona, è un'unità specializzata nella gestione complessa e stimolazione neuro-psico-sensoriale di pazienti con diagnosi di recente stato di coma, nell'obiettivo di realizzare le migliori condizioni per l'uscita dal coma ed il recupero delle funzioni cognitive e motorie; per tali finalità assistenziali con priorità possono essere attivati ed accreditati, sulla base della disciplina previgente, anche in presidi funzionalmente collegati, nuovi posti letto nei limiti delle previsioni di cui al presente P.R.S., nonché posti letto per la lungodegenza ospedaliera specializzata e riabilitazione intensiva ospedaliera, in misura non superiore all'indice di 0.015 x mille ab. su base regionale per ciascuna branca (pari a 30 p.l. per branca).

I servizi di Riabilitazione intensiva (tasso 0,180 X 1000) saranno sviluppati fino ad un massimo di 352 posti letto, preferibilmente presso ospedali, pubblici o privati accreditati, in riconversione e comunque secondo un criterio che garantisca il loro miglior collegamento con i principali ospedali. I servizi di Riabilitazione Estensiva (tasso 0,30 X 1000) potranno essere progressivamente incrementati fino ad un massimo di 602 posti letto, che saranno distribuiti in modo da garantire un rapporto più equilibrato tra diverse province, anche questi, preferibilmente, presso Ospedali in riconversione, ovvero in strutture del privato sociale ONLUS già accreditate dotate di comprovata esperienza nel settore e di documentata attività di ricerca scientifica nonché di servizi diagnostici e specialistici del settore.

La rete per l'emergenza-urgenza

Premessa

Non si può parlare di Sistema di Emergenza Regionale senza fare preciso riferimento al Piano Sanitario Nazionale predisposto a cura del Ministero della Salute per il periodo 2003-2005 che fra i progetti obiettivo ne comprende uno specificamente dedicato al potenziamento dei servizi di urgenza-emergenza, basato su tre capisaldi:

- Riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei DEA.
- Integrazione, in rete, delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del traumatizzato e del malato critico.
- Integrazione del territorio con l'Ospedale.

Nell'ambito del progetto, il trasporto infermi diventa necessariamente il cardine, il punto nodale per il buon funzionamento dell'organizzazione dedicata all'emergenza, dovendo assicurare il raccordo tra le diverse componenti del Sistema che deve essere "centrato sulla persona" per assicurare ad ogni cittadino, in difficoltà dal punto di vista sanitario, una organizzazione protettiva che lo segua responsabilmente attraverso tutto il percorso assistenziale, fin dall'approccio, assicurando che la risposta sanitaria sia costruita e calibrata sulle reali necessità dell'utente.

Il Sistema emergenza sanitaria

Che il Sistema Emergenza Sanitaria (S.E.S.) debba essere "centrato sulla persona" lo si evince dalla definizione stessa di emergenza, con il quale termine s'intende "qualunque circostanza che si presenti in modo improvviso e con caratteristiche tali da provocare conseguenze critiche, talora gravi, per la salute degli individui che ne restano coinvolti".

Due caratteristiche, quindi, connotano lo stato d'emergenza:

1. occasionale gravità,
2. costante criticità.

Appare chiaro, dalla definizione, l'imperativo di agire finalizzando il proprio operato ad evitare che le condizioni delle persone soccorse da critiche divengano gravi, di agire nel minor tempo possibile, di agire tenendo conto delle condizioni ambientali e delle risorse disponibili in termini di presidi, di attrezzature e di uomini.

Tutto ciò, naturalmente, obbliga ad individuare priorità, a definire comportamenti ed ad elaborare protocolli per la gestione e la classificazione degli interventi assistenziali, utilizzando codifiche e terminologie standardizzate non suscettibili di ambiguità operative; i protocolli debbono tenere conto dell'apparente livello di gravità dell'affezione apparentemente dominante, della complessità tecnica ed organizzativa dell'intervento terapeutico da effettuare e del numero dei soggetti da assistere.

A tal proposito, vale la pena ricordare che si parla, schematicamente, di:

- monoemergenza se coinvolge un solo individuo
- macroemergenza se, interessando aree territoriali ristrette, coinvolge piccoli gruppi di individui
- maxiemergenza se, interessando vaste aree geografiche, coinvolge un gran numero di individui.

A differenza degli anglosassoni che utilizzano un unico termine, "Emergency" per indicare le condizioni critiche e quelle gravi, noi utilizziamo due termini presi in considerazione e validati dal Consiglio Superiore di Sanità che li ha definiti, in un parere espresso il 2 dicembre 1992, come:

- Urgenza urgenza differibile, si ritiene l'urgenza reale, senza pericolo di vita;
- Emergenza - urgenza indifferibile, si ritiene sussistere immediato pericolo di vita.

Questa schematizzazione è alla base di documenti ufficiali tra i quali si deve ricordare il Piano Sanitario Regionale della Regione Calabria 1995/1997 che definisce:

- "Urgenza": condizione clinica che coinvolge individui colpiti da processi patologici per i quali, pur non esistendo immediato pericolo di vita, è tuttavia necessario adottare, entro breve tempo, l'opportuno intervento terapeutico.
- "Emergenza": condizione clinica che coinvolge individui che necessitano di immediato ed adeguato intervento terapeutico anche con ricorso a mezzi speciali di trattamento.

Un intervento di soccorso qualificato, appare evidente, necessita di adeguati mezzi di soccorso, muniti di attrezzature finalizzate ed efficienti, intendendo per mezzo di soccorso "un mezzo mobile dedicato al trasporto immediato e rapido di équipes ed equipaggiamento sanitario, sangue ed emoderivati".

Importante e condizionante per un intervento di soccorso sanitario sono l'estensione, il tipo e lo stato della rete viaria, il tipo e l'entità del traffico che vi insiste, il numero, la tipologia e lo stato d'uso dei mezzi di trasporto, il personale, la disponibilità e la preparazione specifica di questo nonché l'idoneità del mezzo alla problematica da risolvere.

Il sistema di trasporto infermi non riguarda il semplice trasporto di persone bisognose di cure da un luogo all'altro ma si prefigge un duplice obiettivo:

1. assicurare assistenza sanitaria qualificata e con mezzi adatti, erogata da personale particolarmente esperto, sul luogo stesso di insorgenza di uno stato di emergenza sanitaria di origine traumatica o non traumatica, seguita da trasporto, in tempo breve, in ambiente ospedaliero, il cosiddetto "Intervento primario"

2. permettere il trasferimento rapido di pazienti da Ospedale ad Ospedale, ovvero da un Presidio meno attrezzato da un punto di vista diagnostico e terapeutico ad altro luogo di cura più adatto, fornendo "in itinere" tutta l'assistenza necessaria, il cosiddetto "intervento secondario".

Situazione ambientale

La Calabria, compresa tra due mari, Ionio e Tirreno, è la Regione che presenta il massimo sviluppo costiero, 780 Km, pari al 19,1% del perimetro costiero nazionale, idealmente divisa in due zone, settentrionale e meridionale, dalla stretta lingua di terra compresa tra il golfo di Squillace e quello di S. Eufemia, è occupata ed attraversata in senso longitudinale da catene montuose, serre ed altopiani, che ne hanno reso difficoltosi e costosi i collegamenti stradali in senso trasversale tra i due mari.

A nord è presente il massiccio del Pollino cui fa seguito verso sud la criniera appenninica con la Sila, il Reventino, le Serre e l'Aspromonte. Il 22,4% del territorio è montuoso, il resto è collinare ma soltanto il 14,9% dell'intero territorio si trova al di sotto dei 100 metri sul livello del mare.

In sintesi, la Regione Calabria è costituita in modo veramente disomogeneo dal punto di vista territoriale, ambientale e paesaggistico, sviluppa una superficie di circa 15.000 Km², che da aspro territorio montano degrada verso coste classicamente mediterranee, della quale soltanto il 9% è pianura ed il restante 91% è montagna o collina dove sono situati in maggioranza i Comuni, 387 su 409. I corsi d'acqua sono quasi tutti a carattere torrentizio, con alvei a forte pendenza ed ampio letto a fondo valle, ricchi di ciottolame che il rende rovinosi nelle piene.

Territorio ad elevato rischio sismico che può essere soggetto a maremoti per la contiguità del territorio vulcanico delle Eolie e che vede diffuso il fenomeno delle frane per le caratteristiche del terreno, per la pendenza dei versanti e la copiosità delle piogge, spesso a carattere torrenziale.

La viabilità della Regione Calabria (dati ISTAT 1994) è costituita da 279 Km di Autostrade, 3.319 Km di Strade Statali, 6.196 Km di Strade Provinciali e 6.440 Km di Strade Comunali, per un totale di 16.207 Km, escluse le Strade Comunali, le Strade di Bonifica, le Strade Vicinali, le Mulattiere e le Strade di montagna non gestite dall'ANAS.

La rete viaria è caratterizzata dalla Autostrada del Sole e dalle S.S. n° 18 e n° 19 che percorrono, con tornanti a mezza costa e ponti in pietra, il territorio da Nord a Sud e dalla S.S. n° 106 che corre parallela alla costa ionica. Sono presenti strade che, in trasversale, permettono la comunicazione tra le due costiere costituite dalla S.S. n° 107 al Nord, dalla S.S. n° 280 al Centro e dalla S.S. n° 281 al Sud.

Sulle strade della Regione circolano, oltre ai mezzi immatricolati nella Regione, diversi mezzi per trasporto merci da e verso la Sicilia oltre ad un nutrito numero di auto per trasporto persone durante i periodi festivi e di ferie.

Il Sistema di emergenza-urgenza

Va considerato come un sistema di intervento e cura che, con funzione di filtro, avvalendosi di strutture territoriali ed ospedaliere funzionalmente integrate, è in grado di garantire assistenza adeguata nelle condizioni di emergenza-urgenza.

Il sistema, che è a gestione pubblica, intendendosi revocate procedure di affidamento del Sistema 118 a privati in corso, è denominato "CALABRIA SOCCORSO" ed è costituito da due fasi, fase di allarme, assicurata dalla Centrale operativa e fase di risposta, territoriale ed ospedaliera.

Il sistema è gestito e organizzato, almeno su base Provinciale, dalle Aziende Sanitarie di riferimento, e funziona secondo le sotto indicate linee guida. All'aggiornamento delle linee guida si provvede con provvedimento del dirigente generale del Dipartimento Sanità.

Le centrali operative SUEM 118, tutte le risorse tecnico-sanitarie, nonché il personale delle stesse al momento in servizio presso le centrali operative SUEM 118 ricadenti nelle Aziende ospedaliere, saranno trasferiti, conservando il proprio incarico e funzioni che già svolgono nelle suddette centrali, alle dipendenze dell'AS territoriale che gestirà il Servizio nel rispetto del contratto nazionale

Linee guida per l'emergenza urgenza

Fase di allarme sanitario

La Centrale operativa (il cosiddetto "118") riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

Fase di risposta territoriale

Classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale dispone l'invio di mezzi di soccorso od attiva le postazioni territoriali.

Per svolgere tali funzioni, deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili e delle postazioni relative alla emergenza territoriale rappresentata dai medici di continuità assistenziale la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le ore di competenza. Analogamente anche i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta devono essere coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze, sempre in collaborazione con la Centrale Operativa.

Il raccordo deve essere considerato essenziale nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi di modesto impegno assistenziale su pazienti noti ai medici di base e può essere assicurato dai medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, riuniti in associazione, consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio

di continuità assistenziale, senza dislocare i pazienti. A tal fine il Dipartimento Sanità dell'Assessorato stipulerà appositi protocolli d'intesa con le associazioni di categoria e gli ordini professionali.

L'intervento del medico di assistenza primaria o del pediatra di libera scelta, attivati dalla Centrale operativa, contribuirà all'abbattimento dei tempi di attesa per i soccorsi, consentirà di stabilire e programmare, di concerto con il personale di Centrale, l'eventuale ospedalizzazione nella struttura più idonea e di limitare il numero dei soggetti che chiedono di essere visitati in Pronto Soccorso ed ai quali è assegnato un "codice bianco", limitando le prestazioni improprie degli ospedali.

Per limitare ulteriormente il fenomeno, sarebbe opportuno:

- incentivare e facilitare il Cittadino a rivolgersi al proprio medico;
- indirizzare ai medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, informandoli e responsabilizzandoli, i soggetti che si sono rivolti al Sistema d'emergenza per il trattamento di patologie non acute;
- facilitare l'accesso dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ai servizi diagnostici territoriali ed ospedalieri, rendendo snella l'esecuzione di accertamenti e consulenze, in tempi appropriati alle condizioni di gravità e di urgenza del paziente;
- definire, sperimentare ed attuare percorsi clinico-assistenziali condivisi con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta;
- programmare ed effettuare campagne d'informazione del Cittadino volte ad ottenere un adeguato e corretto uso del Sistema sanitario;
- effettuare analisi e valutazione delle esperienze esistenti studiando la fattibilità dell'introduzione di un ticket per accessi "non urgenti" al Pronto soccorso e per i trasporti "non urgenti" richiesti ed effettuati con mezzi del Sistema di Emergenza Sanitaria.

Fase di risposta ospedaliera - Ospedali in rete

Al fine di rispondere ai bisogni della popolazione ed integrarsi nel complesso sistema dell'emergenza utilizzando correttamente le risorse esistenti, i Presidi ospedalieri debbono operare in rete, funzionalmente disposta in modo gerarchico.

Dal punto di vista funzionale la rete, con distribuzione territoriale corrispondente alle reali esigenze, è costituita da:

- Punti di primo intervento, fissi o mobili: effettuano interventi minori, stabilizzano e, se del caso, richiedono il trasporto presso un presidio ospedaliero idoneo.
- Pronto soccorso ospedalieri: assicurano accertamenti diagnostici ed interventi sufficienti a risolvere il problema presentato provvedendo, se del caso, alla stabilizzazione ed al trasferimento protetto del paziente verso un presidio ospedaliero di livello superiore. Una specifica attenzione deve essere riservata all'età pediatrica, garantendo la realizzazione di un Pronto soccorso pediatrico, dotato di spazi per l'osservazione breve ed intensiva, presso i presidi ospedalieri dotati di DEA di secondo livello.
- Dipartimenti d'emergenza di I livello: assicurano, potendo contare su diverse unità operative complesse, livelli di assistenza adeguati, rianimazione, degenza

breve ed interventi diagnostici e terapeutici di medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza e specialità; rappresentano, questi, il riferimento, per area territoriale, delle strutture a minore dotazione.

- Dipartimenti d'emergenza di II livello: assicurano, il livello di assistenza più elevato di tutto il sistema erogando le prestazioni diagnostico-terapeutiche di più alta qualificazione legate all'emergenza.

- Centri di Alta Specialità, per le seguenti attività assistenziali:

- unità per grandi ustionati
- "trauma center" e chirurgia d'urgenza
- unità spinale
- centro di tossicologia clinica, munito di farmacia antidotica.

Tali attività, che costituiranno il Polo Traumatologico Regionale, in riferimento al bacino d'utenza regionale, alla posizione baricentrica, ed alla articolazione delle vie di comunicazione, saranno collocate nella Azienda Sanitaria di Lamezia Terme, anche al fine di garantire il collegamento funzionale con il Centro protesi e riabilitativo INAIL.

Mezzi di soccorso

I mezzi di soccorso, di tipologia variabile ed in grado di consentire prestazioni diversificate secondo il grado di formazione degli operatori e della tipologia di equipaggio assegnato sulla base delle richieste raccolte, analizzate e codificate dalla Centrale operativa, utilizzando telai di supporto presenti su tutti i mezzi, debbono consentire l'integrazione delle attrezzature sanitarie di base con quelle di soccorso avanzato in tempi realmente brevi.

I mezzi e le attrezzature debbono essere, quanto più possibile, standardizzati, pronti all'uso ed usualmente noti agli operatori. Le Centrali operative provinciali, ciascuna per il territorio di competenza, avranno cura di censire i mezzi utilizzati, sia propri che in convenzione, monitorandone lo stato d'uso, la manutenzione ordinaria e straordinaria, la conformità agli standard e l'eventuale declassamento, adottando protocolli di gestione e di verifica di efficienza concordati a livello regionale.

Per mezzi di soccorso, attrezzati per fornire soccorso base, manovre di rianimazione e defibrillazione precoce, s'intendono:

- moto medica
- auto medica
- ambulanza da trasporto
- ambulanza di soccorso
- centro mobile di Rianimazione
- eliambulanza.

L'intervento di soccorso

L'equipaggio dei mezzi di soccorso, a tutti i livelli, deve essere in grado di intervenire operando per procedure e schemi che garantiscano l'utente non in

grado, per definizione, di operare autonome scelte assistenziali ed in particolare:

1. valutare lo scenario e la sicurezza ambientale;
2. ricostruire la dinamica dell'evento patologico, valutare le condizioni del paziente, utilizzando le note scale approntate allo scopo ed individuare il possibile rischio evolutivo;
3. monitorare i parametri vitali;
4. mettere in atto manovre di rianimazione e/o di stabilizzazione;
5. evidenziare le priorità comunicando con la Centrale per ottenere assistenza in loco od indirizzi operativi;
6. immobilizzare ed apparecchiare il paziente per il trasferimento.

Il personale, costituito da infermieri professionali, da medici e da anestesisti-rianimatori, addestrati con appositi moduli di formazione, deve operare, secondo responsabilità e secondo il tipo d'intervento e di mezzo utilizzato.

Utilizzazione dei mezzi

1. Motomedica, mezzo avanzato con equipaggio costituito da medico ed infermiere, utilizzato, di norma, in situazioni particolari quali grandi raduni, intasamento di traffico, maxiemergenze od assistenza sul litorale.
2. Automedica, mezzo avanzato con equipaggio costituito da medico ed infermiere, utilizzato, di norma, per trattamenti precoci in loco di pazienti in apparente od imminente pericolo di vita; mossa dalla Centrale operativa per situazioni catalogate "codice rosso" o "codice giallo" o su richiesta del personale addetto alle ambulanze da trasporto in difficoltà, costituisce l'entità base per l'assistenza sanitaria d'urgenza.
3. Ambulanza da trasporto, mezzo normale con equipaggio costituito da autista-barelliere ed infermiere professionale, dotata di attrezzature sanitarie di base, mossa dalla Centrale operativa effettua trasferimento infermi non in condizioni critiche, per esigenze diagnostiche o terapeutiche.
4. Ambulanza di soccorso, mezzo normale con equipaggio costituito da autista-barelliere, infermiere e medico, dotata di attrezzature idonee ad erogare assistenza a soggetti in condizioni critiche, mossa dalla Centrale operativa effettua "soccorsi primari" per situazioni catalogate "codice rosso" o "codice giallo".
5. Centro mobile di rianimazione, mezzo avanzato con equipaggio costituito da autista-barelliere, infermiere professionale e medico anestesista-rianimatore, mosso dalla Centrale operativa effettua "soccorsi primari per situazioni catalogate "codice rosso" o trasferimento infermi in condizioni critiche con possibilità di instaurare o continuare assistenza rianimatoria.
6. Eliambulanza, mezzo inusuale avanzato con equipaggio costituito da pilota, infermiere di area critica e medico anestesista-rianimatore, mossa dalla Centrale operativa, effettua servizio di eliambulanza ed elisoccorso consentendo di attuare trasporto assistito veloce, limitando al massimo la cosiddetta "patologia da trasporto", soccorso sul territorio in situazioni critiche particolari ed operazioni di sgombero.

Uso dell'elicottero sanitario: indicazioni e criteri

La distribuzione ed il numero delle basi operative di elisoccorso devono essere proporzionati al bacino d'utenza; l'attuale distribuzione delle basi a Lamezia, Cosenza e Locri è confermata dal presente P.R.S. La Giunta regionale è delegata ad emanare apposite Linee Guida per il funzionamento del Servizio di Elisoccorso, compreso l'aggiornamento annuale dell'elenco dei soggetti abilitati a far parte dell'equipaggio di volo.

L'elicottero, da considerare, comunque, un mezzo integrativo e non sostitutivo nell'ambito del sistema, è utile per ridurre drasticamente l'intervallo temporale tra il momento d'insorgenza dell'evento acuto e quello di un efficace trattamento di supporto delle funzioni vitali, portando al minimo il cosiddetto "therapy-free interval" e consentendo di instaurare una articolata terapia causale nella "prima ora", la "golden hour" degli autori anglosassoni.

Estremamente utile in rendez-vous con altri mezzi di soccorso di terra o di mare, l'elicottero vede il suo impiego condizionato dall'esistenza di una rete di superfici di atterraggio, adeguate sul piano normativo ed operativo, note a tutte le componenti del sistema.

Considerato, come detto, mezzo inusuale, la Centrale operativa ne dispone l'impiego per gli interventi "secondari", tanto "urgenti" che "differibili", secondo protocolli condivisi e per gli interventi "primari" secondo criteri noti di valutazione quali:

1. incidenti autostradali;
2. incidenti con numerosi veicoli coinvolti;
3. incidenti su strade Provinciali o di campagna, con viabilità disagiata;
4. incidenti stradali con più feriti;
5. notizia di feriti incastrati;
6. proiezione all'esterno, sballamento;
7. emergenze traumatiche e non, in località disagiate;
8. infortuni sul lavoro in stabilimenti extraurbani;
9. infortuni agricoli;
10. casi di annegamento;
11. incendi di abitazioni isolate o stabilimenti industriali;
12. incidenti sportivi su campi extraurbani;
13. ferite d'arma da fuoco o d'arma bianca in ambiente extraurbano;
14. ferita penetrante;
15. caduta da altezze di oltre 5 metri;
16. trauma spinale;
17. due fratture o più fratture;
18. ustioni (adulti>30%, bambini>20%);

19. età (maggiore di anni 70 e minore di anni 5);

20. distanza dalle strutture sanitarie dedicate all'emergenza sanitaria superiore ai 20 minuti d'auto fuori dell'area urbana.

L'emergenza pediatrica

Considerato che il soggetto in età evolutiva non può essere visto come un adulto di piccole dimensioni, e nonostante che le richieste al "118" per patologie d'emergenza relative a questa fascia d'età rappresentino una bassa percentuale, non è possibile che la risposta assistenziale resti aspecifica.

Il Sistema dell'emergenza dovrà, da un lato incentivare la fase di risposta territoriale, indirizzando i pediatri di base a visite domiciliari una volta ricevuta la richiesta di soccorso, e, dall'altro organizzare la rete ospedaliera dell'emergenza pediatrica definendo specifici bacini d'utenza con predisposizione di percorsi di afferenza basati su livelli di assistenza funzionalmente gerarchizzati, prevedendo allo scopo, pronte all'uso presso le Centrali operative, le attrezzature adatte.

L'organizzazione, istituzionalizzata, dell'emergenza pediatrica comporterà la riduzione del fenomeno dei genitori/parenti che recano direttamente i piccoli congiunti in situazioni di emergenza reale o presunta presso i presidi ospedalieri, quasi sempre in modo inidoneo, la riduzione di accessi impropri ai Pronto Soccorso e la riduzione dei trasferimenti secondari con mezzi di soccorso non specializzati e personale non addestrato alla assistenza pediatrica e neonatale.

CRI e Volontariato

La necessità di fornire le attività di soccorso in maniera capillare sul territorio, rende utile l'utilizzazione del Volontariato ed in particolare della CRI che, seppur organizzata sulla base di Comitati autogestiti presenta, sicuramente, una certa uniformità. Queste risorse appaiono particolarmente utili quando la densità di popolazione sia scarsa, il territorio sia esteso ed i mezzi istituzionali siano ridotti. L'interazione e/o l'integrazione di questa realtà con il Sistema di emergenza sanitaria deve essere sostenuta e guidata da protocolli regionali di accreditamento, di formazione mirata e di utilizzazione da parte delle Centrali operative competenti per territorio.

Servizi informatici a supporto del sistema d'emergenza

Per limitare, ulteriormente, lo spostamento dei pazienti in Ospedale e tra le diverse strutture ospedaliere, è opportuno massimizzare il trasferimento delle informazioni.

L'informatica e le telecomunicazioni potranno e dovranno avere un influsso determinante sulle modalità di erogazione dei servizi sanitari, consentendo l'utilizzo ottimale delle diverse strutture e delle diverse, specifiche, competenze con possibilità di seguire protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, facilitandone la diffusione, l'omogeneità e la compatibilità.

Le tecnologie multimediali possono rendere, inoltre, più rapidi gli interventi medici sul territorio, facilitando la fase diagnostica e quella assistenziale, ponendo a disposizione del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta e, soprattutto, del medico di continuità assistenziale le banche dati che permettono l'acquisizione, in tempo reale, di tutte le notizie sanitarie riguardanti il singolo paziente ed offrendo, inoltre, la possibilità di consultare Centri diagnostici e/o specialistici anche situati a distanza per giudicare con serenità i comportamenti terapeutici adatti al caso clinico in trattamento.

Criteria e modelli organizzativi

A. Appropriata gestione del paziente critico

Diverse regioni italiane hanno definito, con DGR, come criterio di afferenza alle strutture le aree di riferimento territoriale; un paziente soccorso in una determinata area viene avviato, pertanto, all'Ospedale competente per bacino d'utenza.

Criteri, questi, che possono evidenziare alcune criticità:

1. l'Ospedale di riferimento, al momento, non ha disponibilità di posti letto o/e di sale operatorie;
2. l'Ospedale di riferimento non è idoneo a trattare il paziente, sia per la gravità della patologia sia per la mancanza di adeguate strutture specialistiche;
3. l'Ospedale di riferimento, al momento, ha in trattamento pazienti catalogati "codice rosso" e/o "codice giallo" in quantità tale da non poter effettuare intervento immediato su altri malati gravi.

Tutto ciò può esitare in eccessiva, non necessaria e potenzialmente pericolosa attesa per accedere alle cure od in trasferimento secondario rischioso ed oneroso per il paziente e per la struttura.

La scelta, invece, di avviare "il paziente giusto nell'Ospedale giusto nel tempo giusto" comporta che il personale di soccorso, individuata la necessità di cura del paziente, lo indirizzi, di concerto con la Centrale operativa, alla struttura che risponde, contemporaneamente, al criterio di appropriatezza ed efficacia.

I criteri da utilizzare per avviare, sulla scorta dei bisogni medici rilevati, un paziente soccorso in emergenza dalla scena dell'evento all'Ospedale più idoneo, non necessariamente il più vicino, possono essere sintetizzati come segue:

1. geografico: l'Ospedale più vicino;
2. infrastrutturale: l'Ospedale più facilmente raggiungibile per tipologia delle strade o condizioni di traffico;
3. disponibilità al trattamento: l'Ospedale che assicura, al momento, posti-letto liberi e strutture, generali e/o specialistiche, operative;
4. livello di cura: l'Ospedale più idoneo a trattare la patologia acuta riscontrata per funzioni diagnostico-terapeutiche attive;
5. offerta specialistica: l'Ospedale più idoneo a trattare la patologia specialistica unica evidente;
6. bacino d'utenza effettivo: l'Ospedale competente per territorio.

Per una tempestiva, adeguata e appropriata collocazione del paziente critico, naturalmente, tutto il personale addetto all'emergenza deve essere in condizione di praticare il triage, inteso come criterio di differibilità del trattamento nelle strutture dell'emergenza.

B. Controllo in linea della disponibilità di posti-letto e sale operatorie

Ulteriore elemento di gestione organizzata del paziente critico in un sistema che si propone come rete è, sicuramente, legato all'utilizzazione di informazioni

standardizzate e tempestive relative all'effettiva disponibilità dei posti-letto e della loro reale occupazione relative, specialmente, ai reparti fortemente legati all'emergenza come le rianimazioni, le terapie intensive e subintensive, le UTIC, le cardiocirurgie, le neurochirurgie, etc.

Integrando questi dati con quelli provenienti dal Pronto soccorso e dai soccorritori si potrà indirizzare il "paziente giusto alla struttura giusta" con la sensazione di trovarsi in un'unica struttura in cui si accede dal PS e si viene indirizzati alla destinazione definitiva per il trattamento definitivo.

Per ottenere il flusso informativo necessario sarà opportuno:

1. definire snelli e funzionali modelli di rilevazione dati;
2. integrare i modelli con i sistemi di rilevazione esistenti;
3. sviluppare i nuovi strumenti di rilevazione ed aggiornamento delle informazioni utilizzando la rete internet;
4. sviluppare procedure automatizzate per la redazione e la pubblicazione giornaliera di reports sull'andamento dell'occupazione dei posti-letto;
5. sviluppare strumenti automatizzati di interrogazione degli archivi;
6. assicurare la condivisione dei dati a tutte le Centrali operative;
7. progettare ed effettuare un corso di formazione per gli operatori.

C. Appropriately ed efficacia; classificazione delle attività di soccorso

La rete dell'emergenza, sistema in grado di fornire tempestiva ed efficace assistenza nelle condizioni di emergenza-urgenza sanitaria, mediata dalla fase di allarme, è caratterizzata da un elevato numero di prestazioni erogabili in risposta a domande non prevedibili.

Essenziale, quindi, per la funzionalità economica del sistema in classica funzione di attesa, la adeguata classificazione delle prestazioni erogate che consenta un confronto con le prestazioni attese e richieste, con i tempi e la tempestività degli atti medici e con gli esiti più o meno invalidanti o la restitutio ad integrum conseguita.

L'analisi comparativa dei dati consentirà di giudicare l'appropriatezza e l'efficacia delle attività assistenziali svolte ed una accurata quantificazione delle risorse da impiegare nelle diverse strutture per migliorare l'efficienza operativa senza ridurre l'efficacia.

Allo scopo si dovrà:

1. scegliere il sistema di classificazione più adeguato alle caratteristiche dell'attuale sistema d'emergenza;
2. individuare modelli di riferimento;
3. aggiornare il sistema dell'emergenza in rapporto alle specifiche esigenze;
4. individuare, validare ed adottare un modello di adattamento funzionale del sistema che, sulla scorta dei dati rilevati, persegua una sempre maggiore appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate.

D. Risorse umane: formazione ed aggiornamento

Il personale addetto all'emergenza deve avere, necessariamente, una base comune di conoscenze perché il sistema è fondato sul fatto che tutti gli operatori agiscano, secondo competenze specifiche, utilizzando un linguaggio ed una metodologia comune. Gli infermieri, in particolare, essendo in grado di riconoscere, in autonomia, i segni clinici di criticità e di gravità, potranno prendere o controllare con padronanza ed efficacia i provvedimenti atti a salvare la vita di un paziente perfettamente in fase con i medici del sistema.

Debbono essere uniformate le modalità di effettuazione del triage perché in ambito regionale devono essere utilizzati gli stessi criteri di classificazione di gravità e di differibilità d'intervento allo scopo di evitare difformità nell'utilizzazione dei mezzi di soccorso e dell'accesso dei pazienti nelle aree ospedaliere dell'emergenza.

La base comune di conoscenze è necessaria, peraltro, per la necessaria condivisione dei comportamenti, sostegno sostanziale per operatori che vivono quotidianamente situazioni stressanti ad alto contenuto emotivo.

Per i rilevamenti epidemiologici, necessari per adattare alle necessità la struttura organizzativa, gestionale e le risorse da riservare al sistema, è essenziale disporre di una buona codifica delle informazioni, mentre per ottenere un buon rapporto costo-efficacia è necessario che il personale operativo oltre ad essere istruito sui trattamenti in emergenza, sia periodicamente aggiornato sulle metodiche.

La formazione e l'aggiornamento professionale per il personale operante in Centrale, sul territorio ed in ambiente ospedaliero dovrà realizzarsi definendo in sede regionale opportuni Piani Formativi che prevedano corsi da svolgersi anche in maniera decentrata su:

- sistemi di codifica;
- triage;
- supporto vitale di base (BLS) con uso del defibrillatore (BLSD);
- supporto vitale di base mirato all'età pediatrica (BLSP);
- trattamento avanzato del paziente con emergenze cardiovascolari (ACLS);
- trattamento pre-ospedaliero del paziente traumatizzato (PHTLS);
- trattamento avanzato del paziente traumatizzato all'arrivo in Pronto soccorso (ATLS).

I corsi, mirati ai compiti specifici che gli operatori dovranno svolgere, debbono essere di non lunga durata, svolti a gruppi non molto numerosi, eminentemente pratici, suddivisi in moduli formativi ed orientati dal concetto di équipe e di interazione tra tutti i componenti del sistema di soccorso.

Maxiemergenze

Nel caso di eventi catastrofici le funzioni di coordinamento dell'attività di soccorso, per quanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, sono devolute dalla normativa vigente alla Centrale operativa competente per territorio la quale, per garantire l'efficacia e la tempestività degli interventi, dovrà curare:

1. In fase preventiva:

a. l'archiviazione computerizzata dei dati relativi alle risorse sanitarie pubbliche private e del volontariato;

b. la verifica dell'efficienza dei mezzi e delle strutture oltre alla formazione ed alla verifica della professionalità degli operatori;

c. la predisposizione di strumenti operativi ed amministrativi eccezionali da attivarsi al momento dell'emergenza.

2. In fase di allarme:

d. l'intervento sul posto di unità di personale medico ed infermieristico, esperti nel triage, che garantiscano prima assistenza e collegamento con la Centrale operativa di riferimento;

e. identificare le strutture sanitarie locali totalmente o parzialmente distrutte e valutarne, comunque, le inefficienze strutturali od occasionali;

f. porre in allarme gli Ospedali del territorio, chiedendo l'identificazione dei pazienti dimissibili al fine di censire i posti-letto disponibili;

g. valutare il grado di complessità dell'intervento da attuare.

3. In fase di risposta:

a. curare di fare afferire sul luogo dell'evento il materiale sanitario, le attrezzature mediche ed i farmaci per fornire assistenza sanitaria;

b. assicurare il trasporto infermi presso le strutture sanitarie di riferimento.

Obiettivi e Azioni

Il Piano Sanitario Regionale nell'indicare chiaramente gli elementi base sui quali viene predisposto, la centralità della persona, la promozione della salute, il rilevamento dei bisogni assistenziali, l'equità nella distribuzione dei servizi, la qualità delle prestazioni, l'allocazione mirata delle risorse e la costante, critica e mirata verifica dei risultati, dovrà indicare l'informazione, anche, come obiettivo primario.

Informazione completa, chiara, semplice ed accessibile sull'organizzazione e sul funzionamento del Sistema di Emergenza, per consentire ad ogni cittadino in difficoltà scelte consapevoli.

Informazione completa, chiara e semplice sui diritti e sui doveri di ogni cittadino in difficoltà nei confronti degli erogatori di prestazioni.

Informazione completa, chiara e comprensibile sul suo stato di salute, idonea a coinvolgere il cittadino nel processo di soluzione dei suoi problemi.

Naturalmente l'erogazione delle prestazioni, oltre che appropriata deve avvenire con riservatezza e deve perseguire l'obiettivo di ottenere il maggior vantaggio possibile con il minor dispendio di energie, utilizzando al meglio le capacità assistenziali del Sistema.

Per realizzare appieno sul territorio calabrese un efficace ed efficiente Sistema di Emergenza-Urgenza saranno costituiti, a cura della Giunta regionale, uno o più gruppi di lavoro che dovranno definire proposte operative in merito a quanto segue:

1. il completamento del Sistema d'emergenza sul territorio, tenendo conto dei dati orografici e demografici (popolazione stanziale e fluttuante) ridisegnando, ove occorre, la topografia dei presidi di continuità assistenziale;
2. l'istituzione di Presidi temporanei tarati sul pendolarismo stagionale;
3. la sicurezza, l'attrezzatura e la qualità ambientale delle postazioni di continuità assistenziale;
4. l'integrazione nella rete informatica del "118" delle Postazioni di continuità assistenziale;
5. la collaborazione con medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, elaborando procedure concordate e coordinate ed istituendo corsi di formazione continua e di aggiornamento permanente;
6. il rafforzamento del sistema di trasporto, ove necessario, ed il collegamento tra il "118" ed il sistema ospedaliero, con particolare riguardo ai DEA;
7. l'aggiornamento delle caratteristiche tecniche dei mezzi di soccorso e delle rispettive dotazioni;
8. la programmazione degli interventi che garantiscano le esigenze di assistenza sanitaria d'urgenza nelle Comunità montane disagiate;
9. l'istituzione di servizi di consulenza a distanza con sistemi di telemedicina;
10. i collegamenti funzionali, in rete, delle strutture sanitarie con i Centri di eccellenza;
11. la utilizzabilità capillare dell'elitransporto identificando, approntando, segnalando e pubblicizzando punti di atterraggio od elisuperfici in prossimità dei centri abitati, specie quelli disagiati e difficilmente raggiungibili con mezzi su ruota gommata;
12. l'identificazione di protocolli operativi condivisi per avviare le urgenze meno impegnative verso Ospedali "minori", onde evitare sovraccarico od intasamento degli Ospedali sede di DEA;
13. l'elaborazione di protocolli operativi condivisi per fronteggiare emergenze impreviste che possono coinvolgere un elevato numero di persone in caso di raduni di folla o calamità naturali (Macro e Maxiemergenze);
14. la definizione di corsi di formazione/informazione, a carattere teorico-pratico per soccorritori professionali ed occasionali, con caratteristiche uniformi su tutto il territorio regionale.

I RAPPORTI TRA REGIONE, UNIVERSITÀ, IRCCS ED ALTRI ENTI

Università

La Regione assicura l'apporto del sistema universitario alle attività previste ed al perseguimento degli obiettivi del presente P.R.S. attraverso l'inserimento delle Facoltà nelle strutture organizzative del Servizio Sanitario Regionale. Le esigenze formative, didattiche e di ricerca delle Università sono assicurate nelle Aziende del S.S.R., valorizzando funzioni e competenze specifiche degli Atenei.

A tale fine i rapporti tra S.S.R. ed Università saranno oggetto di appositi Protocolli d'Intesa, sostitutivi della disciplina statale in materia di rapporti tra S.S.R. e Università, che definiscano:

1. le modalità del concorso delle strutture del S.S.R. al soddisfacimento delle esigenze formative, didattiche e di ricerca delle Università;
2. l'apporto della Facoltà di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali, di formazione e di sviluppo delle conoscenze delle strutture del S.S.R.;
3. le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze del servizio sanitario regionale;
4. le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze della formazione teorico-pratica del personale del S.S.R.

Con Protocollo quadro tra Giunta regionale ed Università sono individuati:

- i criteri per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali correlate alle esigenze formative e di ricerca dell'Università, ivi comprese l'individuazione delle strutture a ciò dedicate;
- la disciplina dei rapporti tra organi degli Atenei ed organi delle Aziende del S.S.R.;
- i criteri per l'individuazione di attività finalizzate alla migliore qualificazione dei servizi erogati;
- i criteri per la determinazione dei rapporti reciproci, tenuto conto del fabbisogno formativo delle strutture del S.S.R.;
- i criteri per l'individuazione ed organizzazione, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale anche in ordine al fabbisogno ed in conformità agli ordinamenti didattici vigenti, dei corsi di formazione e per la ripartizione dei relativi oneri.

L'attuazione di quanto previsto nel protocollo quadro è assicurata mediante intese tra Aziende ed Università.

IRCSS ed altri Enti di Ricerca

I rapporti con il CNR, gli IRCCS e gli altri Enti di ricerca presenti nel territorio regionale sono regolati attraverso la stipula di appositi protocolli d'intesa con i quali sono individuati le forme di collaborazione sia sul versante assistenziale che su quello della formazione e dello sviluppo delle conoscenze, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale.

I protocolli sono adottati nell'ambito delle linee fissate dal Piano Regionale per la Salute; alla loro stipula provvedono il Presidente della Giunta regionale ed i rappresentanti istituzionali degli enti medesimi. I rapporti specifici per le attività assistenziali con il S.S.R. sono instaurati tra le aziende ospedaliere o sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei predetti protocolli d'intesa.

I soggetti che attualmente operano nel S.S.R., secondo le disposizioni vigenti per ciascuno di essi, sono:

- l'INRCA, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con la propria sede regionale di Cosenza e con sede centrale in Ancona;

- il Consiglio Nazionale delle Ricerche con propri Centri di alta specializzazione, i cui posti letto allo stato in convenzione con il S.S.R. vengono confermati dal presente P.R.S.;

- è altresì prevista dalla [L.R. 7 agosto 2002, n. 29](#) l'istituzione del Centro oncologico di eccellenza in Catanzaro da trasformarsi in I.R.C.C.S.

I Centri di ricerca e/o di riferimento già individuati con norme o provvedimenti regionali specifici ed afferenti alle aziende sanitarie (come il Centro di Neurogenetica di Lamezia Terme) fanno parte dell'organizzazione dell'Azienda nella quale insistono; il Responsabile Scientifico, analogamente a quanto previsto per i Centri di Ricerca delle AA.OO., riferisce direttamente alla Direzione Aziendale, per come regolamentato nell'Atto Aziendale.

In riferimento a quanto disposto dal [decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288](#), l'INRCA di Cosenza è inserito nelle strutture organizzative del servizio sanitario regionale.

I.N.A.I.L.

Con l'INAIL e la Regione intercorrono già dei rapporti di collaborazione per la realizzazione:

1. del Centro protesi di Lamezia Terme, in fase di avanzata realizzazione;
2. degli spazi di degenza per Riabilitazione collegati allo stesso Centro protesi, anch'essi siti in Lamezia Terme e prossimi all'apertura;
3. del "Programma regionale di intervento da realizzare ai sensi dell'art. 2, comma 6 della legge n. 594/1995" definito con la [Delib.G.R. 17 febbraio 2004, n. 89](#).

Tali strutture sono autorizzate ed accreditate quali Centri di riferimento per il Servizio Sanitario Regionale per la specifica attività. Con il Centro di riferimento traumatologico regionale di Lamezia Terme, a cura del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di competenza, dovranno essere garantite le opportune sinergie per il funzionamento integrato delle relative strutture.

È in atto altresì un intervento finanziario INAIL, finalizzato alla riconversione del P.O. di Chiaravalle Centrale in struttura di riabilitazione cardiologia, respiratoria e neuromotoria (di cui alla [Delib.G.R. n. 980/2002](#)).

La Giunta regionale, nell'intento di perseguire la razionalizzazione dell'offerta dei servizi nel settore riabilitativo ospedaliero e territoriale, con priorità assoluta per gli interventi finalizzati anche alla riconversione dei presidi ospedalieri per acuti oggi esistenti, è autorizzata ad intraprendere ulteriori iniziative di collaborazione con l'Istituto.

(21) Tabella così sostituita dalla corrispondente tabella allegata alla [L.R. 11 agosto 2004, n. 18](#) (come prevede l'art. 14, comma 1, lettera a) della stessa legge).

(22) Tabella così sostituita dalla corrispondente tabella allegata alla [L.R. 11 agosto 2004, n. 18](#) (come prevede l'art. 14, comma 1, lettera a) della stessa legge).

(23) Tabella così sostituita dalla corrispondente tabella allegata alla [L.R. 11 agosto 2004, n. 18](#) (come prevede l'art. 14, comma 1, lettera a) della stessa legge).

Finanziamento del Piano Sanitario Regionale

Aspetti generali e prospettive

I vari aspetti correlati al finanziamento dei PSR risultano di fondamentale rilevanza ai fini della sostenibilità economica del servizio sanitario regionale. Il sistema di finanziamento determina da una parte la quantità di risorse necessarie e disponibili, dall'altra i meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie in un settore che si caratterizza per uno strutturale squilibrio fra domanda e offerta.

Più che in ogni altro settore, in sanità chi offre i servizi si trova, infatti, in una posizione tale da poter determinare, con un ampio margine di discrezionalità, ciò che è necessario e utile al paziente, senza che quest'ultimo, né alcun altro soggetto, siano in grado di valutare a priori la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti. I diversi criteri di finanziamento, secondo la spesa storica, a prestazione con prezzo fissato prospetticamente o retrospettivamente, a quota capitaria, influenzano l'efficienza produttiva, l'appropriatezza delle cure prestate e l'attenzione ai bisogni del paziente.

I vari meccanismi di finanziamento del servizio sanitario regionale e le diverse modalità di allocazione delle risorse finanziarie che di volta in volta si sono adottate nel corso degli anni hanno, fino ad ora, determinato tre squilibri fondamentali:

- lo squilibrio tra risorse disponibili e risorse effettivamente impiegate con i conseguenti disavanzi registrati.
- lo squilibrio tra risorse messe a disposizione dei cittadini residenti nei diversi ambiti territoriali delle aziende del S.S.R. con conseguente disparità nell'accesso alle prestazioni.
- lo squilibrio tra le risorse impiegate per l'assistenza territoriale e per l'assistenza ospedaliera, a favore di quest'ultima.

La necessità di superare tali squilibri rende pertanto indispensabile e non più dilazionabile la scelta di adottare interventi correttivi in ordine al finanziamento del S.S.R. e all'allocazione delle risorse finanziarie, tali da garantire ai cittadini calabresi un servizio sanitario efficiente ed efficace e nel contempo assicurare la sostenibilità economica dello stesso sistema sanitario regionale.

Diviene quindi obiettivo prioritario che il finanziamento del PSR 2003-2005 garantisca le risorse necessarie per la realizzazione degli obiettivi di salute e assistenziali in esso previsti e si introducano meccanismi allocativi delle stesse risorse tali da consentire di superare gli squilibri fino ad ora registrati.

Risorse finanziarie certe, disponibili e sufficienti da una parte, e introduzione di adeguati strumenti allocativi e di governo della spesa sanitaria dall'altra, risultano pre-condizioni indispensabili per il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini calabresi e per assicurare agli stessi, uniformemente sul territorio regionale, possibilità di accesso alle risorse finanziarie disponibili e quindi alle prestazioni, ai servizi e alle attività del sistema sanitario regionale.

In sintesi, risorse finanziarie certe, disponibili e sufficienti, e strumenti allocativi e di governo della spesa sanitaria adeguati ed efficaci, sostanziano le due pre-condizioni indispensabili per la concreta realizzabilità del presente PSR e consentono, tra l'altro, di superare il maggiore ostacolo cui è riconducibile la non attuazione delle

disposizioni contenute nel precedente PSR 95/97 che di fatto non era sostenuto da adeguati finanziamenti e da efficaci meccanismi allocativi delle risorse finanziarie.

Occorre, inoltre, considerare che oggi l'obiettivo della compatibilità economica del sistema sanitario regionale, è tanto più indispensabile se si tiene conto dei nuovi scenari, che il federalismo fiscale da una parte e la devoluzione dall'altra, disegneranno nel prossimo futuro.

Le risorse finanziarie disponibili per il triennio 2004 - 2006

Il triennio di vigenza del PSR inizia con prospettive più favorevoli rispetto al passato e con finanziamenti predefiniti ed incrementati. Nell'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001, infatti, il Governo, oltre a rideterminare il finanziamento del S.S.N., ha riconosciuto la tendenziale sottostima del FSN e per la prima volta ha assunto l'impegno ad attestare il finanziamento del S.S.N. al 6% del PIL.

Le risorse complessivamente destinate al S.S.N., allo stato, risultano definite, al lordo delle quote di accantonamento, in 77.532 milioni di euro per l'anno 2003 e in 80.501 milioni di euro per l'anno 2004; non risultano ancora definite le risorse per l'anno 2005 che prudenzialmente possono essere quantificate nella misura di 83.319 milioni di euro e in ogni caso in misura non inferiore al 2004.

Le quote di accesso della Regione Calabria a detti finanziamenti, per il triennio considerato e al lordo delle quote di accantonamento, risultano essere definite per come di seguito indicato:

- Anno 2004 2.783 milioni di euro
- Anno 2005 2.880 milioni di euro (ancora da definire e comunque non inferiore al 2004)
- Anno 2006 ancora da definire e comunque non inferiore al 2005.

Sistema di finanziamento

Il finanziamento delle Aziende del S.S.R. deve assicurare disponibilità di risorse e prestazioni in grado di garantire i livelli uniformi e appropriati di assistenza. A tal fine, in particolare, sono individuati i seguenti criteri:

- ◆ finanziamento sulla base della quota capitaria per popolazione residente e per livelli essenziali di assistenza, eventualmente integrata da opportuni correttivi;
- ◆ finanziamento delle attività tariffabili a prestazione (attività di ricovero e attività di specialistica ambulatoriale) dei soggetti erogatori pubblici e privati nel rispetto dei tetti massimi di spesa annualmente stabiliti dal governo regionale.
- ◆ finanziamento delle attività e delle funzioni non tariffabili delle aziende.
- ◆ finanziamento specifico di progetti obiettivo nazionali e regionali.

La scelta della allocazione delle risorse nell'ambito del sistema sanitario regionale è ispirata ai seguenti principi e finalità generali:

- ◆ garantire la sostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
- ◆ incentivare l'impiego efficiente ed efficace delle risorse disponibili;

- ◆ promuovere e realizzare l'appropriatezza nell'utilizzo delle prestazioni e attività ricomprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- ◆ assicurare criteri di finanziamento trasparenti, certi ed accompagnati da supporti di legittimazione adeguati;
- ◆ incoraggiare la diversificazione produttiva e lo sviluppo coordinato di attività di eccellenza e di specializzazione;
- ◆ aumentare il grado di flessibilità del servizio sanitario per meglio corrispondere ai bisogni dei cittadini.

L'attivazione di specifiche strutture e/o servizi previsti negli obiettivi di salute e, più in generale, nel presente P.R.S., è possibile solo previa specifica istruttoria da parte delle competenti strutture regionali circa la disponibilità di risorse finanziarie adeguate ovvero sulla fattibilità senza aggravio di spesa per il S.S.R.

Il riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza

L'analisi della spesa regionale relativa agli anni più recenti con riferimento ai tre macro livelli di assistenza evidenzia che:

- l'attività di prevenzione assorbe ancora risorse in misura significativamente inferiore (mediamente 3,5%) rispetto allo standard di riequilibrio programmato al 5%;
- la spesa per l'assistenza distrettuale rispetto allo standard di riequilibrio programmato al 49% è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica che da sola, allo stato, assorbe mediamente il 19% delle risorse destinate all'assistenza distrettuale;
- l'elemento di maggiore criticità è rappresentato dalla spesa per il livello dell'assistenza ospedaliera, che assorbe risorse in misura notevolmente superiore (mediamente 52%) allo standard di riequilibrio programmato dal presente PSR al 46%.

In considerazione del programmato processo di deospedalizzazione di cui al presente PSR e della conseguente allocazione di minori risorse alla funzione ospedaliera da destinare invece alla funzione territoriale si fissa il seguente obiettivo per il triennio:

Funzione	Obiettivo
Funzione territoriale (distrettuale e prevenzione)	54%
Funzione ospedaliera	46%

Il modello di allocazione delle risorse nell'ambito del S.S.R. è orientato a favorire l'attuazione delle scelte definite nel P.R.S. ed il perseguimento di maggiori livelli di efficienza ed equità nel loro impiego. La distribuzione intra-regionale delle risorse deve rispondere, pertanto, all'obiettivo di garantire sul territorio regionale l'accessibilità alle prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia, e di favorire l'attuazione delle azioni prioritarie individuate dalla programmazione regionale di cui al presente P.R.S.

Fermo restando l'obiettivo del riequilibrio territoriale della distribuzione delle risorse per quota capitaria di cui al paragrafo precedente, ai fini dell'obiettivo di riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza, nella tabella che segue, si riportano percentuali di finanziamento del FSR per ciascuno dei Livelli Essenziali di Assistenza nel periodo

2004-2006, al netto delle risorse trattenute dalla Regione per finanziamenti diretti (progetti obiettivo, oneri per disposizioni legislative, ecc.)

La Giunta regionale, pertanto, tenuto conto dell'andamento effettivo della spesa sanitaria fissa le percentuali di riparto del FSR.

Fattori economico-finanziari e loro incidenza sulla programmazione del riequilibrio

Occorre tenere conto e considerare che "fattori indipendenti" e "fattori dipendenti" dalle politiche regionali possono incidere sulla programmazione finanziaria delle risorse per la sanità.

1. Fattori indipendenti dalle politiche regionali

- il fondo sanitario nazionale potrebbe essere rideterminato e quindi potrebbero modificarsi le condizioni base su cui si è determinata la quantità di risorse disponibili per la Regione Calabria;
- ridefinizione della quota di accesso al fondo sanitario nazionale da parte della Regione Calabria, quindi variazioni delle risorse disponibili, specie in relazione all'andamento demografico della popolazione anziana e delle nascite.

2. Fattori dipendenti dalle politiche regionali

- Trend delle entrate proprie delle Aziende;
- Ticket farmaceutici che possono modificare in modo significativo la spesa regionale e anche i consumi dei farmaci;
- Individuazione delle modalità più opportune per realizzare gli specifici obiettivi di piano e il correlato contenimento della spesa sanitaria specie per le aree dove si devono attuare interventi di ristrutturazione, riconversione e riqualificazione.

Relazione tra la programmazione del riequilibrio e il riparto annuale del FSR

La quota capitaria, gradualmente riequilibrata, e il finanziamento per livelli di assistenza costituiscono il riferimento per il riparto annuale delle risorse che diventa la sede di attuazione e verifica della sostenibilità economico-finanziaria e degli obiettivi sopra descritti.

Nell'Atto annuale di indirizzo, che definisce la programmazione sanitaria ed adottato dalla Giunta regionale:

- ◆ è attuato il processo di riavvicinamento delle quote capitarie definendo e valutandone la velocità al fine di non generare squilibri nel sistema;
- ◆ viene definito il finanziamento per i livelli essenziali di assistenza;
- ◆ si definiscono le regole di carattere economico-finanziario che consentono la governabilità del sistema ivi compresi la determinazione dei tetti massimi di spesa sostenibile per attività ospedaliera, specialistica ambulatoriale, assistenza residenziale e semi-residenziale, il finanziamento diretto delle funzioni non tariffabili, nonché la distribuzione di risorse disponibili per i progetti obiettivo.

Gli investimenti e le correlate risorse per la realizzazione degli obiettivi di piano

La politica degli investimenti ed il rinnovamento tecnologico devono essere contestualizzati in un quadro più ampio di prospettive strategiche e di vincoli economici sviluppandosi, rispetto ad una programmazione dell'offerta basata sulla definizione dei livelli assistenziali, l'individuazione delle strutture necessarie e pertinenti a ciascuno dei livelli assistenziali definiti, l'ubicazione sul territorio di queste strutture sulla base della distribuzione del bisogno assistenziale e di considerazioni logistiche, sfruttando le possibili sinergie operative e tenendo conto dei vincoli esistenti.

In relazione a quanto si prospetta per la rimodulazione del S.S.R. è necessaria una prioritizzazione degli interventi puntando sostanzialmente:

- al ridimensionamento ed alla riqualificazione della rete ospedaliera, in una logica di rinnovamento tecnologico ed alberghiero consono ai bisogni della popolazione ed all'evoluzione delle tecnologie, nonché di continuità rispetto al territorio;

- alla riqualificazione della rete dei presidi territoriali, quale elemento aggregante della continuità assistenziale, luogo dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari.

Ciò avendo a riferimento, per un verso, l'obbligatorio adeguamento ai requisiti minimi di cui al [D.P.R. 14 gennaio 1997](#) e, per l'altro, l'esigenza di diversificare l'offerta secondo più attuali acquisizioni tecnico-scientifiche.

Coerentemente con quanto espresso nel presente documento costituiscono obiettivi prioritari delle politiche degli investimenti nella Regione:

- il completamento della razionalizzazione della rete ospedaliera, con particolare riguardo al potenziamento delle strutture finalizzate ai servizi della rete dell'emergenza-urgenza ed al centro traumatologico;

- il completamento ed il potenziamento della rete delle strutture territoriali, garantendo anche l'integrazione dei servizi territoriali con i programmi di cura per i malati in fase terminale, con particolare riferimento ai malati oncologici;

- il rinnovamento ed il potenziamento della dotazione tecnologica esistente con particolare riferimento al settore dell'oncologia;

- l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al [D.P.R. 14 gennaio 1997](#);

- l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;

- la realizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

L'allineamento delle strutture regionali agli standard previsti dalle normative ed il rinnovamento tecnologico, indispensabili per garantire qualità tecnica e migliorare l'efficacia delle attività sanitarie, richiedono un notevole sforzo economico ed il contestuale sviluppo da parte della Regione e delle Aziende di migliori capacità valutative e progettuali. D'altro canto, i processi di adeguamento già attivati soffrono di lentezze procedurali che, talvolta, rischiano di pregiudicare i risultati in termini di congruità rispetto ai bisogni emergenti, relativamente alle quali occorre perseverare nelle iniziative di semplificazione già intraprese ed, al tempo stesso, innovare procedure, attivare meccanismi di concertazione preventiva con i diversi soggetti coinvolti, potenziare l'operatività sia a livello regionale, che locale.

Sul versante dei finanziamenti, considerato che i finanziamenti pubblici non sono sufficienti a supportare un cambiamento veloce che oggi è ormai diventato necessario portare a compimento, occorre valutare la possibilità di promuovere l'ingresso di capitale privato.

L'apporto di investitori privati deve essere incardinato rispetto ad una strategia complessiva della quale la Regione deve assumere la leadership in quanto titolare delle funzioni di indirizzo nei riguardi delle Aziende del S.S.R. e garante della finalizzazione degli interventi agli obiettivi del S.S.R., ma anche soggetto in grado di fornire all'investitore privato garanzia più adeguata.

La vetustà del parco tecnologico delle strutture sanitarie della Regione è sovrapponibile alla media nazionale; per tale motivo occorre sviluppare programmi di rinnovamento tecnologico che puntino a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi e a ridurre i tempi di attesa.

La dotazione tecnologica delle strutture sanitarie, siano esse presidi ospedalieri, siano esse strutture territoriali quali consultori, poliambulatori, o altri presidi territoriali, contribuisce in buona misura al buon funzionamento delle stesse, sia in termini di quantità delle prestazioni rese, che in termini di qualità di erogazione delle stesse.

È noto, infatti, che l'erogazione di una qualsiasi prestazione sanitaria si avvale, oltre che delle conoscenze del professionista sanitario, anche dell'apporto specifico e delle "informazioni" che lo stesso può o vuole ricevere dalle tecnologie al servizio della medicina in genere.

Tecnologie superate causano la produzione di risultati che possono avere effetti negativi sia in termini diagnostici e terapeutici, che in termini economici. È d'altro canto importante sottolineare quanto incidano nella erogazione "tecnologica" la qualità delle attrezzature e la loro numerosità.

I due aspetti di quantità e di qualità costituiscono le dimensioni alla base della valutazione della dotazione strumentale dei diversi presidi in relazione al fabbisogno prestazionale che sono chiamati a soddisfare.

Un ulteriore parametro fondamentale nella pianificazione della dotazione tecnologica delle strutture è la compatibilità e coerenza delle stesse rispetto all'organizzazione del lavoro: infatti, all'introduzione di tecnologie anche sofisticate deve corrispondere la capacità di utilizzazione e di integrazione delle stesse nel processo produttivo.

Sotto la spinta di un numero crescente di ricerche, di una rapida e diffusa circolazione delle conoscenze, nonché di una internazionalizzazione dei mercati, vengono, infatti, messi a punto e resi potenzialmente disponibili sempre nuovi prodotti che ampliano, oltre che innovano, le possibilità di intervento.

Governo della spesa sanitaria

Aspetti generali e linee di indirizzo

Con l'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, è stato sancito il principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni riguardo la tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del Servizio Sanitario in condizioni di equilibrio economico.

Le Regioni sono ormai direttamente responsabili di fronte ai cittadini per l'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del S.S.R. ricorrendo ad un maggior concorso al finanziamento da parte

dei cittadini, in termini di maggiore prelievo fiscale o compartecipazione diretta al costo delle prestazioni sanitarie consumate.

Da qui la centralità del governo della spesa sanitaria da realizzare, oltre che con le azioni, gli interventi e gli strumenti già previsti nei precedenti capitoli del presente P.R.S. per i diversi settori di attività ai quali si rimanda, anche attraverso l'applicazione generalizzata delle azioni e degli strumenti contenuti nelle linee di indirizzo di seguito riportate e che, adeguatamente utilizzati, concorrono a garantire l'equilibrio finanziario e la sostenibilità economica del S.S.R.

Nell'Atto annuale d'indirizzo approvato dalla Giunta regionale sono fissati gli obiettivi da raggiungere da parte dei Direttori Generali delle Aziende del S.S.R.

Azioni e strumenti per il governo della spesa sanitaria

ACCORDI E CONTRATTI

La relazione tra il sistema di tutela della salute e il sistema di offerta di prestazioni sanitarie, trova idoneo strumento regolatore e di governo della relativa spesa nei piani annuali preventivi delle attività e nella stipula dei correlati accordi e contratti.

Le Aziende Sanitarie sono obbligate a stipulare gli accordi contrattuali sulla base della programmazione dei fabbisogni di salute di ciascun territorio e ad applicare le tariffe massime determinate dalla Giunta regionale. Tariffe inferiori potranno essere corrisposte esclusivamente sulla base di valutazioni comparative della qualità e dei costi rilevati su contabilità analitica. Il possesso dell'accreditamento di cui all'*art. 8-bis del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modifiche ed integrazioni costituisce condizione indispensabile per l'ammissione alla stipula degli accordi contrattuali; la conclusione degli accordi contrattuali avviene a seguito di valutazione comparativa tra le offerte dei soggetti accreditati.

In questa prospettiva gli accordi e contratti tra le Aziende Sanitarie e le strutture erogatrici pubbliche e private concretizzano indispensabili momenti di raccordo tra le componenti del sistema finalizzati a ricercare:

- Una pianificazione interaziendale negoziata.
- La risoluzione preventiva di potenziali conflitti.
- Forme di integrazione nell'erogazione dell'assistenza e nella costruzione di percorsi terapeutici.
- Forme di condivisione delle risorse ed economie di scala.
- Una comune responsabilizzazione sull'utilizzo delle risorse disponibili.

Deve essere, infine, particolarmente enfatizzata la funzione di garanzia della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate che lo strumento degli accordi e dei contratti è chiamato ad assicurare.

AUTORIZZAZIONE

All'autorizzazione si provvede con le stesse modalità e procedure previste per l'accreditamento, sulla base del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente e tenuto conto delle effettive carenze che si riscontrano negli ambiti territoriali delle aziende sanitarie in relazione ai fabbisogni di prestazioni e attività sanitarie programmate dal presente P.R.S.

Nei limiti del fabbisogno, è consentito, nell'ambito dello stesso Comune, il trasferimento in altra sede delle strutture già autorizzate ovvero accreditate sempre che permanga il possesso dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni, previa attestazione di carenza da parte dell'azienda sanitaria competente. È, altresì, consentita la fusione di più soggetti già accreditati sempre che permanga il possesso dei requisiti ⁽²⁴⁾.

In tale contesto va ricordato che l'autorizzazione costituisce condizione fondamentale, nel sistema delineato dalla legislazione vigente, per richiedere l'accreditamento e che la stipula degli accordi e contratti è condizione indispensabile per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del S.S.R.

Va inoltre ricordato che tutto il sistema dei soggetti erogatori, in attesa della formalizzazione dell'accreditamento istituzionale, non operante ancora nella maggioranza delle Regioni Italiane, opera con modalità provvisorie (accreditamento provvisorio), fatto questo necessario al fine di non determinare squilibri nel sistema storico di erogazione delle prestazioni.

L'ACCREDITAMENTO

Nella prospettiva della disciplina definitiva di tale istituto in attesa della emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'*art. 8-quater del D.Lgs. n. 229/1999*, appare opportuno sviluppare indirizzi in materia che superino lo stato normativo esistente, motivo di frequenti difficoltà nelle procedure seguite e nella regolamentazione del rapporto di competizione fra strutture pubbliche e private.

Premesso che nell'accreditamento si individua un processo diretto a:

- accertare la **rispondenza** a requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi, gestionali;
- accertare la **capacità** di soddisfare determinati livelli di assistenza;
- costituire una **garanzia** della qualità dell'offerta e dell'appropriatezza dell'uso delle risorse;
- regolare l'**accesso** delle strutture e professionisti nell'organizzazione del servizio sanitario pubblico;
- accertare il **permanere** nel tempo della rispondenza, della capacità e della garanzia sopraindicate.

Si definisce accreditamento istituzionale **"l'atto attraverso il quale, a conclusione di un procedimento valutativo, le strutture autorizzate, pubbliche e private, e i professionisti che ne facciano domanda acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del servizio sanitario regionale"**.

Condizioni per l'accreditamento istituzionale sono:

- a) il possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie;
- b) la rispondenza delle attività per le quali viene richiesto l'accreditamento agli indirizzi e obiettivi della programmazione sanitaria;
- c) la compatibilità delle attività medesime con i livelli essenziali di assistenza ed il fabbisogno di prestazioni definiti dalla Regione;

d) il possesso di ulteriori requisiti di qualificazione rispetto a quelli previsti per l'esercizio dell'attività, relativi alla qualità del sistema organizzativo, alla qualità tecnico professionale, alle aspettative della utenza;

e) l'attività svolta con risultati clinici, organizzativi e gestionali positivi in relazione all'accreditamento richiesto;

f) il possesso dei crediti formativi acquisiti in sede di ECM e la sussistenza di requisiti basati sulla esperienza professionale (solo per l'accreditamento dei professionisti);

g) l'esercizio di attività professionale nella disciplina specifica per un periodo non inferiore al biennio negli ultimi cinque anni precedenti la richiesta di accreditamento (solo per l'accreditamento dei professionisti).

Ai fini di quanto sopra, in via transitoria per la durata del presente piano, vengono definiti i seguenti requisiti ulteriori di organizzazione, tecnico-professionali e di aspettativa dell'utenza:

A. Organizzazione

- la denominazione del presidio e delle attività svolte deve essere tale da identificare chiaramente sia la natura pubblica o privata della struttura che la tipologia sanitaria o sociosanitaria delle attività effettuate;
- l'organizzazione deve specificare per ogni struttura da cui è composta le attività o prestazioni eseguite direttamente e quelle eseguite indirettamente, con indicazione delle procedure seguite per l'erogazione delle prestazioni tariffate con compartecipazione a carica del cittadino e delle ulteriori prestazioni a totale carico dello stesso;
- la struttura deve disporre di un piano di attività che indichi o documenti:
 - * le attività esercitate o praticate;
 - * il volume delle attività di cui richiede l'accreditamento nei limiti degli standard di fabbisogno definiti dalla programmazione sanitaria regionale;
 - * le modalità organizzative;
 - * i tempi di realizzazione;
 - * le risorse umane e professionali utilizzate;
 - * le risorse tecnologiche ed i servizi disponibili con rispettive caratteristiche tecniche e modalità di acquisto;
 - * il bilancio preventivo o altro strumento contabile relativo all'anno della richiesta dell'accreditamento;
 - * le risultanze del bilancio di esercizio dell'anno precedente a quello di richiesta dell'accreditamento;
- la struttura deve disporre di un sistema di contabilità che consenta l'analisi ed il controllo della formazione dei costi;
- la struttura deve disporre di un piano di manutenzione programmata delle opere civili ed impiantistiche con individuazione del responsabile degli interventi previsti;

- la disponibilità delle risorse tecnologiche, strutturali, di materiale sanitario e di consumo, di dispositivi medici deve essere compatibile con le indicazioni del piano di attività e risultare da apposito elenco. Per ogni apparecchiatura deve essere specificata la tipologia, la data di costruzione, il produttore;
- deve risultare garantita la presenza, il funzionamento e l'utilizzazione degli apparecchi vitali in caso di emergenza e di guasto;
- la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto deve essere a corredo dello strumento e resa disponibile al responsabile della manutenzione. Tutti gli interventi di manutenzione delle apparecchiature biomediche devono essere documentati da un rapporto tecnico dettagliato;
- lo stato di sicurezza delle apparecchiature deve essere documentato secondo la normativa in vigore, nonché documentato e reso noto ai diversi livelli operativi attraverso l'esito delle verifiche periodiche di sicurezza e gli eventuali adeguamenti effettuati;
- deve essere assicurata la gestione della documentazione secondo un sistema che ne consenta la classificazione, l'identificazione, la rintracciabilità, la riproducibilità e l'individuazione del destinatario;
- deve essere garantita la condizione operativa per l'assolvibilità del debito informativo secondo i tempi e le modalità stabilite dalla Regione;
- l'accesso alle prestazioni deve garantire modalità d'individuazione della mobilità intraregionale ed interregionale.

B. Tecnico-professionali

- deve essere indicato il personale addetto a tempo indeterminato o determinato, nominativamente individuato, l'attività prestata, le responsabilità;
- la presenza del personale deve essere rapportata alla tipologia, al volume di attività e alla complessità delle patologie trattate;
- l'erogazione delle prestazioni deve essere garantita nel rispetto delle incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale dipendente e convenzionato operante per il servizio sanitario nazionale;
- in coerenza con la [legge regionale n. 11/2001](#), deve essere stato redatto un piano per il miglioramento continuo della qualità che indichi obiettivi, strategie, impegni e destinazione di risorse per la sua realizzazione;
- nei presidi di ricovero devono essere effettuati i seguenti programmi:
 - valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri;
 - buon uso del sangue, emocomponenti ed emoderivati;
 - razionale utilizzazione dei farmaci attraverso l'uso del prontuario terapeutico regionale;
 - monitoraggio degli eventi indesiderati e delle disfunzioni;
 - sorveglianza delle infezioni ospedaliere e delle piaghe da decubito, con individuazione delle figure professionali responsabili (anche nelle strutture

residenziali);

- i presidi di ricovero e le strutture residenziali, oltre alla cartella clinica, devono utilizzare la cartella infermieristica;
- i presidi che erogano prestazioni ambulatoriali devono applicare programmi per la valutazione della appropriatezza delle stesse;
- i laboratori di analisi devono prevedere l'elenco degli esami eseguiti, attività di controllo di qualità interno ed esterno, la presenza di manuali delle procedure diagnostiche attuate;
- la struttura deve disporre di linee-guida, protocolli e regolamenti interni scritti, confermati o aggiornati da non più di tre anni;
- deve essere pianificata e documentata la realizzazione dell'aggiornamento professionale del personale medico e non medico secondo la metodologia della formazione continua;

C. Aspettativa dell'utenza

- tutti i dati e le informazioni prodotte devono essere utilizzate e diffuse tutelando la riservatezza dei dati personali;
- la struttura deve possedere una carta dei servizi contenente le informazioni essenziali per l'utente;
- deve essere garantita la tutela dei cittadini definendo modalità di presentazione e gestione dei reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti e delle associazioni rappresentative di tutela e volontariato;
- la struttura deve individuare un referente addetto ai rapporti con il pubblico;
- tutto il personale deve essere munito di apposito tesserino di riconoscimento allo scopo di consentire l'identificazione dell'operatore;
- la struttura deve garantire la privacy dell'utente durante l'intero processo di erogazione delle prestazioni.

Le condizioni ed i requisiti di accreditamento devono essere rispettati dai soggetti richiedenti pubblici e privati. L'accreditamento ha validità triennale dalla data di adozione del relativo provvedimento ed è rinnovabile. I soggetti già accreditati devono adeguarsi, a pena di decadenza, ai requisiti ulteriori di accreditamento nei primi due anni di vigenza del P.R.S.

All'accreditamento si provvede con determinazione non delegabile del Dirigente Generale del Dipartimento Sanità. La domanda di accreditamento deve essere presentata al Dipartimento Sanità, su apposito modulo definito dal competente settore del Dipartimento. Il competente settore del Dipartimento si avvale per l'istruttoria delle strutture delle aziende del servizio sanitario regionale e deve concludere il procedimento entro il termine massimo di 120 giorni, al quale va sommato il termine di 90 giorni per le verifiche ed i controlli tecnici effettuati dall'azienda interessata.

Al termine dell'istruttoria, il Dirigente del competente settore, valutati i risultati e la documentazione di istruttoria, formula i seguenti giudizi:

- accreditabile;

- non accreditabile.

Presso il Dipartimento Sanità è istituito il registro delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate. Il Registro deve contenere dati che consentano:

- la identificazione delle strutture accreditate;
- di classificare le strutture sulla base della tipologia delle attività sanitarie e sociosanitarie accreditate;
- raccogliere ed archiviare i provvedimenti amministrativi riguardanti ciascuna struttura accreditata in ogni fase della sua evoluzione.

Per la determinazione di ulteriori requisiti di accreditamento si provvede con deliberazione della Giunta regionale, previa costituzione di un apposito gruppo di lavoro presso il settore Competente, coordinato dal dirigente del settore medesimo, di cui fanno parte anche due rappresentanti designati dalle associazioni di appartenenza delle strutture accreditate.

Per le finalità di cui al presente P.R.S. ed alto scopo di realizzare la riduzione dei posti letto per acuti, in deroga alla disciplina prevista nel presente P.R.S., è consentita la trasformazione dell'accreditamento di posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione; solo in tali ipotesi e con le stesse modalità è altresì consentito l'accreditamento dei posti letto allo stato autorizzati, nel limite del 50 % degli stessi.

In fase di prima applicazione del P.R.S., considerata la carenza nel territorio di strutture residenziali RSA/M, in deroga alla disciplina prevista nel presente P.R.S., nei limiti del fabbisogno individuato e per la durata massima di un anno, le strutture sopra individuate sono autorizzate ed accreditate sulla base della disciplina e con le modalità previgenti; al fine di consentire gli interventi riabilitativi previsti dal presente P.R.S., all'interno di tali strutture, e con le stesse modalità di cui sopra, possono essere autorizzati ed accreditati moduli dedicati alla riabilitazione estensiva. Sono in ogni caso autorizzate ad esercitare le strutture realizzate con i fondi di cui all'[art. 20 della legge n. 67/1988](#) e gestite in forma diretta dalle Aziende Sanitarie.

Nei limiti del fabbisogno, sono fatte salve, secondo le modalità preesistenti, le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture finalizzate alla tutela della salute mentale. Il fabbisogno di residenzialità è individuato nel rapporto percentuale dello 0,30 per mille abitanti su base complessiva regionale. Il riferito fabbisogno è comprensivo dei posti letto attualmente accreditati presso le case di cura neuropsichiatriche i quali, nel limite del 50% dell'attuale dotazione, dovranno essere riconvertiti, entro il 31 dicembre 2007, secondo le indicazioni formulate con deliberazione di Giunta regionale. Nei limiti del fabbisogno pari a 0,50 posti letto ogni mille abitanti su base complessiva regionale, con le modalità previste dalla legge preesistente, possono essere autorizzate ed accreditate senza limiti territoriali strutture finalizzate alla riabilitazione estensiva territoriale e domiciliare ⁽²⁵⁾.

Le sperimentazioni gestionali

Secondo quanto previsto dall'[art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992](#) e successive modificazioni ed integrazioni, la Regione potrà autorizzare progetti di sperimentazione gestionale da elaborare ed attuare su iniziativa di enti sanitari e socio-assistenziali, attraverso forme di collaborazione pubblico-privato, anche mediante la costituzione di nuovi soggetti.

Il progetto di sperimentazione dovrà essere coerente con gli obiettivi e le priorità della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dovrà altresì essere finalizzato:

- al contenimento della spesa sanitaria;
- al miglioramento della efficienza e della qualità dell'assistenza;
- alla riqualificazione delle strutture sanitarie;
- al riequilibrio, anche su base territoriale, delle diverse tipologie di assistenza sanitaria e socio-assistenziale;
- alla riduzione progressiva della mobilità sanitaria, anche instaurando idonee forme di collaborazione con strutture sanitarie di eccellenza, verso le quali si rivolge la domanda di assistenza da parte di cittadini della Regione.

Particolare attenzione, a tal fine, sarà riservata a progetti diretti alla realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza.

Ove il progetto di sperimentazione preveda la istituzione di un nuovo soggetto, nel definire la composizione dello stesso e la rappresentanza al suo interno di soggetti impegnati nella sperimentazione, si terrà conto della rilevanza, sotto il profilo sociale, socio-sanitario, sanitario e finanziario, dell'apporto dei diversi soggetti alla elaborazione ed attuazione del progetto.

L'eventuale apporto finanziario da parte della Regione alla realizzazione della sperimentazione e la definizione delle modalità di finanziamento dell'attività sanitaria oggetto del progetto, saranno definiti in funzione della rilevanza del progetto stesso, tenendo conto dei previsti risultati positivi per il Servizio Sanitario Regionale e delle ricadute sociali, nonché della necessità di assicurare, per la durata della sperimentazione, l'equilibrio economico-finanziario della sperimentazione stessa; questa dovrà comunque assicurare, a regime, la realizzazione di economie di spesa.

La Regione, sulla base di un progetto di massima presentato dal soggetto promotore della sperimentazione, valuterà preventivamente la congruità del progetto, che dovrà essere elaborato in forma definitiva e approvato dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente, prima dell'avvio della sperimentazione.

Allo svolgimento della sperimentazione sovrintenderà il Dipartimento Sanità, eventualmente coadiuvato, ove la complessità e rilevanza del progetto di sperimentazione lo richiedesse, da un apposito organismo di monitoraggio, composto pariteticamente da rappresentanti dei diversi soggetti impegnati nella sperimentazione.

Tale organismo svolgerà una funzione di monitoraggio del processo, fornendo all'Assessore relazioni periodiche sull'andamento dello stesso e, a conclusione di questa, esprimendo una valutazione dei risultati conseguiti, anche ai fini della adozione dei provvedimenti conseguenti.

Gestione e sviluppo delle risorse umane

Con gli indirizzi di programmazione sanitaria annuale e nell'ambito dell'Atto Aziendale sono definite disposizioni in materia di controllo, di gestione del sistema budgetario nonché di gestione e sviluppo delle risorse umane, di sviluppo continuo

della professionalità, di formazione continua, in coerenza con le finalità e gli obiettivi del presente P.R.S.

Il personale medico utilizzato nelle Aziende Ospedaliere, per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente P.R.S., dovrà di norma essere in possesso di regolare rapporto di dipendenza con il S.S.R.

In materia di formazione e sviluppo continuo della professionalità la Giunta regionale promuove iniziative di ricerca, formazione e valutazione della organizzazione dei servizi sanitari e dell'assistenza sanitaria, in collaborazione con Enti e istituzioni specializzate, di carattere nazionale od internazionale, anche attraverso specifiche sperimentazioni gestionali.

La Giunta regionale individua adeguate forme di partecipazione degli ordini, dei collegi professionali e delle associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale alla programmazione ed alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, con la collaborazione dell'Università.

Sistema informativo sanitario regionale

L'esigenza di conciliare la crescente domanda di qualità del Servizio Sanitario e quindi delle aspettative dei cittadini nei confronti della sanità pubblica, con l'obiettivo del contenimento della spesa e il controllo dei costi determina la necessità di un utilizzo integrato (sanitario, amministrativo e gestionale) dell'informatica, adeguata a supportare le attività di governo strategico delle aziende e del sistema nel suo complesso.

La strategia di conseguimento dei suddetti obiettivi prevede:

- la creazione di un sistema a rete attento alle compatibilità tra le risorse impiegate e quelle disponibili;
- l'implementazione di più efficaci strumenti di controllo della spesa concernente gli aspetti strutturali, organizzativi e tecnico professionali;
- una maggiore integrazione tra i diversi attori del processo di diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza che incrementi il tasso dell'appropriatezza e dell'efficienza;
- un facile accesso dei cittadini all'offerta dei servizi del Sistema Sanitario;
- una riduzione sostanziale dell'utilizzo di supporti e documenti cartacei.

Il Sistema Informativo Integrato della Sanità Regionale sarà articolato su due livelli:

- un livello aziendale, finalizzato alla gestione amministrativa ed al miglioramento dei servizi sanitari offerti dalle aziende stesse;
- un livello Regionale, finalizzato alla programmazione, al controllo e ad un miglior rapporto con il cittadino/utente.

Entrambi i livelli si sostanziano in una serie di interventi volti ad integrare su scala regionale i servizi erogati ed ottimizzarne la fruizione da parte di tutti i soggetti coinvolti nella gestione della sanità pubblica compreso i cittadini.

Gli interventi sono i seguenti:

- connessione in rete di tutti gli operatori del settore coinvolti nella gestione della sanità pubblica (Assessorato, Aziende Sanitarie, presidi ospedalieri, medici di base, farmacie, centri convenzionati);
- realizzazione di un portale internet per l'accesso unificato ai servizi erogati dalle Aziende Sanitarie (prenotazione prestazioni, scelta e revoca del medico di base, prenotazione ricoveri, consultazione referti ecc.);
- costituzione presso il Dipartimento di un insieme di banche dati di supporto alle attività di tutti gli operatori del settore autorizzati;
- integrazione dei sistemi di prenotazione delle prestazioni delle singole ASL al fine di realizzare il Centro Unificato di Prenotazione delle Prestazioni Regionale;
- realizzazione di un sistema di Controllo Direzionale in grado di supportare le Direzioni del Dipartimento Sanità della Regione e gli amministratori delle Aziende nelle decisioni per il governo della spesa sanitaria sia a livello aziendale che regionale;
- armonizzare gli investimenti e le scelte tecnologiche (hardware e software) in relazione ai miglioramenti dei processi gestionali dell'Azienda Regionale e delle Aziende Ospedaliere.

Nella progettazione e realizzazione degli interventi suddetti si terrà conto di alcuni importanti vincoli: da una parte la salvaguardia degli investimenti già effettuati dalla Regione Calabria e dalle singole Aziende Sanitarie e ospedaliere, dall'altra degli aspetti organizzativi relativi, in particolare al personale delle Aziende Sanitarie preposto all'erogazione dei servizi stessi.

Si realizzerà pertanto una nuova architettura del sistema di fruizione dei servizi in area Sanitaria che sia il meno possibile intrusiva nei confronti dei sistemi informativi esistenti, ma nello stesso tempo riutilizzi i loro contenuti informativi (le banche dati), procedendo anche alla loro integrazione per ottenere nuovi servizi a valore aggiunto.

Tale architettura dovrà essere coerente con l'ormai diffusa tendenza di utilizzare modelli e strumenti di comunicazione del mondo WEB allo scopo di portare i servizi anche direttamente nelle case e negli studi professionali, limitando così l'intermediazione amministrativa ed innalzando qualitativamente compiti e mansioni del personale coinvolto.

Al fine di governare questo nuovo processo di informatizzazione del settore, la Regione intende costituire, sul modello di Agenzia, un Centro Servizi Informativi per la Sanità Regionale funzionale a sostenere gli obiettivi prioritari di miglioramento della qualità del Servizio Sanitario e di razionalizzazione e contenimento della spesa.

Il Centro Servizi Informativi Sanità Regionale avrà come compito quello di:

- effettuare la gestione tecnico ed operativa dei sistemi HW e SW centrali sui quali risiederanno i sistemi informativi e le banche dati necessari per una più efficiente ed efficace erogazione dei servizi agli utenti del Servizio Sanitario regionale;
- governare il processo di informatizzazione dei servizi sanitari in atto nelle aziende sul territorio finalizzando tutti gli interventi da esse effettuati al raggiungimento degli obiettivi descritti precedentemente;

- definire gli standard tecnologici ed architetture validi per la Sanità Regionale in piena coerenza con quanto previsto dai piani di e-government del Ministero dell'Innovazione Tecnologica;
- dettare le linee guida per la cooperazione applicativa tra i diversi sistemi informativi utilizzati nella Sanità regionale;
- sviluppare un modello di programmazione e controllo direzionale efficace per la direzione nella gestione di ogni Azienda e nella pianificazione e controllo complessivo del sistema sanità Regionale;

con l'obiettivo di:

- migliorare la qualità dei servizi da erogare ai cittadini ed agli altri operatori del settore;
- rispettare l'autonomia di tutti i soggetti coinvolti (imprese private, aziende sanitarie, operatori, cittadini, ecc.);
- garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- perseguire una politica di sviluppo dell'intero Sistema Informativo Sanitario Regionale che miri al recupero ed alla integrazione di tutte le esperienze e prodotti attualmente utilizzati.

Gli interventi previsti sono:

A. Portale di Accesso ai Servizi Sanitari

È fondamentale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini l'interscambio di informazioni ai diversi livelli tra operatori della Sanità.

Come enunciato nel Piano, gli obiettivi principali che si intendono perseguire per la ottimizzazione dell'offerta dei servizi sanitari ai cittadini sono quelli di:

- favorire la interoperabilità e la cooperazione tra i diversi soggetti coinvolti nella gestione della sanità pubblica (Aziende sanitarie, presidi ospedalieri, assessorato, medici di base ecc.), rendendo possibile lo scambio informativo per via telematica tra di essi;
- veicolare direttamente ai cittadini attraverso diversi strumenti di comunicazione dell'informazione un insieme di servizi telematici di carattere settoriale ed applicativo messi a disposizione dagli enti connessi alla rete;

Al fine di raggiungere gli obiettivi citati risulta pertanto necessario:

- connettere in rete tutti i soggetti delegati alla gestione del servizio sanitario Regionale;
- realizzare una interfaccia unica di accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini.

Tramite tale portale di accesso dovrà pertanto essere possibile:

- ottenere informazioni sulla struttura organizzativa del Dipartimento Sanità e delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere;
- consultare tutte le informazioni inerenti alle attività svolte dai soggetti interessati alla Sanità Regionale;

- ottenere informazioni sulle modalità di accesso ai servizi offerti;
- accedere ai Servizi offerti del Dipartimento Sanità e delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (carta dei servizi su Internet).

B. Refertazione delle prestazioni

Il presente progetto si propone di rendere disponibili i referti di laboratorio per i pazienti ed i loro medici curanti in tempo reale, attraverso utilizzo della rete informatica protetta regionale ed è finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- migliorare i tempi di consegna dei referti;
- evitare i frequenti spostamenti degli utenti per il ritiro dei referti;
- garantire la sicurezza e la riservatezza dei referti prodotti;
- collaborare al processo di innovazione tecnologica del sistema sanitario integrandosi ai sistemi già attualmente disponibili ed agevolando la comunicazione tra i diversi sistemi di backoffice;
- rafforzare il rapporto tra paziente e medico di medicina generale.

C. Costituzione Banche dati Area Sanità

Al fine di consentire una più agevole fruizione dei servizi informativi che verranno resi disponibili sul portale territoriale della Sanità, si prevede la costituzione di un insieme di banche dati nelle quali confluiranno tutte le informazioni provenienti dai sistemi informativi delle aziende coinvolte. La stessa costituirà la base dati sulla quale verranno successivamente costruite tutte le applicazioni del Sistema Informativo Regionale.

D. Servizi unificati per la prenotazione delle prestazioni

L'utente deve essere al centro di un sistema in grado di garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute intesi come momenti prenotativi ed erogativi che tengano conto della diversa accessibilità e fruibilità di prestazioni sanitarie. In virtù di quanto previsto nel piano nazionale di e-Government vi è la necessità di erogare quattro servizi prioritari agli utenti che sono:

- prenotazione prestazioni specialistiche e "fornitura" dei relativi referti;
- prenotazione ricoveri ospedalieri;
- prenotazione e risultati di analisi cliniche;
- prenotazione ricoveri in assistenza residenziale e semiresidenziale.

La soluzione prevede la federazione di tutti i sistemi di prenotazione presenti presso le aziende della Regione, costituendo in tal modo un sistema in grado di far accedere l'utente ai servizi offerti dalle Strutture Sanitarie, indipendentemente dalla loro dislocazione fisica.

L'interazione tra i sistemi C.U.P. (Centro Unificato di Prenotazioni) delle diverse ASL da vita ad un unico C.U.P. Regionale in grado di gestire tutte le prenotazioni delle prestazioni erogabili dalle strutture sanitarie presenti sul territorio regionale, facilitandone l'accesso, divulgandone i servizi e le prestazioni disponibili, e

consentendo una reale conoscenza dei bisogni sanitari e dei livelli di qualità espressi dalle strutture.

La realizzazione del C.U.P. Calabria avviene attraverso la realizzazione di un piano di attività che prevede:

- l'interconnessione di tutti i sottosistemi con realizzazione di un unico sistema di prenotazione in grado di gestire l'intera offerta sanitaria della Regione;
- l'estensione della rete di accesso (anche attraverso il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta);
- la sperimentazione di nuovi sistemi di pagamento;
- la realizzazione di un sistema integrato di ADT e di gestione delle liste di attesa, in grado di fornire garanzie di trasparenza ed equità nell'accesso alle prestazioni e supportare, con informazioni attendibili sul rapporto domanda/offerta, le scelte di politica sanitaria in ambito ospedaliero.

Tale tipo di implementazione non è invasiva e consentirà il riutilizzo dei sistemi di prenotazione delle prestazioni presenti presso le ASL.

E. Sistema per il controllo e monitoraggio

L'obiettivo principale dell'intervento è di fornire un sistema di supporto alle decisioni per il governo della spesa sanitaria sia a livello locale che regionale. Il sistema prevede di:

- pianificare e monitorare l'andamento economico-finanziario nonché quello delle prestazioni erogate ai cittadini in termini quantitativi e qualitativi;
- migliorare l'efficienza gestionale delle strutture territoriali e del sistema sanitario regionale;
- costruire un flusso informativo che sia in grado di alimentare il sistema di indicatori di efficienza e di qualità del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale;
- creare statistiche sanitarie relative agli assistiti, alle prestazioni erogate, al bacino di utenza da utilizzare per scopi di analisi epidemiologica e di programmazione di medio periodo delle strutture erogatrici sul territorio;
- calcolare e monitorare le tariffe regionali per le prestazioni erogate agli assistiti.

Gli obiettivi specifici che si vogliono perseguire sono:

- creare un modello di comportamento gestionale uniforme e fornire un'unica metodologia di preventivazione e consuntivazione dei costi, sia a livello di strutture territoriali, che a livello regionale;
- aumentare il livello di responsabilizzazione delle singole strutture e la sensibilizzazione alla gestione per obiettivi;
- analizzare i costi ed i ricavi a livello locale, al fine di evidenziare i principali fattori gestionali da governare;
- definire e sperimentare il sistema di gestione dei profili di cura, di calcolo e controllo delle tariffe a livello regionale;

- effettuare a livello regionale, il monitoraggio degli indicatori sia economici che quali-quantitativi;
- sviluppare un efficace sistema di reporting per gli organi di governo regionali e per le singole Aziende;
- Proseguire nel potenziamento del Sistema di Governo della Sanità, estendendo l'utilizzo dei benchmarking quale strumento di valutazione delle politiche gestionali delle diverse Aziende.

Gli interventi specifici riguardano:

1. affinamento del processo di acquisizione dei dati, attraverso:

- la realizzazione di strumenti che consentano l'estrazione automatizzata delle informazioni di sintesi relative al ciclo passivo a partire dai sistemi amministrativi attivati in base alle disposizioni normative della *L.R. n. 43/1996*;
- ulteriore standardizzazione del processo di rilevazione dei dati relativi al ciclo attivo o, più in generale, non ricavabili in maniera automatizzata dai sistemi gestionali delle Aziende;

2. definizioni dei set di indicatori regionali per l'analisi nei seguenti ambiti:

- area del bisogno;
- area della domanda (evasa ed inevasa);
- area dell'offerta;
- area del risultato;

3. diffusione presso le Aziende di sistemi omogenei di Supporto alle Decisioni, strettamente integrati con il Sistema di Governo della Sanità;

4. affinamento degli strumenti di analisi sulle politiche gestionali delle Aziende basati su indagini comparative delle diverse strutture sanitarie (valutazione "*cross-section*") o nel tempo per una stessa struttura (valutazione "*over-time*");

5. definizione del sistema informatico distrettuale (indicatori, *report*, *benchmarking*).

F. Armonizzazione dei principali sistemi informatici di gestione

L'obiettivo è migliorare i processi gestionali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere prevedendo, in tale ambito l'adozione e l'implementazione di nuovi sistemi per la progressiva omogeneizzazione, da parte delle diverse Aziende, dei principali sistemi di gestione e controllo, in particolare:

- sistema di contabilità economico patrimoniale ed analitica;
- sistema di gestione del personale;
- sistema di gestione dell'Anagrafe Sanitaria;
- sistema di gestione della spesa farmaceutica.

Potenziamento dell'Osservazione Epidemiologica - PON-ATAS Regioni Obiettivo 1 - 2000-2006

PREMESSA

La funzione di osservazione epidemiologica in Italia è stata storicamente finalizzata ad assistere processi decisionali attraverso lo sviluppo di sistemi informativi sanitari, la promozione della qualità dei servizi, la pianificazione e la valutazione fondata sulle evidenze epidemiologiche e la realizzazione di indagini epidemiologiche ad hoc. I processi decisionali, che hanno coinvolto la funzione epidemiologica con compiti di monitoraggio, hanno riguardato scelte di scala strategica (piani regionali) o congiunturale (verifiche di processo) od occasionale (emergenze). L'osservazione epidemiologica ha storicamente interessato molteplici interventi e politiche aventi un potenziale impatto sulla salute della popolazione, sia in campo sanitario, sia ambientale, sociale, economico o educativo.

La funzione si realizza attraverso la messa in opera di sistemi informativi correnti (mortalità, morbosità) o ad hoc, e la loro valorizzazione attraverso appropriati modelli di studio; nonché attraverso la valorizzazione e l'utilizzazione delle conoscenze presenti nella comunità scientifica reperibili nella letteratura nazionale ed internazionale.

Alcuni degli elementi costitutivi dell'osservazione epidemiologica regionale, quali sistemi informativi, modelli di studio, fonti bibliografiche, comunicazione, per loro natura sono potenzialmente standardizzabili, altri sono meno disciplinabili secondo modelli riproducibili sia perché dipendenti dalle caratteristiche del contesto istituzionale, politico ed organizzativo a cui si applicano, sia perché condizionati al tema oggetto di osservazione.

A tale proposito il Ministero della Salute è titolare del Progetto Operativo Nazionale per l'Assistenza Tecnica e Azioni di Sistema (PON-ATAS) rivolto alle regioni Obiettivo 1 (tra cui la Calabria) e finanziato sul Fondo Sociale Europeo denominato "Trasferimento delle metodologie e degli strumenti appropriati a supporto della qualità del sistema di governo delle politiche sanitarie sul territorio nelle fasi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e valutazione".

Tale progetto intende avviare una azione di sistema articolata in diverse iniziative che concorrono unitamente allo sviluppo del processo di modernizzazione in atto nella Pubblica Amministrazione, attraverso la promozione di un accresciuto know-how per il governo delle politiche sanitarie sul territorio ed alla maturazione di un approccio di mantenimento della salute che si basi sull'interconnessione di varie componenti (ambientali, culturali, sociali) e sull'integrazione delle politiche di tutela da parte di differenti Istituzioni Pubbliche (Aziende Sanitarie, Enti Locali, Istituzioni su territorio). Nel progetto sono individuati tre ambiti:

1. Sostegno al processo della programmazione/valutazione dei progetti e degli interventi sanitari:

a. Formazione e assistenza tecnica alla programmazione sanitaria;

b. Elaborazione strumenti di progettazione integrata, sociale, sanitaria e ambientale.

2. Sostegno alla funzione epidemiologica:

a. Formazione e assistenza tecnica agli osservatori epidemiologici regionali;

b. Progettazione e prima sperimentazione di una rete degli osservatori epidemiologici regionali.

3. Diffusione delle esperienze migliori ed elaborazione di modelli innovativi:

a. Individuazione e diffusione delle esperienze migliori ed elaborazione di modelli innovativi basate sull'utilizzo dei dati epidemiologici;

b. Elaborazione di modelli e sistemi innovativi in grado di correlare le dinamiche epidemiologiche agli agenti inquinanti.

Nell'ambito 2 è previsto pertanto il sostegno *alla funzione epidemiologica*, e si svolge con il supporto di formazione, produzione di manualistica e attività sperimentale nel corso dei prossimi tre anni. Di tale progetto è supervisore scientifico l'Istituto Superiore di Sanità che rappresenta allo stato la massima istituzione scientifica nazionale in campo epidemiologico. Le principali azioni previste nell'ambito 2° per il triennio 2003-2005 vengono riportate di seguito.

OBIETTIVI DI POTENZIAMENTO E CRESCITA DELLA FUNZIONE DI OSSERVAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Gli obiettivi del programma di assistenza specifica alla Regione Calabria sono commisurati alle condizioni e alle prospettive di sviluppo istituzionali ed organizzative, con l'obiettivo di perseguire il potenziamento e la crescita della funzione di osservazione epidemiologica regionale.

In particolare, nell'ambito di questo progetto la Regione intende sviluppare

a) la valorizzazione dei sistemi informativi correnti e disponibili, con una particolare attenzione alla ricerca di differenza/eterogeneità nella salute, utili a potenziare le capacità di analisi dei problemi di salute e la loro descrizione;

b) lo sviluppo di metodi e modelli di documentazione scientifica e loro utilizzo;

c) lo sviluppo di metodi e modelli di valutazione di impatto sulla salute di situazioni critiche locali caratterizzate dalla presenza di fattori di rischio ambientali e dei relativi interventi.

Questi obiettivi saranno perseguiti attraverso il trasferimento di competenze al personale del Dipartimento stesso per mezzo del supporto del partner di progetto ministeriale.

OBIETTIVI SPECIFICI E PRIORITÀ

Gli obiettivi prioritari che il progetto intende perseguire nel triennio di validità dei P.R.S. sono i seguenti:

1. Creazione del Data Ware House (D.W.H.) regionale;
2. Realizzazione di un sistema informativo geografico di mortalità;
3. Realizzazione di un modello di Relazione Sanitaria Regionale;
4. Valutazione di rischio ambientale (in collaborazione con l'A.R.P.A.CAL.).

Di seguito sono descritti in dettaglio gli obiettivi specifici del progetto organizzati per tipo di funzione, comprensivi di una breve descrizione del contenuto delle azioni necessarie, con un giudizio di priorità (su scala alta/media/bassa) relativa all'interno della funzione da sviluppare, e di una indicazione delle scadenze e del tipo di prodotto rilasciati.

Creazione data ware house sanitario regionale

Le attività previste sono le seguenti:

1. sviluppo e manutenzione dell'infrastruttura (o piattaforma) informativa;
2. aggiornamento (e formalizzazione della procedura periodica di aggiornamento) della dotazione di fonti informative esterne;
3. acquisizione e implementazione degli archivi dati costituenti il D.W.H.:
 - censimenti di popolazione di fonte Istat 1991 e 2001 (man mano che i dati provinciali vengono rilasciati nel corso del 2004);
 - mortalità Istat 1980- 2001;
 - multiscopo Istat annuale 1993-2001;
 - SDO dal 1996;
 - Infortuni e malattie professionali Inail 1990-2000 (ex D.P.C.M. 86);
 - Infortuni e malattie professionali Inail-Ispel-Regioni 2001-2002;
 - Imprese Inail 2001-2002;
4. Acquisizione e implementazione degli archivi meta dati costituenti il D.W.H.:
 - Sistemi di classificazione in ambito sanitario;
 - Sistemi di classificazione in ambito occupazionale;
 - Sistemi di classificazione in ambito geografico;
 - Sistemi di classificazione in ambito demografico-sociale;
5. assistenza ad occasioni di revisione di funzionamento di sistemi informativi a responsabilità diretta
 - Rencam locali;
 - Malattie infettive;
6. record-linkage tra fonti informative: trasferimento di requisiti tecnici di buona pratica per una eventuale applicazione sulle fonti locali

Realizzazione di un sistema informativo geografico di mortalità

L'obiettivo si propone di adeguare le capacità della fonte informativa disponibile e delle competenze delle strutture del Dipartimento Sanità e delle Aziende nello studiare i determinanti della variabilità della mortalità del proprio territorio, con particolare riguardo o alla variabilità geografica. I progetti inclusi nell'obiettivo comprendono:

- analisi dei dati del censimento di popolazione 2001, con particolare attenzione alla dimensione delle differenze geografiche e alla elaborazione di indici di deprivazione idonei per l'analisi statistica a livello comunale;
- analisi dei dati ed elaborazione di tabelle e mappe sulla distribuzione della mortalità per causa a livello comunale, per indici di rischio epidemiologici validati (tassi, SMR);

- analisi dei dati ed elaborazione di tabelle e mappe sulla distribuzione della mortalità per causa aggiustata per livelli di deprivazione comunali;
- analisi dei dati ed elaborazione di tabelle e mappe sulla distribuzione della mortalità comunale per causa per periodo temporale (trend 1980-2001).

Relazione regionale sullo stato di salute

Questo obiettivo richiede l'assistenza tecnica per la progettazione e l'elaborazione di una relazione sullo stato di salute della popolazione regionale che risulti in fase e coerente con le esigenze di programmazione delle politiche nella Regione, e con il ruolo della funzione di osservazione epidemiologica nell'architettura istituzionale del sistema sanitario regionale.

In linea generale il prodotto dovrà includere una definizione di modello di relazione sanitaria in grado di accogliere sia indicatori disponibili a livello nazionale per i confronti con il resto d'Italia, sia indicatori derivati dalla valorizzazione di fonti informative locali per i confronti interni alla Regione. L'assistenza tecnica da parte ministeriale o dei partner individuati dal Ministero stesso consiste, in questo caso, sia nella consulenza alla progettazione, sia nella valorizzazione epidemiologica dei sistemi informativi presenti nel D.W.H.

L'obiettivo richiede che per le fonti informative disponibili si realizzi una versione prototipale di relazione comprensiva di analisi dei dati sanitari correnti e di presentazione dei risultati, che descriva la distribuzione territoriale dei problemi di salute rappresentabili con quella fonte. Tale obiettivo dovrebbe essere realizzato nel corso del 2004 se finalizzato alla sola analisi geografica; nel caso che esso includa anche altre dimensioni (quali quella sociale), esso può slittare entro la prima metà del 2005.

Le fonti informative da includere in questo obiettivo sono:

- Mortalità Istat 1980-2001
- Morbosità stimata attraverso i ricoveri ospedalieri dal 1996
- Health for All (1980-2002)
- Indagine salute 2000
- Struttura produttiva Inail (2001-2002)
- Infortuni e malattie professionali Inail 2001-2002

Valutazione di rischio ambientale

Questo obiettivo riveste alta priorità e si dovrà applicare sia alla revisione del sotto-sistema di indicatori di effetto sulla salute che si integra nel sistema di indicatori del modello DPSEER (e della relativa rete di rilevazione dei dati ambientali che l'alimenta) e sulla gestione di una situazione di alta criticità ambientale nella Regione con caratteristiche prototipali. La situazione di alta criticità ambientale sarà individuata in accordo con l'Agenzia per la protezione ambientale della Calabria (A.R.P.A.CAL.).

L'obiettivo si articola in:

- revisione delle potenzialità di elaborazione di indicatori epidemiologici nel sistema DPSEER, con elaborazione di raccomandazioni per una revisione della

qualità e del disegno dei corrispettivi indicatori ambientali;

- analisi della distribuzione dei problemi di salute nell'area critica identificata e confronto con la situazione delle aree circostanti.

ASPETTI CRITICI E CONCLUSIONI

Le principali criticità applicative che l'articolazione del programma possiede è in gran parte legata alla dotazione di risorse, umane e tecnologiche, sia del Dipartimento che delle Aziende del S.S.R., nonché per l'evoluzione del ruolo che lo stesso Dipartimento avrà nella struttura della Regione e del Servizio Sanitario regionale. A tal fine dovrà essere fornito uno specifico supporto finanziario nell'ambito degli obiettivi di PSN 2004-2006. Al termine dell'attività di sostegno allo sviluppo della funzione di osservazione epidemiologica prevista dal Programma PON-ATAS 2000-2006 citato, le attività sperimentate costituiranno il modello per la conduzione della funzione epidemiologica regionale.

Verifica periodica

Al fine di monitorare scientificamente la spesa sanitaria ed introdurre i correttivi necessari ed utili per l'ottimizzazione delle risorse e l'offerta di servizi sempre più competitivi sul mercato, anche al fine di ridurre le migrazioni ed il ricorso alle strutture private, il Dipartimento regionale della Sanità provvederà, con periodicità trimestrale alla verifica della spesa sostenuta dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione.

Analogamente, con la stessa periodicità, la competente Struttura del Dipartimento Sanità provvederà, con idonea metodologia, alla diffusione delle informazioni epidemiologiche e demografiche relative al territorio regionale.

(24) Comma aggiunto dall'*art. 14, comma 1, lettera b), L.R. 11 agosto 2004, n. 18*.

(25) Il presente comma aggiunto dall'*art. 14, comma 1, lettera c), L.R. 11 agosto 2004, n. 18*, poi modificato dall'*art. 4, comma 1, L.R. 16 febbraio 2005, n. 2* (vedi anche le altre disposizioni di cui al medesimo comma), è stato successivamente così sostituito per effetto dell'*art. 31, comma 5, L.R. 21 agosto 2006, n. 7*, il quale ha sostituito la predetta lettera c) del comma 1 dell'*art. 14, L.R. n. 18/2004* (vedi anche il comma 6 del suddetto art. 31). Il testo precedente era così formulato: «Nei limiti del fabbisogno, sono fatte salve, secondo le modalità preesistenti, le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture finalizzate alla tutela della salute mentale. Il fabbisogno di residenzialità è individuato nel rapporto percentuale dello 0,30 per mille abitanti su base complessiva regionale. Il riferito fabbisogno è comprensivo dei posti letto attualmente accreditati presso le case di cura neuropsichiatriche i quali, nel limite del 50% dell'attuale dotazione, dovranno essere riconvertiti, entro 18 mesi dall'approvazione della presente legge [termine prorogato al 30 settembre 2006 dall'*art. 23, comma 1, L.R. 11 gennaio 2006, n. 1*], secondo la tipologia individuata nella direttiva approvata dalla Giunta regionale con *Delib.G.R. 13 luglio 2004, n. 477* a pena di decadenza della relativa autorizzazione. Nei limiti del fabbisogno pari a 0,50 posti letto ogni mille abitanti su base complessiva regionale, con le modalità previste dalla legge preesistente, possono essere autorizzate ed accreditate senza limiti territoriali strutture finalizzate alla riabilitazione estensiva territoriale e domiciliare».

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.



Regione Calabria

PROGRAMMA OPERATIVO
2022-2025
Novembre 2022

INDICE

1. QUADRO GENERALE	7
1.1 Indirizzo strategico.....	7
1.2 Contesto regionale demografico e sanitario.....	8
1.2.1 Contesto territoriale e demografico	8
1.2.2 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).....	10
1.3 La mobilità ospedaliera extraregionale.....	21
1.4 Gli obiettivi del Programma Operativo.....	32
1.5 La struttura descrittiva del Programma Operativo.....	32
2. GOVERNANCE DEL PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2025	33
2.1. Individuazione e organizzazione delle strutture responsabili della gestione del Programma Operativo: Commissario ad Acta, Dipartimento, Aziende	33
2.2. Governance dei Flussi Informativi	36
2.2.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi	36
2.2.2 Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi NSIS	37
2.2.3 Rafforzamento del ruolo centrale del Dipartimento Tutela della Salute nella gestione dei Flussi Informativi	41
2.2.4 I nuovi flussi informativi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	42
2.3 Definizione e copertura del fabbisogno di personale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari	43
3. GESTIONE DEL PERSONALE	43
3.1 Definizione e copertura del fabbisogno del personale del SSR in linea con gli obiettivi del PO tenuto conto dell'Emergenza epidemiologica COVID-19	43
3.1.1 Elaborazione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale per le Aziende del SSR	44
3.1.2 Adeguamento del fabbisogno del personale	47
3.2 Reclutamento e procedure concorsuali.....	49
3.3 Riqualficazione degli organici del SSR e definizione dei percorsi formativi volti al miglioramento delle competenze del personale delle Aziende	49
3.4 Flussi informativi sul personale del SSR	50

4.	DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEBITO PREGRESSO	51
4.1	Ricognizione e riconciliazione del debito pregresso	51
4.2	Piattaforma Sec-Sisr relativa alla gestione del contenzioso	54
5.	SISTEMI INFORMATIVI	56
6.	CONTABILITÀ ANALITICA	65
7.	GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI	68
7.1	Pianificazione pluriennale degli investimenti.....	72
7.2	Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007	73
7.3	Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico. (Art. 6, c. 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con modif. nella L.n. 60/2019 - Art. 3, c. 2 del D.L. n. 1502020 convertito con modif. nella L. n. 181/2020).....	75
7.3.1	Accordo di Programma da sottoscrivere	76
7.3.2	Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno	79
7.3.3	Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35)	81
7.4	Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020.....	84
7.5	Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020.....	86
7.6	Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019).	89
7.7	Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio 2020).	90
7.8	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute	91
7.8.1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima	91
7.8.2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale	95
8.	POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI	100
8.1	Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS	102

8.2	Riorganizzazione dei percorsi per gli acquisti centralizzati	104
8.3	Monitoraggio della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti	106
8.3.1	Distribuzione in Nome e Per Conto farmaci A-PHT e Ossigenoterapia a Lungo Termine	112
8.4	Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata	114
8.4.1	Farmaceutica territoriale: Farmaci equivalenti	118
8.5	Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)	119
8.6	Appropriato utilizzo dei dispositivi medici: definizione delle azioni di contenimento della spesa...	122
8.7	Health Technology Assessment ed innovazione	126
8.8	Sperimentazione attività della farmacia dei servizi	128
9.	GESTIONE DEGLI ACQUISTI	131
9.1	Pianificazione pluriennale degli acquisti ed analisi e governo dei fabbisogni	131
9.2	Audit.....	139
10.	RETE OSPEDALIERA	139
10.1	Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro.....	139
10.2	Rete ospedaliera - stato di attuazione e programmazione.....	141
10.3	Distribuzione geografica dei servizi ospedalieri	141
10.3.1	Analisi dei posti letto e del tasso di occupazione	143
10.3.2	Area Chirurgica (chirurgia generale e ortopedia) e Area Materno-Infantile (ginecologia e punti nascita)	146
10.3.3	Analisi dell'attività chirurgica degli HUB	151
10.3.4	Analisi degli esiti	152
10.4	Riconfigurazione della rete ospedaliera	153
11.	RETI ASSISTENZIALI	155
11.1	Rete Emergenza–Urgenza	155
11.1.1	Centrali Operative (CO) 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e PPI	156
11.1.2	Elisoccorso ed Elisuperfici.....	157
11.2	Rete pediatrica e Rete dell'emergenza pediatrica	163
11.3	Le Reti Tempo-Dipendenti.....	164

11.3.1	Rete Sindrome Coronarica Acuta (SCA)	164
11.3.2	Rete Traumatologica	166
11.3.3	Rete Stroke.....	168
11.3.4	Rete Trasporto Neonatale	171
11.3.5	Rete dei Consultori Familiari e dei Punti Nascita	173
11.4	Rete Laboratoristica Pubblica/Privata	175
12.	ALTRE RETI ASSISTENZIALI	177
12.1	Rete Oncologica	177
12.2	Rete Tumori Rari	178
12.3	Rete Nefrologica e dialitica.....	179
12.4	Rete di Medicina Trasfusionale	181
12.5	Rete Trapianti	183
12.5.1	Rete trapianti di fegato in Calabria	185
12.6	Rete per le Malattie Rare.....	186
12.7	Rete Endocrinologica	188
12.8	Rete Diabetologica	189
12.9	Rete Medicina di Genere.....	190
13.	RETI ASSISTENZIALI AD INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	192
13.1	Rete Riabilitazione e Lungodegenza.....	192
13.2	Rete Sclerosi Multipla.....	193
13.3	Rete Broncopneumologica	195
13.4	Rete delle cure palliative e terapia del dolore	197
13.4.1	Rete Terapia del Dolore	197
13.4.2	Rete di Cure Palliative	198
13.5	Rete Cefalee.....	201
14.	RETE TERRITORIALE	204
15.	PREVENZIONE	219
15.1	Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare.....	219
15.2	Screening oncologici di popolazione	226

15.3	Screening Neonatale Esteso (SNE)	238
15.4	Screening neonatali Audiologico e Oftalmologico	239
15.5	Vaccinazioni	242
15.6	Prevenzione infezioni correlate all'assistenza da germi multi resistenti (PNCAR)	244
15.7	Prevenzione dell'Obesità, Diabete e Patologie cardiovascolari	246
16.	ACCREDITAMENTI DEGLI EROGATORI	248
16.1	Adeguamento della vigente normativa regionale alla normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali.....	248
16.2	Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.)	252
16.3	Ridefinizione delle tariffe per l'assistenza territoriale	255
16.4	Rapporti con gli erogatori privati.....	256
17.	ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE D'ATTESA.....	259
18.	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	263
19.	GESTIONE PAGAMENTI	266
19.1	Programmazione, gestione dei pagamenti del SSR e monitoraggio dei tempi di pagamento corrente	266
20.	PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI.....	269
20.1	Attuazione delle azioni previste dall'ultimo decreto del PAC, da parte delle Aziende sanitarie	269
20.2	Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC	274
21.	TENDENZIALE PROGRAMMATICO 2022-2025	275

1. QUADRO GENERALE

1.1 Indirizzo strategico

Il Programma Operativo 2022-2025 è il quinto da quando la Regione Calabria è in regime di commissariamento, sottoscritto con l'accordo per il Piano di Rientro nel rispetto delle direttive e sotto la sorveglianza dei Ministeri competenti ed il primo, con la peculiarità di prevedere quanto riportato dall'art. 6 del Decreto Legge del 10 novembre 2020 n. 150.¹

La proposta di Piano attuale, pur proseguendo la programmazione del precedente triennio 2019-2021 (DCA 57/2020) in relazione ad alcuni aspetti non realizzati tiene conto dello scenario del tutto mutato per la sopravvenienza dell'evento pandemico da Covid-19, ancora oggi incombente e che rischia di trasformarsi in un fatto endemico, con il quale, quindi, confrontarsi ancora nel tempo.

In relazione a quanto sopra, la Regione Calabria ha adeguato la propria legislazione sanitaria in linea alla normativa nazionale, mediante l'adozione di appositi provvedimenti tra cui, per ultimo, la proposta di Programma Operativo gestione emergenza Covid.²

Pertanto, al decision maker si impongono una serie di riflessioni nell'impostazione di un programma sanitario appropriato/adequato a sostenere il post-Covid, tenendo in considerazione i nuovi scenari imposti dalla patologia pandemica e delle refluenze negative sulla salute della popolazione rispetto a patologie considerate fino a qualche tempo fa sotto controllo che hanno ripreso corpo per effetto della riduzione delle prestazioni nei diversi setting assistenziali (ricoveri ordinari, diurni, attività ambulatoriali, etc.). Tali argomentazioni trovano conferma nei documenti delle diverse istituzioni governative e scientifiche³ e nei rapporti sul coordinamento della finanza pubblica dell'ultimo biennio⁴.

In presenza di questo scenario è essenziale che il Programma Operativo valorizzi tre componenti fondamentali per l'organizzazione quali: (i) le Persone, Formazione, Change Management, (ii) i Sistemi Informativi, e (iii) l'attuazione del Programma Operativo.

Le Persone, Formazione, Change Management

Per consentire un effettivo sviluppo di competenze occorre programmare adeguati percorsi formativi orientati al change management che passino necessariamente anche attraverso un virtuoso utilizzo del turnover generazionale e consentendo l'ingresso di professionalità che siano motivate verso metodi di lavoro e tecnologie innovative.

¹ Decreto Legge del 10 novembre 2020 n. 150 - Art. 6 *Contributo di solidarietà e finanziamento del sistema di programmazione e controllo del Servizio sanitario della regione Calabria*

- Comma 1. Al fine di supportare gli interventi di potenziamento del servizio sanitario regionale stante la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria presente nella regione Calabria, è accantonata a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, commi 34 e 34 -bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la somma di 60 milioni di euro in favore della regione stessa.
- Comma 2. L'erogazione della somma di cui al comma 1, è condizionata alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2022-2023 e alla sottoscrizione di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni contenente le modalità di erogazione delle risorse di cui al comma 1.

² Per fronteggiare l'emergenza COVID, i fondi stanziati per la Regione Calabria, utilizzabili nell'anno 2020 sono in totale pari a 116,7 €/mln, di cui 115,1 €/mln a valere sul FSN e 1,6 €/mln riferiti all'Art. 20 della Legge n. 67/1988 in materia di edilizia sanitaria. Il dettaglio del finanziamento della voce dei Contributi FSR è così composto:

- 21,1 €/mln, previsti dall'Art. 1 del DL n. 14/2020;
- 23,9 €/mln, previsti dagli Artt.1 e 3 del DL n. 18/2020;
- 54,7 €/mln, previsti dal DL n.34/2020;
- 15,3 €/mln, previsti dal DL 104/2020.

³ Documento di indirizzo e di raccomandazioni per garantire la continuità di cura dei pazienti oncologici, cardiologici ed ematologici. AGENAS in collaborazione con FOCE, marzo 2021.

⁴ Rapporti sul coordinamento della finanza pubblica anni 2020 e 2021 – Corte dei Conti.

Tale aspetto riguarda non solo l'ambito amministrativo-gestionale fortemente depauperato in termini quali-quantitativi ma anche e soprattutto l'ambito sanitario, laddove l'attrattività del sistema è fortemente legata alla capacità dei professionisti delle diverse discipline di fornire prestazioni sanitarie al passo con i tempi e in continuo aggiornamento.

Pertanto, bisogna prevedere ed incentivare col presente Programma Operativo l'utilizzo di forme assunzionali, consentite dalla normativa vigente, che tengano conto dell'effettiva e dimostrata esperienza professionale, per un miglioramento dell'offerta sanitaria, in termini di erogazione dei LEA, così riducendo quanto più possibile i fenomeni di migrazione che, allo stato, rappresentano i principali punti di criticità del SSR.

Sistemi Informativi

L'esito del Programma Operativo, ma in generale di una buona programmazione sanitaria, dipende, inoltre, dal funzionamento di un efficiente Sistema Informativo Regionale (SEC-SISR) ed aziendale che, ad oggi, presenta forti criticità.

Pur trovandoci, infatti, in presenza di un sistema informativo rinnovato e con ampi margini di implementazione, occorre superare la logica della frammentazione delle competenze tra i livelli regionali e, a sua volta, con il livello aziendale.

Per il raggiungimento di tale obiettivo occorre procedere ad una condivisione all'interno del macrosistema regionale, accompagnata da percorsi informativi e formativi all'interno delle Aziende Sanitarie per rendere omogenea l'interazione operativa finalizzata ad una regolare produzione di flussi e dati collegati alle attività sanitarie e quanto mai indispensabili per un corretto controllo di gestione basilare nell'adozione di tutte le "buone pratiche" in termini di attività corrente e di programmazione.

Attuazione del Programma Operativo

Per superare le criticità descritte in premessa, è quanto mai necessario garantire continuità alla governance regionale ed aziendale, consentendo unitarietà e condivisione d'azione nelle sue diverse componenti così da evitare spezzettamenti afinalistici.

Tale indispensabile condizione è l'unica che può consentire una realizzazione degli obiettivi e delle azioni del Programma Operativo in tempi realistici.

1.2 Contesto regionale demografico e sanitario

1.2.1 Contesto territoriale e demografico

La Calabria si estende su una superficie di 15.080,27 Km², con una netta prevalenza nel proprio ambito di aree montuose e collinari: la montagna si estende, infatti, per circa il 40% del territorio che, per un altro 50%, è di tipo collinare; la pianura occupa solamente il 10% della superficie regionale.

La popolazione residente, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.877.728, in lieve calo rispetto all'anno precedente (1.894.110) e rappresenta il 3,17% della popolazione italiana alla stessa data. Gli over 65enni, pari a 424.750, rappresentano il 22,6%, mentre i giovani rappresentano il 12,9% della popolazione residente.

TABELLA 1: POPOLAZIONE RESIDENTE PER SINGOLA PROVINCIA E PER SESSO – REGIONE CALABRIA

	Maschi	Femmine	Totale	% sulla popolazione residente regionale
CALABRIA	919.061	958.667	1.877.728	
Cosenza	335.162	349.624	684.786	36,5%
Catanzaro	168.755	177.759	346.514	18,5%
Reggio Calabria	256.549	270.037	526.586	28,0%
Crotone	82.692	83.925	166.617	9,0%
Vibo Valentia	75.903	77.322	153.225	8,0%

Fonte – Istat, 01/01/2021

Di seguito si riportano alcuni tra i principali indicatori demografici.

TABELLA 2: PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI

	Calabria	Italia
Tasso di natalità (per mille abitanti) - anno 2020	7,4	6,8
Tasso di mortalità (per mille abitanti) - anno 2020	11,3	12,6
Speranza di vita alla nascita (totale) - anno 2020 (dato stimato)	82	82
Indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio 2021 (dato stimato)	175	184,1
età media della popolazione - al 1° gennaio 2021 (dato stimato)	45,2	46

Fonte – Istat

Il disagio geo-morfologico

La Regione ha caratteristiche geo morfologiche di particolare difficoltà che contribuiscono allo svantaggio socioeconomico e allo spopolamento. La DGR 215 del 05/06/2018 ha aggiornato la strategia delle aree interne classificando 324 Comuni tra quelli riconosciuti a livello nazionale (58) e quelli classificati a livello regionale (266) con una popolazione interessata di quasi un milione di abitanti.

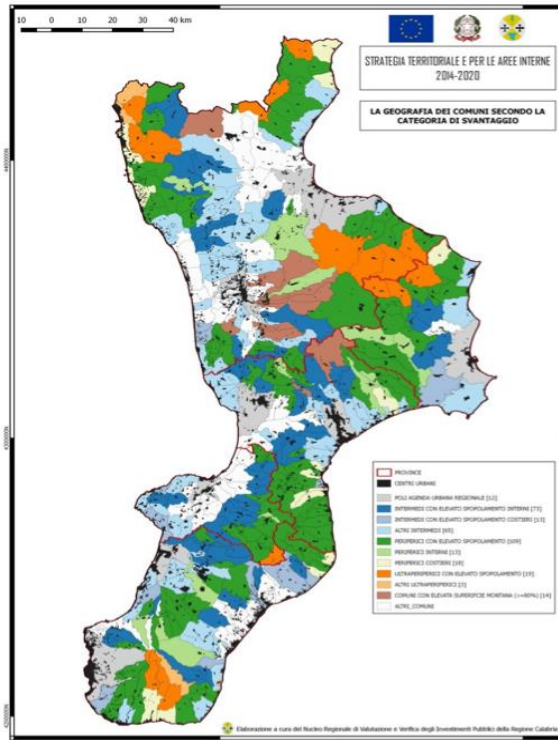
FIGURA 1. LA STRATEGIA - AREE INTERNE IN CALABRIA

STRATEGIA AREE INTERNE	N. Comuni	Popolazione (ISTAT 2011)	Superficie Km ²
Strategia Regionale Aree Interne - SRAI	266	879.299	9.743,79
Strategia Nazionale Aree Interne - SNAI	58	104.175	2.296,81
TOTALE	324	983.474	12.040,60

Fonte: DGR 215/2018

Lo studio recato dalla DGR afferma che “appare evidente che la tenuta demografica e socio-economica dell'estesa porzione di territorio calabrese classificabile come marginale e in spopolamento (nelle diverse gradazioni dei fenomeni) dipende anche dalle politiche pubbliche che, ai diversi livelli amministrativi e istituzionali (comunitario, nazionale, regionale, locale), si è in grado di definire, costruire e realizzare, in un quadro integrato e coerente d'azione pubblica e di mobilitazione delle capacità dei territori”.

FIGURA 2. LA GEOGRAFIA DEI COMUNI CALABRESI SECONDO LA CATEGORIA VANTAGGIO



FONTE: DGR 215/2018

Altro elemento caratterizzante la regione Calabria riguarda lo svantaggio sociale ed economico della popolazione calabrese riferibile, ad esempio, alla scarsa istruzione, alla carenza di lavoro e alle condizioni abitative e familiari disagiate, parametri riconducibile all'indice di deprivazione, che da molti studi viene collegato alla maggiore domanda di servizi sanitari, soprattutto a carico del servizio sanitario pubblico.

1.2.2 I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Sulla base dei dati provvisori per l'anno 2019, considerato l'indicatore complessivo del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che riassume in modo aggregato lo stato di adempimento nei vari livelli di assistenza; la qualità dei servizi resi in Calabria risulta essere in peggioramento con un punteggio pari a 125⁵ (162 nel 2018), attestandosi inadempiente secondo la “Griglia” LEA.

⁵ Una regione è considerata adempiente se presenta un punteggio ≥ 160 o compreso tra 140 e 160 senza alcun indicatore al di sotto della soglia definita critica; mentre è inadempiente se il punteggio complessivo è < 140 o compreso tra 140 e 160 ma con almeno un indicatore critico.

Adempimenti LEA – anno 2019

Adempimento	Descrizione Adempimento	Esito 2019	Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità
C.1	Obblighi informativi economici	Inadempiente	6. Contabilità Analitica
C.2 - C3	Obblighi informativi statistici - Completezza e qualità	Inadempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.5	Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003	Inadempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.6	Dispositivi medici	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi 8.6 appropriato utilizzo dei dispositivi medici
C.7	Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (NSIS-SIAD)	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.8	Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (NSIS-FAR)	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.9	Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE)	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.10	Sistema informativo per salute mentale (NSIS-SISM)	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.11	Sistema informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti (NSIS-SIND)	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.12	Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in emergenza-urgenza (NSIS-EMUR)	Adempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
C.13	Copertura e qualità dei flussi informativi comunitari e nazionali in tema di sanità veterinaria e alimenti	Inadempiente	15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare
C.14 - C.15	Flussi informativi relativi alla farmaceutica	Adempiente	8.1 Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS

C.16	Monitoraggio apparecchiature sanitarie grandi	Adempiente	2.2 Governace dei flussi informativi
E	Mantenimento erogazione dei LEA	Inadempiente	Vedi tabelle NSG
F	Assistenza ospedaliera	Adempiente	10.2 Analisi dei posti letto e del tasso di occupazione
H	Liste d'attesa	Inadempiente Richiesta di chiarimenti/integrazioni	17. Attuazione Del Piano Nazionale Governo Liste D'attesa
I	Decadenza automatica Direttori Generali	Inadempiente Documentazione non pervenuta	3. Gestione del personale
J	Tessera sanitaria	Inadempiente In attesa di relazione	2.2 Governace dei flussi informativi
L	Controllo spesa farmaceutica	Adempiente	8. politiche del farmaco
N	Contabilità analitica	Inadempiente	6. Contabilità analitica
S	Assistenza domiciliare e residenziale	Inadempiente	14. Rete territoriale
U	Prevenzione	Inadempiente	15.2 Screening oncologici di popolazione
Y	LEA aggiuntivi	Inadempiente Richiesta chiarimenti/integrazioni	10. Rete ospedaliera
Ag	Vincolo di crescita della spesa per il personale per l'anno 2019	Inadempiente In attesa di documentazione	3. Gestione del personale
AK	Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	Adempiente con impegno	11.4 rete laboratoristica pubblica/privata
AM	Controllo cartelle cliniche	Inadempiente	17. Attuazione Del Piano Nazionale Governo Liste D'attesa
AO	Cure palliative e terapia del dolore	Inadempiente	13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore
AAA	Certificazione in merito al divieto di effettuare spese non obbligatorie	Inadempiente	

AAD	Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Inadempiente	2.2 Governance dei Flussi Informativi
AAF	Percorso nascita	Adempiente con impegno	11.3.5 Rete dei Consulenti Familiari e dei Punti Nascita
AAJ	Prevenzione in sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	Inadempiente	15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare
AAM	Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la Salute 2010-2012	Inadempiente	3. gestione del personale
AAT	Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)	Inadempiente	14. rete territoriale
AAV	Rete dei centri di senologia	Inadempiente	12.1 rete oncologica

Indicatori Griglia LEA – anno 2019

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Valore
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte>=95%
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,3	93,08%
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2	61,80%
2	Prevenzione	2 Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	1	score=2
3	Prevenzione	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,6	<p>DATI PASSI</p> <p>valore osservato 2019 (IC95%): 42,26 (39,36 – 45,22)</p> <p>valore atteso 2012 (IC95%): 45,6 (41,8 – 49,5)</p> <p>DATI ISTAT</p> <p>valore osservato 2019 (IC95%): 43,86 (41,65 - 46,07)</p> <p>valore atteso 2012 (IC95%): 42,1 (39,3 -</p>

				44,9)
4	Prevenzione salute nei luoghi di Lavoro	4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,4	5,47%
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)	0,4	97,04%, prev. 0,35% in diminuzione
		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO – Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore	0,4	94,55%, prevalenza 0,39 in diminuzione >80% di inserimenti in SANAN
		5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	0,1	66,6% - % aziende sottoposte a controllo risultanti da check list 2
6	Prevenzione	6.1 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati	0,3	94.1%
		6.2 CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017). Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione"	0	Indicatore sospeso per l'anno 2019
		6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	0,3	> 100% nelle categorie frutta ed ortaggi, pari al 74% per i cereali, pari al 40% per olio. Per la classe vino non sono stati eseguiti campioni
7	Distrettuale	7.1 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite	0,59	103,46
		7.2 Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	0,59	261,05

8	Distrettuale domiciliare Anziani	8 Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	2,35	1,16%
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,17	10,65
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,29	2,61
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,59	0,73
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,35	0,06
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,12	0,66
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,12	0,12
11	Distrettuale malati terminali	11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,47	1,11
12	Distrettuale Farmaceutica	12 Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	0,50	65,0%
13	Distrettuale Specialistica	13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,59	5,38
14	Distrettuale salute mentale	14 Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	1,17	21,31
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	122,39
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	7,09
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	62,26
17	Ospedaliera	17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	2,5	0,13
18	Ospedaliera	18.1 .1 Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti	1	27,90%
		18.1.2 Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	0,50	29,60%
		18.2 Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31	0,61	17,00%

		settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN		
19	Ospedaliera	19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1,5	35,53%
21	Emergenza	21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1	22

Legenda Classi di punteggi di valutazione:

Valore normale 9; Scostamento minimo 6; Scostamento rilevante ma in miglioramento 3; Scostamento non accettabile 0; Validità del dato -1.

Nell'anno 2019 si rilevano delle criticità nel livello di **assistenza della prevenzione**, ed in particolare:

- nell'area screening per l'indicatore Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto, come già rilevato dal 2012.
- nella sanità animale e alimentare per gli indicatori MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina; MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina; ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana; CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE.

Per il livello di **assistenza distrettuale**, le criticità sono relative all'indicatore:

- Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Per l'**assistenza ospedaliera** è critico l'indicatore:

- Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.

Il punteggio molto basso e in peggioramento rispetto all'anno precedente è dovuto in particolar modo alle carenze informative quali l'insufficienza della qualità dei flussi informativi STS.24, HSP.12 e HSP.13 e della copertura del flusso informativo CEDAP.

Indicatori NSG – 2018 – 2019

Le criticità riscontrate nell'ambito della Griglia LEA trovano riscontro negli esiti della sperimentazione NSG sugli anni 2018 e 2019.

Area Prevenzione

	2018	2019	Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	100	100	
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	72,64	77,39	
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	46,35	26,04	15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare
P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100	95,28	
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT)	62,32	56,14	
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	2	2,68	15.2 Screening oncologici di popolazione
Punteggio complessivo	64,03	59,90	

Area Distrettuale con D03C*

	2018	2019	Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	100	100	
D09Z - intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	98,56	28,89	2.4.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	0	99,62	
D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	35,13	42,42	8. Politiche del farmaco e dispositivi
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	17,69	6,97	14. LA RETE TERRITORIALE
D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	70,65	82,96	
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	20,4	17,12	13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore
D33Z - es. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	43,44	48,18	14. LA RETE TERRITORIALE
Punteggio complessivo	58,44	55,50	

Area Distrettuale con D04C*

	2018	2019	Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	100	100	
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	98,56	28,89	2.4.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	0	99,62	
D14C - Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	35,13	42,42	8. Politiche del Farmaco e dispositivi
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	17,69	6,97	14. LA RETE TERRITORIALE
D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	70,65	82,96	
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	20,4	17,12	13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore
D33Z - es. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	43,44	48,18	14. LA RETE TERRITORIALE
Punteggio complessivo	58,44	55,50	

*Indicatori D03C e D04C da inserire nel CORE ad anni alterni.

Area Ospedaliera

	2018	2019	Paragrafo di riferimento per il superamento della criticità
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	100	100	
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	0	0	
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	100	100	
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	35,63	43,54	
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	20,77	21,09	10.3 Analisi degli esiti
H17C - H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno	26,91	19,97	12.1 rete consultori e dei punti nascita
Punteggio complessivo	47,22	47,43	

1.3 La mobilità ospedaliera extraregionale

La complessità del fenomeno della mobilità suggerisce di analizzare motivazioni o le circostanze che conducono alla scelta di ricevere assistenza sanitaria in un territorio differente da quello di appartenenza. A tal fine, per l'analisi della mobilità sanitaria è stato necessario suddividere le principali in due macro categorie: **evitabile ed accettabile**. Inoltre, al fine di non sovrastimare il fenomeno della mobilità, sono stati esclusi dalle SDO tutti quei ricoveri caratterizzati da mobilità apparente (riferita ai domiciliati fuori regione), da mobilità per nido o casuale.

L'area relativa alla mobilità accettabile è composta dai ricoveri per i quali la mobilità interregionale si rende necessaria per l'alta specializzazione delle cure richieste, nello specifico è composta dai ricoveri caratterizzati da DRG ad "alta complessità". Fanno parte di questo gruppo i ricoveri di mobilità di prossimità "in assenza di offerta" ovvero quei ricoveri eseguiti in regioni di prossimità in strutture che distano dalla residenza del paziente in misura \leq a 50 km e raggiungibili in 60 minuti in quanto le strutture della regione di residenza si trovano ad una distanza superiore.

L'area mobilità evitabile è relativa ai casi di ricoveri effettuati fuori regione per ottenere prestazioni disponibili anche sul territorio di residenza, ma che i pazienti per motivazioni diverse scelgono di eseguire fuori regione. L'area della mobilità evitabile viene a sua volta suddivisa in tre livelli: *mobilità di media/bassa complessità*, *mobilità inappropriata* che fa riferimento a ricoveri in regime ordinario con almeno un DRG ad alto rischio di inappropriata, *mobilità di prossimità* relativa a ricoveri entro 50 Km e 60 minuti tra il comune di residenza e la struttura di ricovero e infine, tutto ciò che non può essere inserito nelle determinanti precedentemente descritte viene etichettato come

Di seguito si riportano i dati di mobilità passiva, anno 2017, 2018, 2019, di residenti della regione Calabria, distinti per le tipologie sopradescritte:

Tab. 1 Determinanti della mobilità passiva

	Componenti della mobilità	2017		2018		2019	
		volumi	valore	volumi	valore	volumi	valore
AREA MOBILITA' ACCETTABILE	DRG alta complessità	5.406	59.138.486	5.261	57.858.396	5.053	55.647.288
	Mobilità di prossimità in assenza di servizi	1.032	3.171.282	837	2.815.343	410	1.149.053
AREA MOBILITA' EVITABILE	DRG Inappropriati	7.367	13.091.162	7.017	12.456.101	6.020	11.153.190
	Mobilità di prossimità in presenza di servizi	1.633	5.903.567	1.574	5.993.382	1.183	4.584.907
	Mobilità a bassa/media complessità	28.850	89.211.152	28.325	88.426.526	27.333	85.026.011
MOBILITA' APPARENTE	Domiciliati/Mobilità di casualità/nido	6.601	27.016.013	6.698	26.634.565	7.504	30.369.665
	TOTALE	50.889	197.531.661	49.712	194.184.312	47.503	187.930.115

Fonte dati: Elaborazione Agenas da flusso SDO anno 2017-2018-2019

Il valore della mobilità che si andrà ad analizzare è pari, per l'anno 2019, a 157.560.450 euro e fa riferimento alle aree della mobilità accettabile (56.796.342 euro) e della mobilità evitabile (100.764.108 euro).

Tab. 2 Distribuzione della mobilità per DRG ad alta complessità e primi 20 DRG

Regioni di fuga	2017		2018		2019	
	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale
LOMBARDIA	1622	78,4	1673	79,3	1614	80,5
LAZIO	1231	71,0	1257	71,5	1029	77,8
EMILIA-ROMAGNA	800	48,1	789	52,6	853	55,0
TOSCANA	474	41,4	504	46,0	314	29,6
PUGLIA	387	100,0	321	98,8	294	97,6
VENETO	214	43,9	236	50,0	235	51,9
SICILIA	191	0,0	8	0,0	234	0,0
PIEMONTE	88	28,4	78	32,1	177	52,5
BASILICATA	157	0,0	187	0,0	111	0,0
LIGURIA	104	15,4	91	7,7	76	10,5
MARCHE	12	25,0	34	20,6	55	74,5
UMBRIA	41	0,0	29	0,0	21	0,0
MOLISE	22	59,1	14	78,6	18	83,3
ABRUZZO	10	80,0	21	66,7	15	73,3
FRIULI-VENEZIA GIULIA	15	13,3	10	30,0	6	16,7
CAMPANIA	24	100,0	5	100,0	1	100,0
Totale complessivo	5406	61,0	5261	64,3	5053	64,2

PRIMI 20 MOBILITA' DI ALTA COMPLESSITA' - ANNO 2019				
DESCRIZIONE DRG24	Ricoveri in fuga	% privato	Volumi produzione interna	Volumi in fuga/pro d. Interna
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	751	81,9	3506	0,21
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	237	88,2	1434	0,17
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	230	91,3	689	0,33
009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	219	75,8	231	0,95
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	200	79,5	302	0,66
075 - Interventi maggiori sul torace	179	45,3	330	0,54
002 - Craniotomia, eta > 17 anni senza CC	144	42,4	371	0,39
570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	117	33,3	279	0,42
240 - Malattie del tessuto connettivo con CC	112	0,0	930	0,12
191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	103	39,8	161	0,64
303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	98	50,0	262	0,37
353 - Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	96	84,4	260	0,37
555 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	86	96,5	207	0,42
545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	85	77,6	209	0,41
192 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	82	47,6	101	0,81
155 - Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta > 17 anni senza CC	78	60,3	99	0,79
111 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	75	77,3	208	0,36
551 - Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	72	86,1	317	0,23
105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	68	75,0	134	0,51
568 - Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	61	52,5	99	0,62

Le prime 7 regioni di fuga della mobilità per DRG ad alta complessità rappresentano più del 90% del totale. La regione Lombardia assorbe più del 30% della fuga per alta complessità. Nel triennio si evidenzia una leggera diminuzione dei volumi ma si osserva anche una crescente attrazione verso strutture private che rappresenta più del 60% del totale dei ricoveri.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato su l'anno 2019, evidenzia che il primo motivo clinico "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori" rappresenta il 15% del totale dei ricoveri eseguiti nel 82% dei casi in strutture private. È importante sottolineare come il rapporto tra i volumi in fuga e la produzione interna, per singolo DRG, sia sempre inferiore a 1 confermando che la regione Calabria offre ai propri residenti anche prestazioni di alta complessità.

Tab. 3 Distribuzione della mobilità di prossimità in assenza di servizi e primi 10 DRG

Regioni di fuga	2017		2018		2019	
	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale
BASILICATA	860	0,0	698	0,0	276	0,0
SICILIA	126	61,1	111	46,8	111	37,8
CAMPANIA	42	0,0	26	0,0	18	0,0
PUGLIA	4	100,0	2	100,0	5	100,0
Totale complessivo	1032	7,8	837	6,5	410	11,5

PRIMI 10 DRG - MOBILITA' DI PROSSIMITA' ACCETTABILE - ANNO 2019				
DESCRIZIONE DRG24	Ricoveri in fuga	% privato	produzione interna	Indice di fuga
371 - Parto cesareo senza CC	27	0,0	4655	0,01
462 - Riabilitazione	19	0,0	219	0,09
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	17	0,0	2953	0,01
373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	13	0,0	7870	0,00
364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	10	0,0	715	0,01
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC	10	0,0	1262	0,01
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	9	0,0	2207	0,00
395 - Anomalie dei globuli rossi, eta > 17 anni	8	0,0	2656	0,00
538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	7	0,0	987	0,01
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7	0,0	772	0,01

I volumi di questa tipologia di mobilità sono molto bassi e nel triennio si osserva significativa diminuzione; nel 2019 rappresentano poco più dell'1% del totale dei ricoveri.

Nel periodo di analisi la principale regione di fuga della mobilità di prossimità in assenza di servizi è la Basilicata.

L'approfondimento sui primi 10 DRG, effettuato su l'anno 2019, evidenzia una forte frammentazione dei DRG erogati.

Tab. 4 Distribuzione della mobilità di media/bassa complessità

Regioni di fuga	2017		2018		2019	
	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale
LAZIO	7779	78,3	7860	80,0	7582	82,7
LOMBARDIA	5009	65,3	5159	68,4	5235	66,8
EMILIA-ROMAGNA	2940	48,8	2797	47,0	2776	46,3
SICILIA	2766	48,0	2526	48,1	2229	47,7
TOSCANA	2603	29,5	2444	27,9	2222	23,1
PUGLIA	2337	82,3	1999	77,5	1820	76,8
CAMPANIA	1292	43,6	1467	42,1	1306	41,0
PIEMONTE	977	36,8	978	34,9	875	33,8
VENETO	887	34,2	841	36,6	874	37,9
BASILICATA	705	0,1	825	0,1	840	0,6
LIGURIA	699	11,7	636	11,5	650	11,4
UMBRIA	320	56,6	242	49,2	309	53,4
MARCHE	157	47,1	148	42,6	197	39,1
FRIULI-VENEZIA GIULIA	99	8,1	112	12,5	103	10,7
ABRUZZO	93	33,3	88	43,2	102	34,3
MOLISE	92	64,1	109	58,7	94	74,5
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	52	30,8	61	39,3	59	52,5
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	17	5,9	20	5,0	28	10,7
VALLE D'AOSTA	15	26,7	8	50,0	19	26,3
SARDEGNA	11	0,0	5	0,0	13	15,4
Totale complessivo	28850	57,2	28325	57,4	27333	57,3

MOBILITA' DI BASSA/MEDIA COMPLESSITA' - ANNO 2019				
DESCRIZIONE DRG24	Ricoveri in fuga	% privato	Volumi produzione interna	Volumi in fuga/pro d. Interna
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1150	57,7	2953	0,39
125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	537	71,7	1551	0,35
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	523	58,7	1809	0,29
518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	496	87,3	740	0,67
035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC	474	48,7	489	0,97
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	464	55,8	1022	0,45
225 - Interventi sul piede	437	74,1	1285	0,34
290 - Interventi sulla tiroide	421	34,2	980	0,43
430 - Psicosi	402	46,8	2776	0,14
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	372	41,4	772	0,48
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	363	44,4	897	0,40
431 - Disturbi mentali dell'infanzia	359	74,1	93	3,86
145 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	356	81,7	1083	0,33
365 - Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	352	84,7	40	8,80
026 - Convulsioni e cefalea, eta < 18 anni	308	66,6	720	0,43
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	290	69,7	316	0,92
119 - Legatura e stripping di vene	288	90,6	124	2,32
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	287	68,6	3506	0,08
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	281	62,6	429	0,66
335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	274	50,0	504	0,54

Le prime 7 regioni di fuga della mobilità per DRG di bassa/media complessità rappresentano circa l'85% del totale. La regione Lazio assorbe quasi il 30% per tale tipologia di ricoveri. Nel triennio non si evidenziano significative variazioni nei volumi; il ricorso alle strutture private rappresenta circa la metà del totale dei ricoveri.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato sull'anno 2019, evidenzia che il primo motivo di fuga è rappresentato dagli "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC" 1150 casi a fronte di una produzione interna di 2953 ricoveri. In questo gruppo di ricoveri appare particolarmente inadeguata l'offerta della regione per i ricoveri dei "Disturbi mentali dell'infanzia" che nel 57% dei casi viene soddisfatta dalla regione Lazio (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). Ma ancora più alto è il rapporto tra i volumi in fuga e la produzione interna per "Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile" pari a 8,80. In questo caso, la regione di fuga è principalmente la Lombardia (96% dei casi) e le strutture di attrazione sono private accreditate nell'85% dei ricoveri.

Tab. 5 Distribuzione della mobilità di DRG inappropriati

Regioni di fuga	2017		2018		2019	
	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale
LOMBARDIA	1698	56,1	1671	60,8	1430	57,2
LAZIO	1158	74,9	1260	76,2	1210	79,8
EMILIA-ROMAGNA	1063	54,7	932	48,5	904	46,0
PUGLIA	580	79,3	489	63,2	436	72,2
SICILIA	521	32,2	543	41,1	398	34,2
TOSCANA	563	19,7	506	21,1	398	12,6
BASILICATA	505	0,0	470	0,2	253	0,0
PIEMONTE	238	52,5	217	45,6	237	46,0
VENETO	225	44,9	209	43,5	228	44,7
CAMPANIA	382	29,8	248	36,7	199	39,7
LIGURIA	141	9,2	134	3,0	118	5,9
UMBRIA	129	44,2	150	66,0	70	5,7
FRIULI-VENEZIA GIULIA	51	5,9	65	3,1	44	4,5
MARCHE	38	55,3	50	56,0	40	57,5
MOLISE	32	93,8	29	93,1	21	95,2
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	15	73,3	21	76,2	16	87,5
VALLE D'AOSTA	4	50,0	6	33,3	8	12,5
ABRUZZO	18	44,4	7	42,9	6	33,3
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	4	25,0	7	57,1	4	50,0
Totale complessivo	7367	49,2	7017	50,4	6020	50,9

PRIMI 20 DRG - MOBILITA' DRG INAPPROPRIATI - ANNO 2019				
DESCRIZIONE DRG24	Ricoveri in fuga	% privato	Volumi produzione interna	Volumi in fuga/pro d. Interna
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	810	86%	1277	0,63
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	496	42%	772	0,64
409 - Radioterapia	253	11%	6	42,17
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	241	56%	663	0,36
055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	223	32%	265	0,84
503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	175	69%	339	0,52
538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	152	38%	987	0,15
042 - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	150	36%	351	0,43
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC	127	25%	1262	0,10
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	125	53%	740	0,17
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	125	46%	754	0,17
008 - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	121	59%	266	0,45
158 - Interventi su ano e stoma senza CC	115	28%	457	0,25
249 - Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	106	51%	2720	0,04
429 - Disturbi organici e ritardo mentale	102	57%	313	0,33
036 - Interventi sulla retina	98	43%	126	0,78
243 - Affezioni mediche del dorso	96	35%	537	0,18
013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	89	70%	205	0,43
160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta > 17 anni senza CC	83	35%	393	0,21
208 - Malattie delle vie biliari senza CC	78	59%	738	0,11

Le prime 9 ragioni di fuga della mobilità per DRG inappropriati rappresentano più del 90% del totale. La regione Lazio assorbe quasi il 25% per tale tipologia di ricoveri. Nel triennio si rileva una lieve tendenza alla diminuzione dei volumi; il ricorso alle strutture private rappresenta circa la metà del totale dei ricoveri.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato sull'anno 2019, evidenzia che il primo motivo di fuga è rappresentato dagli "Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" 810 casi a fronte di una produzione interna di 1277 ricoveri. Da evidenziare la fuga per prestazioni di Radioterapia in regime di ricovero ordinario pari a 253 casi (erogati nel 38% dalla Sicilia e nel 22% dalla Toscana) con il rapporto tra i volumi in fuga e la produzione interna pari a 42,17.

Tab. 6 Distribuzione della mobilità di prossimità non accettabile

Regioni di fuga	2017		2018		2019	
	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale	volumi	% strutture priv/totale
SICILIA	1129	52,1	1048	50,2	938	51,8
BASILICATA	473	0,0	508	0,0	228	0,0
CAMPANIA	29	0,0	16	0,0	17	0,0
PUGLIA	2	100,0	2	100,0		
Totale complessivo	1633	36,1	1574	33,5	1183	41,1

PRIMI 20 DRG - MOBILITA' DI PROSSIMITA' NON ACCETTABILE - ANNO 2019				
DESCRIZIONE DRG24	Ricoveri in fuga	% privato	Volumi produzione	Volumi in fuga/pro
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	47	100%	1091	0,04
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	40	23%	2953	0,01
304 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	38	100%	675	0,06
234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	38	100%	649	0,06
169 - Interventi sulla bocca senza CC	34		520	0,07
225 - Interventi sul piede	29	72%	1285	0,02
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	27	96%	302	0,09
035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC	27	0%	489	0,06
430 - Psicosi	26	0%	2776	0,01
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	26	0%	1809	0,01
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	24	79%	3506	0,01
290 - Interventi sulla tiroide	24	13%	980	0,02
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	22	9%	1043	0,02
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	21	29%	2207	0,01
371 - Parto cesareo senza CC	19		4655	0,00
053 - Interventi su seni e mastoide, eta > 17 anni	19	79%	343	0,06
500 - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	18	78%	939	0,02
223 - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	18	100%	198	0,09
373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	17		7870	0,00
063 - Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	17	76%	729	0,02

I volumi di questa tipologia di mobilità sono bassi e nel triennio si osserva significativa diminuzione; nel 2019 rappresentano circa il 3% del totale dei ricoveri.

Nel periodo di analisi la principale regione di fuga della mobilità di prossimità, non giustificata per la presenza di una adeguata offerta, è la Sicilia.

L'approfondimento sui primi 20 DRG, effettuato su l'anno 2019, evidenzia una forte frammentazione dei DRG erogati.

Tab. 7 DRG con dettaglio dell'Indice di Attrattività dell'Operatore (IAO)

DESCRIZIONE DRG24	Ricoveri in fuga	Volumi produzione interna	VOL. RIC./VOL. PROD.	IAO (*)	Regione	Vol.	Volumi	IAO %
					di fuga	ricovero	Priv. (%)	
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	207	1091	0,190	0,34	SICILIA	78,00	92,30	90,00
					PUGLIA	10,00	40,00	10,00
264 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	20	77	0,260	0,25	SICILIA	6,00	83,30	83,00
049 - Interventi maggiori sul capo e sul collo	101	288	0,351	0,23	SICILIA	30,00	90,00	77,00
114 - Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	24	145	0,166	0,21	SICILIA	5,00	100,00	100,00
308 - Interventi minori sulla vescica con CC	20	42	0,476	0,20	SICILIA	10,00	100,00	40,00
(*) Indice di attrattività dell'operatore								

Nella tabella 7 vengono riportati i DRG per i quali si rileva l'indice di attrattività dell'operatore più alto. In particolare, l'IAO analizza la proporzione dei ricoveri chirurgici nelle regioni di fuga effettuati da chirurghi che operano anche nella regione di residenza del paziente sul totale dei ricoveri chirurgici effettuati fuori regione per singolo DRG. Questo indicatore misura il grado di offerta "indotta" dall'operatore sulla base del rapporto di fiducia con il paziente.

Nel caso degli "Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC" si evidenzia che nel 90% gli interventi effettuati in fuga, nelle strutture della Sicilia, il chirurgo è lo stesso che ha eseguito l'analogo intervento in strutture della regione Calabria. Medesimo fenomeno da segnalare per i DRG 264, 049, 114 e 308.

La Regione sulla base dell'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 (legge di bilancio 2021) provvederà ad avviare interlocuzioni con le Regioni con maggiore mobilità passiva ai fini della sottoscrizione degli accordi per la gestione della mobilità passiva.

Si rappresenta che nella programmazione prevista (per come riportato nelle varie sezioni del presente Programma Operativo) le azioni rivolte al rafforzamento delle strutture eroganti, quali le assunzioni di nuovo personale sanitario e la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, consentiranno di migliorare la produttività e la qualità dell'offerta sanitaria e incidere sulla mobilità passiva.

Obiettivo prioritario della rete ospedaliera e delle reti per patologia è fornire risposte sanitarie di alta qualificazione con particolare rilievo a:

- l'identificazione di centri di riferimento per le specifiche patologie oncologiche posti negli ospedali hub in cui concentrare la casistica della chirurgia oncologica senologica, ginecologica, toracica e pneumologia interventistica, addominale
- potenziamento e trasformazione in IRCCS del Centro di riferimento emato-oncologico (C.R.E.O.) presso l'AO di Reggio Calabria
- l'adeguamento delle Strutture autorizzate al trapianto di Cosenza e Reggio Calabria
- l'assistenza al trauma maggiore, compresa chirurgia ortopedica delle fratture di bacino e attivazione della radiologia interventistica periferica
- il potenziamento dell'offerta di ortopedia negli ospedali spoke.

L'approvazione da parte della regione di 6 percorsi PDTA oncologici, realizzata nell'anno 2022, è propedeutica all'attivazione di iniziative che consentiranno la presa in carico del paziente oncologico e faciliteranno il contenimento delle fughe verso altre regioni.

Altro obiettivo è quello di tendere al recupero consistente della mobilità evitabile. In particolare, dall'analisi sopra riportata si prevede il recupero del 25% della mobilità evitabile (pari a circa 25 milioni su 100.764.108 euro) nell'anno 2023 e del 40% (pari a circa 40 milioni) nell'anno 2024. A tal fine occorrerà sottoscrivere Accordi di mobilità con altre regioni particolarmente attrattive per i pazienti calabresi. In tali Accordi bisognerà stabilire le modalità di remunerazione e di gestione dei

DRG inappropriati in regime di ricovero; parallelamente sarà dato ai Direttori generali delle Aziende regionali un obiettivo di incremento della produzione locale per tali DRG.

Una particolare attenzione sarà posta ai ricoveri fuori Regione per prestazioni cd "salva vita" tra cui quelle di Radioterapia e chemioterapia. Per queste prestazioni occorre procedere in parallelo al potenziamento del servizio pubblico regionale, garantendo l'erogazione delle prestazioni di radioterapia h 12 su 6 giorni settimanali e la definizione di linee di indirizzo per l'erogazione delle medesime prestazioni da parte del privato accreditato. Con DCA 91/2022 si è proceduto alla "Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno".

A partire dall'anno 2025 si stima un recupero pari a 50 milioni per effetto delle azioni sopra descritte, sia sulla mobilità accettabile sia su quella evitabile. A decorrere dal 2025 infatti si dispiegheranno gli effetti delle seguenti azioni:

- assunzione del personale dedicati alle 'attività di ortopedia e di chirurgia oncologica presso gli HUB regionali che consentirà di incrementare la produzione e la attrattività dei presidi regionali;
- la piena attivazione dei PO di Praia a Mare e Trebisacce posti ai confini nord della Regione Calabria e gli accordi di confine consentiranno di recuperare la mobilità di prossimità attraverso una implementazione e rafforzamento dell'offerta sanitaria regionale nella bassa e media complessità;
- considerato che la migrazione sanitaria in età pediatrica, che comprende sia le patologie più complesse ma anche ricoveri di natura ordinaria, è pari a un totale di 13.000 prestazioni erogate fuori Regione di cui 7.000 cioè oltre il 50% sono state erogate presso l'Ospedale Bambino Gesù e che dalla tabella di mobilità risulta per l'anno 2021 un valore di circa 12 milioni di mobilità passiva verso il medesimo istituto con il DCA 115/2022 è stato approvato il progetto per "Istituzione e rafforzamento di una rete pediatrica multidisciplinare per conseguire il miglioramento delle attività pediatriche prestate nella Regione Calabria e per la riduzione della migrazione sanitaria dei piccoli pazienti verso altre regioni" a cui si darà attuazione; si darà inoltre seguito al protocollo istituzionale tra l'Ospedale Bambin Gesù e la Regione.

Obiettivo:

Contenimento della mobilità passiva

Azioni:

Potenziamento dei centri ospedalieri regionali per oncologia, radioterapia, ortopedia

Interlocuzioni con le regioni e sottoscrizione Accordi con particolare attenzione ai DRG inappropriati

Rafforzamento rete pediatrica regionale (DCA 115/2022) e Accordo con OPBG

Numero	Azione	Indicatori	Tempistica
1	Rafforzamento e qualificazione dell'offerta ospedaliera	DCA di aggiornamento rete ospedaliera regionale	Dicembre 2022
2	Monitoraggio attuazione rete ospedaliera	Cfr. indicatori azione 7 par. 10.4	trimestrale
3	Assegnazione obiettivi ai direttori generali per incremento attività DRG di fuga	DCA	Dicembre 2022
4	Rafforzamento della radioterapia pubblica e regolamentazione dell'erogazione di prestazioni di radioterapia nel privato accreditato	DCA	Dicembre 2022

5	Monitoraggio attuazione PDTA	Numero pazienti presi in carico con PDTA oncologici	semestrale
6	Sottoscrizione accordi di mobilità interregionali	n. accordi sottoscritti/regioni coinvolte	100% Dicembre 2023
7	Rafforzamento rete pediatrica secondo DCA 115/2022 e attuazione Accordo con OPBG	Ricoveri pediatrici in regione	2023
8	Monitoraggio rispetto ai principali DRG di fuga	Ricoveri in fuga / volume produzione	trimestrale

1.4 Gli obiettivi del Programma Operativo

Il Programma Operativo 2022-2025 si pone l'obiettivo di portare il Sistema Sanitario della Regione Calabria alla completa erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico, adeguando l'organizzazione dei servizi alle innovazioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'analisi del fabbisogno assistenziale e la conseguente articolazione ai vari livelli si basa, essenzialmente, sull'individuazione di obiettivi determinati e contestualizzati; prevedendone le azioni e l'impatto delle specifiche manovre di intervento; così da indirizzare gli stakeholder in una giusta prospettiva, rivelando la congruità delle misure previste in termini quali-quantitativi; coerentemente con i vincoli normativi e finanziari.

Nell'ottica di rispondere al bisogno di salute dei cittadini e garantire un percorso assistenziale integrato a livello territoriale, il Piano si propone di realizzare la continuità della *presa in carico del paziente* nelle diverse fasi, dalla prevenzione all'assistenza ospedaliera e territoriale.

Per definire una stima della copertura del bisogno assistenziale, bisogna ricostruire attraverso le informazioni disponibili, una stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione residente attraverso anche la misurazione dei principali indicatori sviluppati ai vari livelli e parametri di riferimento resi disponibili a livello nazionale.

La "persona al centro", concetto che negli ultimi anni rappresenta la chiave di volta degli interventi assistenziali e sociosanitari. In questa ottica e tenuto conto dei profondi cambiamenti verificatisi occorre intervenire, coerentemente al PNRR nelle diverse fasi dell'assistenza migliorando, pertanto, i servizi erogati a livello territoriale ed ospedaliero.

In buona sostanza, gli assi portanti e le priorità di questo Piano sono: (i) il potenziamento dell'assistenza territoriale nelle sue diverse declinazioni; (ii) la piena attuazione della rete ospedaliera diversificata in centri Hub & Spoke, delle reti tempo-dipendenti e dei relativi trasporti sanitari. Tale configurazione deve essere supportata da strutture edili, tecnologiche ed informatiche adeguate ai tempi.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo i cronoprogrammi riportati costituisce obiettivo dei Commissari straordinari, dei Direttori amministrativi e dei Direttori Sanitari delle Aziende sanitarie, nonché, per il tramite delle procedure interne a queste ultime, dei dirigenti interessati.

1.5 La struttura descrittiva del Programma Operativo

Il Programma Operativo si articola di seguito con l'individuazione degli obiettivi prioritari connessi alle criticità del SSR.

Per ogni obiettivo, la struttura elaborata nel presente documento descrive:

- Una sintesi dello stato di attuazione.
- Una descrizione degli obiettivi 2022 – 2025.
- L'articolazione delle azioni volte al raggiungimento degli obiettivi.
- Gli indicatori di risultato previsti e le tempistiche di realizzazione.
- Le strutture regionali/aziendali che hanno il compito di realizzare/coordinare le azioni per il raggiungimento degli obiettivi.

2. GOVERNANCE DEL PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2025

2.1. Individuazione e organizzazione delle strutture responsabili della gestione del Programma Operativo: Commissario ad Acta, Dipartimento, Aziende

L'attuazione del Programma Operativo impone la chiara individuazione degli attori coinvolti, la catena delle responsabilità, i meccanismi di coordinamento, le modalità di monitoraggio e valutazione degli obiettivi perseguiti

La Regione Calabria assume, attraverso il Commissario ad acta, il ruolo di policy maker delineando l'indirizzo sulle politiche generali del Sistema Sanitario Regionale. Il mandato del Commissario è definito dalla deliberazione del CDM del 4 novembre 2021 per come integrata dalla deliberazione del 23 dicembre 2021. La responsabilità dell'attuazione del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di Rientro è del Commissario ad Acta che si avvale del supporto del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.

La legge 181/2020 prevede:

- All' articolo 1, comma 4, che il Commissario ad acta si avvale dell'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) che fornisce supporto tecnico e operativo.
- All'articolo 5, comma 1 che il Commissario ad acta può avvalersi del Corpo della Guardia di finanza per lo svolgimento di attività dirette al contrasto delle violazioni in danno degli interessi economici e finanziari connessi all'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario nella Regione e del ((programma operativo per la gestione dell'emergenza COVID-19)) previsto dall'articolo 18 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

L'articolo 16-septies, al comma 2, del decreto legislativo 146/2021 *“in ottemperanza alla sentenza della Corte costituzionale n. 168 del 23 luglio 2021 e al fine di concorrere all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché' al fine di assicurare il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi sanitari della Regione Calabria”* prevede inoltre che:

- Agenas assegni il contingente di 40 unità di personale (di cui al comma 1) a supporto del commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria fino al 31 dicembre 2024.
- Al fine di supportare le funzioni delle unità operative semplici e complesse, comunque denominate, deputate al processo di controllo, liquidazione e pagamento delle fatture, sia per la gestione corrente che per il pregresso, previa circolarizzazione obbligatoria dei fornitori sul debito iscritto fino al 31 dicembre 2020, è autorizzato a reclutare, sulla base dei fabbisogni di personale valutati e approvati dal commissario ad acta, fino a 5 unità di personale non dirigenziale, categoria D, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di durata non superiore a trentasei mesi, esperte nelle predette procedure e dotate dei previsti requisiti formativi;

- la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, collabora con le unità operative semplici e complesse deputate al monitoraggio e alla gestione del contenzioso, disponendo l'impiego di un contingente di 5 ispettori per ciascuno degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria.
- al fine di garantire la piena operatività delle attività proprie della gestione sanitaria accentrata (GSA) del servizio sanitario la Regione Calabria, nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla normativa vigente e a valere sulle risorse del proprio bilancio, è autorizzata, per la gestione della predetta GSA, al reclutamento con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, di durata non superiore a trentasei mesi, di 1 unità di personale dirigenziale e di 4 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nella categoria D. Il menzionato contingente di personale può essere integrato, a valere sulle risorse del bilancio della Regione Calabria, da un massimo di cinque esperti o consulenti

Il Dipartimento ha il compito di attuare le linee di indirizzo definite dal Commissario ad Acta, attraverso strumenti di programmazione sanitaria, definendo gli obiettivi e i programmi da attuare. Il Dipartimento monitora, controlla e verifica l'attuazione delle indicazioni fornite alle Aziende Sanitarie regionali. Il Dipartimento si compone dei settori che costituiscono la struttura operativa e sono coordinati dalla Direzione Generale

Il nuovo modello di Governance prevede l'istituzione dell'ente di governance della sanità calabrese denominato "Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – **Azienda Zero**" (legge regionale n. 32 del 15 dicembre 2021 e s.m.i.). Visto il parere dei Ministeri affiancati si procederà alla modifica/integrazione della legge regionale.

Con i DD.CC.AA. n. 60 e n. 61 del 24/5/2022 è stato disciplinato il funzionamento e l'attuazione di Azienda Zero ed è stato nominato il Commissario Straordinario di Azienda Zero. Visto il parere dei ministeri affiancati si procederà con il recepimento delle osservazioni formulate.

Obiettivo:

Avviamento e Funzionamento di Azienda Zero

Azioni:

- Nomina vertice/Commissario e attribuzione competenze e obiettivi
- Approvazione cronoprogramma attività del vertice Commissario
- Approvazione atto aziendale Azienda Zero e ulteriori provvedimenti attuativi

Numero	Azione	Indicatore	tempistica
1	Modifica/integrazione legge regionale n. 32/2021 e smi	Legge	Dicembre 2022
2	Nomina vertice/commissario e attribuzione competenze e obiettivi	DCA	Maggio 2022
3	Modifiche DCA nomina	DCA	Dicembre 2022
4	Approvazione cronoprogramma attività	DCA	Dicembre 2022
5	Approvazione atto aziendale Azienda Zero e ulteriori provvedimenti attuativi	DCA	Gennaio 2023

Tabella 1: Settori del Dipartimento Tutela Della Salute e Servizi Socio Sanitari

1) Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario
2) Autorizzazioni e Accreditamenti– Formazione – ECM
3) Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco
4) Prevenzione e Sanità Pubblica
5) Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie
6) Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze
7) Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio
8) Edilizia Sanitaria ed Investimenti Tecnologici-Reti di Prossimità e Strutture Intermedie in Attuazione PNRR
9) Assistenza Territoriale - Salute Mentale – Dipendenze Patologiche – Salute nelle Carceri
10) Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari-Modernizzazione e Digitalizzazione Sistemi della Salute – Telemedicina
11) Sanità Veterinaria
12) Programmazione Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Socio–Sanitaria - Servizi Socio-Sanitari
UOA – Emersione e rendicontazione dell'indebitamento della sanità

Obiettivo del Commissario ad Acta è quello di procedere ad un potenziamento della struttura amministrativa regionale di supporto alla struttura commissariale, anche sulla base di quanto previsto dall'articolo 16 septies del dl 146/2021. Per alcuni settori si è già provveduto nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali:

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco”.

Settore n. 6 “Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.

La realizzazione di un Programma Operativo così complesso, oltre alla riorganizzazione del Dipartimento, e all'avvio di Azienda Zero richiede necessariamente la ridefinizione delle modalità di funzionamento che non possono prescindere dalla volontà di perseguire una forte e concreta integrazione tra l'Organo Commissariale, il Dipartimento/Azienda Zero e le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

A regime, il Dipartimento, dunque, insieme ad Azienda Zero saranno sempre di più in grado di coordinare in maniera unitaria e strategica il sistema di erogazione dei servizi sanitari, secondo logiche collaborative e di programmazione centralizzata necessarie per dare risposta adeguata alle esigenze delle aziende e dei cittadini.

Ulteriore supporto all'attività di programmazione con riferimento alla sorveglianza epidemiologica e di prevenzione sarà dato dall'istituzione del dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

Un processo così delicato e determinante ai fini del processo di cambiamento in atto nel Sistema Sanitario Regionale, ha bisogno di una governance forte e di una condivisione delle strategie con i Commissari Straordinari/Direttori Generali delle Aziende e anche un monitoraggio di quanto previsto nel Programma Operativo al fine della sua realizzazione.

Il monitoraggio avverrà mediante la misurazione degli indicatori stabiliti per le singole azioni del Programma Operativo, con appositi report, anche mediante incontri specifici tra la Direzione generale del dipartimento/azienda Zero, le direzioni del dipartimento e le direzioni strategiche aziendali.

La scheda di monitoraggio sarà opportunamente aggiornata e accompagnata da una dettagliata relazione sarà trasmessa, in occasione delle periodiche verifiche ai Tavoli tecnici di verifica.

L'attività inoltre sarà supportata sia da Agenas che dall'Advisor Contabile

2.2. Governance dei Flussi Informativi

2.2.1 Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi

Stato di attuazione

La Regione Calabria ha approvato, con DPGR 201 del 22 settembre 2011, il documento recante la Direttiva sui Flussi regionali denominata "Sistema Informativo Sanitario – Mappa dei flussi informativi".

La continua evoluzione del Sistema Sanitario e la complessità della gestione organizzativa dello stesso, rende necessario fare luce sui processi organizzativi degli attori che operano in tale sistema, chiamati da un lato a governare l'ampia incertezza circa la disponibilità di risorse, da cui la conseguente necessità del contenimento della spesa pubblica, e dall'altro a gestire la trasformazione dello scenario epidemiologico e sociale di riferimento che ha modificato la struttura della domanda di prestazioni sanitarie e reso più complessa l'erogazione dei servizi.

Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) alla missione 6 – Salute, rafforza l'esigenza nella disponibilità dei flussi informativi e sistemi informativi per il monitoraggio delle azioni individuate.

Al fine di rafforzare la governance dei flussi informativi è stato predisposto un piano operativo nell'ambito dell'Accordo quadro, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito «sanità digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali» per le pubbliche amministrazioni del ssn - id 2202 - lotto 6 - pubbliche amministrazioni del SSN - centro – sud” che prevede:

- Supporto all'evoluzione e sviluppo dei Sistemi Informativi e Flussi della Regione e Servizi Digitali al Cittadino.

Obiettivi

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è il miglioramento del governo dei flussi informativi anche attraverso la definizione di regole di gestione ed utilizzo.

Azioni

Definire le regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi:

- Reingegnerizzazione dei processi, con il coinvolgimento degli stakeholder, per i flussi informativi in cui sono state evidenziate criticità sulla base dell'ultima certificazione sulla verifica dei LEA (anno 2019).
- Redazione e approvazione del disciplinare tecnico.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Approvazione nuove linee guida relative alla Specialistica ambulatoriale, specifiche e controlli flusso informatico C in coerenza con il flusso STS21	DCA	Settembre 2022
2	Reingegnerizzazione dei processi per il flusso informativo "SIAD- Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" in coerenza con il flusso FLS21	Mappa dei processi	Dicembre 2022
3	Reingegnerizzazione dei processi per il flusso informativo "SISM- Sistema informativo per salute mentale"	Mappa dei processi	Dicembre 2022
4	Definizione delle regole di gestione ed utilizzo dei flussi informativi	DCA di approvazione del relativo disciplinare	Dicembre 2022

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Tutti i Settori del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari;

Commissari Straordinari / Direttori generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

2.2.2 Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi NSIS

Stato di attuazione

Il Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari" assicura gli invii al Ministero della Salute di tutti i flussi informativi del NSIS trasmessi dalle Strutture pubbliche e private sanitarie regionali, acquisiti e validati dal Sistema Informativo Sanitario Regionale "SISR". I flussi informativi nella loro complessità, sono attualmente sottoposti a controlli di conformità di qualità e di audit incrociati tra Ministeri e Regione.

Tra quelli Ministeriali vi sono i Flussi NSIS, Modelli gestionali e flussi MEF. Un primo livello di coerenza deve sussistere tra i dati NSIS ed i Modelli gestionali in modo tale che il riepilogo dei dati analitici del NSIS non si discosti dai valori sintetici trasmessi attraverso i modelli gestionali. Ciò serve per superare l'attuale divario informativo dovuto agli scarti dei flussi NSIS.

Si sottolinea che saranno oggetto di monitoraggio anche i flussi HSP11/11BIS/22 BIS, dei Consumi dei dispositivi medici (cfr par 8) e le Grandi apparecchiature.

Obiettivi

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è l'ottimizzazione dei flussi informativi in termini di completezza, qualità e tempistica.

Azioni

Ottimizzazione, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi NSIS.

Creazione di un cruscotto di monitoraggio riguardante lo stato dei flussi in termini di copertura, completezza, qualità e tempistiche, definiti anche dai decreti istitutivi dei singoli flussi, implementato sul Sistema Informativo Regionale (SEC-SISR-AP).

L'analisi dei dati permetterà alla Regione di effettuare tutte le valutazioni propedeutiche all'avvio delle procedure di trasmissione dei flussi informativi sul portale Ministeriale NSIS.

Si rendono necessari incontri periodici con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Realizzazione del cruscotto di monitoraggio dello stato dei flussi	Nota di avvio in esercizio	Novembre 2022
2	Verifica completezza flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR)	Numero totale dei record validi inviati da ciascuna azienda per il periodo selezionato/ numero totale record validi inviati l'anno precedente	Dicembre 2022
3	Verifica qualità flusso informativo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR)	Numero ammissioni attive con FAR/ Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=2 (Assistenza Residenziale)	Dicembre 2022
4	Verifica completezza flusso informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD)	Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente	Dicembre 2022
5	Verifica qualità flusso informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD)	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1/ totale delle prese in carico con dimissione nell'anno	Dicembre 2022
6	Verifica completezza del flusso informativo per la salute mentale (SISM)	DSM invianti/DSM attesi	Dicembre 2022
7	Verifica qualità del flusso informativo per la salute mentale (SISM)	Numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati. Per integrità referenziale si intende il collegamento logico dei tracciati di attività territoriale. L'indicatore è espresso in percentuale rispetto all'anagrafica dei soggetti	Dicembre 2022
8	Verifica completezza del flusso informativo dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE)	Strutture Hospice invianti / Strutture Hospice attese	Dicembre 2022
9	Verifica completezza del flusso informativo dell'assistenza erogata presso gli hospice (HOSPICE)	Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente	Dicembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
10	Verifica completezza del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti (SIND)	SerD invianti / SerD attesi	Dicembre 2022
11	Verifica qualità del flusso informativo per la dipendenza da sostanze stupefacenti (SIND)	Numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati. Per integrità referenziale si intende il collegamento logico dei tracciati di attività territoriale. L'indicatore è espresso in percentuale rispetto all'anagrafica dei soggetti	Dicembre 2022
12	Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118)	Centrali Operative invianti / Centrali Operative attese	Dicembre 2022
13	Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118)	N. di interventi effettuati dal 118 anno corrente \geq N. di interventi effettuati dal 118 anno precedente	Dicembre 2022
14	Verifica qualità del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR 118)	Totale record con campo istituto di destinazione valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi	Dicembre 2022
15	Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR Pronto Soccorso)	Strutture invianti / strutture attese	Dicembre 2022
16	Verifica completezza del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR Pronto Soccorso)	Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente	Dicembre 2022
17	Verifica qualità del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR Pronto Soccorso)	Totale record con campo diagnosi principale valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi	Dicembre 2022
18	Verifica qualità del flusso informativo SDO	Media pesata principali errori riscontrati sul totale schede inviate	Trimestrale
19	Verifica completezza del flusso informativo SDO	Media pesata di % copertura istituti (peso = 0.75) e % coerenza SDO-HSP (peso = 0.25)	Trimestrale
20	Verifica completezza del flusso informativo HSP 12	% modelli HSP 12 inviati rispetto ai modelli HSP.12 attesi	Trimestrale
21	Verifica completezza del flusso informativo HSP13	% modelli HSP.13 inviati rispetto ai modelli HSP.13 attesi	Trimestrale
22	Verifica completezza del flusso informativo HSP14	% modelli HSP14 inviati rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche,	Trimestrale

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
		equiparate e private che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	
23	Verifica completezza del flusso informativo HSP 24	% modelli HSP.24 pervenuti per almeno un mese con quadro G (nido) o M (Nati immaturi) valorizzati, rispetto al numero dei modelli HSP.24 attesi	Trimestrale
24	Verifica completezza del flusso informativo CEDAP	% Copertura attraverso il raffronto con la fonte informativa della Scheda di Dimissione Ospedaliera	Trimestrale
25	Verifica completezza del flusso informativo FLS 11	%ASL che hanno inviato il modello FLS.11 (quadro F), rispetto al totale delle ASL della Regione	Trimestrale
26	Verifica completezza del flusso informativo FLS 12	%ASL che hanno inviato il modello FLS.12 (quadri E, F), rispetto al totale delle ASL della Regione	Trimestrale
27	Verifica completezza del flusso informativo FLS 21	farmac. convenz.: % ASL che hanno inviato i dati del quadro G del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Regione; per i dati dell'assist. domiciliare: % ASL che hanno inviato i dati del quadro H del modello FLS21 rispetto al totale delle ASL della Reg. che hanno dichiarato l'attivazione del Servizio di ADI nel quadro F del modello FLS.11	Trimestrale
28	Verifica completezza del flusso informativo RIA.11	% modelli RIA.11 per i quali sono valorizzati i dati del quadro H relativo ai dati di attività, rispetto al # Modelli RIA.11 per i quali il quadro F relativo ai dati di struttura contiene # posti letto > 0.	Trimestrale
29	Verifica completezza del flusso informativo STS14	% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature	Trimestrale
30	Verifica completezza del flusso informativo STS21	% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica territoriale	Trimestrale
31	Verifica completezza del flusso informativo STS24	% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza residenziale o semiresidenziale.	Trimestrale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere;
Responsabili/Referenti aziendali per i flussi informativi.

2.2.3 Rafforzamento del ruolo centrale del Dipartimento Tutela della Salute nella gestione dei Flussi Informativi

Stato di attuazione

La Regione con il progetto SEC-SISR (Sanità Elettronica Calabria – Sistema Informativo Sanitario Regionale), ha realizzato le infrastrutture tecnologiche necessarie al riordino dell’organizzazione e delle attività sanitarie, introducendo l’innovazione digitale nel complesso delle procedure e dei flussi informativi tra le strutture sanitarie (in particolare, Regione e Aziende). L’attività di coordinamento e monitoraggio dei flussi informativi inerenti alle aree di competenza specifica dei vari Settori del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari è espletata attraverso il Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Obiettivi

L’obiettivo principale è la gestione dei flussi informativi attraverso la costituzione di un Gruppo Tecnico Permanente (GTP) afferente funzionalmente alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute. La funzione principale del GTP è di analizzare e valutare, di concerto con i Settori competenti in materia e per ciascun flusso, gli indicatori relativi agli adempimenti ministeriali e regionali. Gli indicatori sono proposti sulla base delle precedenti azioni svolte dal Settore 11, in termini di completezza e qualità degli stessi.

Azioni

Costituzione di un Gruppo Tecnico Permanente afferente funzionalmente alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari.

Implementazione di un cruscotto di indicatori sentinella sul Sistema informativo regionale, in condivisione tra i Settori.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione di un Gruppo Tecnico Permanente afferente funzionalmente alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute	DCA	Giugno 2022
2	Implementazione di un cruscotto di indicatori sentinella sul Sistema Informativo Regionale (SEC-SISR-AP) da condividere con tutti i settori del Dipartimento Tutela Salute.	Reportistica specifica per area	Settembre 2022

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Tutti i Settori del Dipartimento Tutela Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

2.2.4 I nuovi flussi informativi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Stato di attuazione

Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), comprende misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Le Regioni dovranno adottare 4 nuovi flussi informativi nazionali:

- Consultori di Famiglia;
- Ospedali di Comunità;
- Servizi di Riabilitazione Territoriale;
- Servizi di Cure Primarie.

Obiettivi

L'obiettivo principale è il completamento del patrimonio informativo regionale attraverso l'adozione dei nuovi flussi informativi: riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria.

Azioni

Analisi volte ad individuare eventuali gap funzionali per i singoli nuovi flussi e pianificazione degli interventi tecnologici ed organizzativi necessari all'adeguamento informativo/funzionale.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "riabilitazione territoriale"	Report	Ottobre 2022
2	Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "consultori familiari"	Report	Ottobre 2022
3	Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "ospedali di comunità"	Report	Ottobre 2023
4	Mappatura dei processi funzionali e informativi per il flusso "servizi di assistenza primaria"	Report	Ottobre 2023
5	Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "riabilitazione territoriale"	Report	Dicembre 2022
6	Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "consultori familiari"	Report	Dicembre 2022
7	Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "ospedali di comunità"	Report	Aprile 2024

8	Verifica del livello di copertura informatica/gestionale per il flusso "servizi di assistenza primaria"	Report	Aprile 2024
9	Monitoraggio implementazione flussi	N flussi inviati/n. flussi da inviare	trimestrale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Tutti i Settori del Dipartimento Tutela Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

2.3 Definizione e copertura del fabbisogno di personale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

Al fine di garantire la funzione di governo strategico del SSR e il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Programma Operativo, si ritiene fondamentale il rafforzamento della struttura di governo del Sistema Sanitario Regionale.

L'obiettivo è rafforzare la capacità del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio Sanitari e di presidiare tutte le aree indicate nel Programma Operativo 2022-2025, in modo da assicurare una guida alle azioni delle singole aziende e un efficace controllo sui risultati attesi. Le azioni previste dal presente Programma Operativo sono fortemente integrate fra loro nel perseguire l'obiettivo di un migliore utilizzo delle risorse, con risparmio in termini di razionalizzazione della spesa del SSR.

Per quanto sopra detto, la dotazione di personale del Dipartimento andrà potenziata così come andranno potenziate le competenze professionali del personale già impiegato dal Dipartimento, sviluppando percorsi formativi coerenti con gli obiettivi del Programma Operativo. Allo stesso tempo, si procederà, in logica di *strategic resource management*, all'identificazione e al reclutamento di risorse aggiuntive a quelle oggi impiegate per le attività che attualmente risultano scarsamente presidiate, ad esempio ricorrendo a adeguate politiche di reclutamento tramite concorso, comando, utilizzo, etc.

Obiettivi

L'obiettivo principale per i prossimi anni è il potenziamento delle competenze professionali del personale già impiegato e il reclutamento di risorse aggiuntive a quelle oggi impiegate per le attività che attualmente risultano scarsamente presidiate.

3. GESTIONE DEL PERSONALE

3.1 Definizione e copertura del fabbisogno del personale del SSR in linea con gli obiettivi del PO tenuto conto dell'Emergenza epidemiologica COVID-19

Stato di attuazione

Il Programma Operativo 2019-2021 aveva già indicato obiettivi specifici e prioritari nell'ambito della manovra sul personale quali:

- la definizione di un fabbisogno standard di personale quale strumento per l'attivazione di un processo strutturato di riqualificazione degli organici da riprogrammare in maniera efficace ed efficiente;

- la formazione e lo sviluppo delle risorse umane, per rispondere in modo adeguato all'evoluzione delle competenze necessarie per soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari.

Gli obiettivi previsti sono stati perseguiti attraverso le azioni di seguito riportate.

3.1.1 Elaborazione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale per le Aziende del SSR

Con Decreto Commissariale n. 192 del 20 dicembre 2019 è stata approvata la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, elaborata tenuto conto delle indicazioni contenute nel documento approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 20 dicembre 2017. Il DCA ha fatto obbligo alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di provvedere alla determinazione del proprio fabbisogno di personale e a predisporre i relativi piani annuali delle assunzioni del personale nel rispetto del tetto di spesa di cui al Programma Operativo 2019-2021, punto B1 - Personale - della Sezione Programmatico.

Con i DCA di seguito indicati si è proceduto alla presa d'atto da parte dell'Organo Commissariale dei Piani del Fabbisogno di tutte le Aziende del SSR della Regione Calabria:

- ASP RC: DCA n. 69/2020
- AO CS: DCA n. 78/2020
- AO CZ: DCA n. 79/2020
- ASP VV: DCA n. 85/2020
- ASP CZ: DCA n. 89/2020
- ASP KR: DCA n. 101/2020
- AO RC: DCA n. 114/2020
- AOU MD: DCA n. 129/2020
- ASP CS: DCA n. 130/2020

Nella tabella seguente si riporta la stima dei reclutamenti previsti in base al P.O. 2019/2021:

	Unità al 31/12/2019 da Tab.B IV trim 2019	Stima Cessati 2020	Assunzioni i Turnover 2020	Stabilizzazioni 2020	Nuove Assunzioni 2020	Stima unità al 31/12/2020	Stima Cessati 2021	Assunzioni Turnover 2021	Stabilizzazioni 2021	Nuove Assunzioni 2021	Stima unità al 31/12/2021	Totale Assunzioni Autorizzate 2020-2021
	A	B	C	D	E	F=A-B+C+E	G	H	I	L	M=F-G+H+L	N=C+D+E+H++L
ASP Cosenza	4.858	371	371	132	-	4.858	177	170	17	53	4.904	743
ASP Crotone	1.568	113	113	ND	57	1.625	52	48	ND	-	1.621	218
ASP Catanzaro	2.846	140	131	ND	-	2.837	58	45	ND	-	2.824	176
ASP Vibo Valentia	1.342	99	99	28	73	1.415	45	36	ND	-	1.406	236
ASP Reggio Calabria	2.810	197	209	16	212	3.034	30	30	ND	-	3.034	467
AO Cosenza	1.711	97	97	27	44	1.755	118	118	ND	-	1.755	286
AO Pugliese Ciaccio	1.869	74	74	192	22	1.891	ND	ND	ND	20	1.911	308
AOU MD	909	40	26	247	-	895	3	2	ND	-	894	275
AO Reggio Calabria	1.742	63	63	ND	-	1.742	42	42	ND	-	1.742	105
INRCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	19.655	1.194	1.183	642	408	20.052	525	491	17	73	20.091	2.814

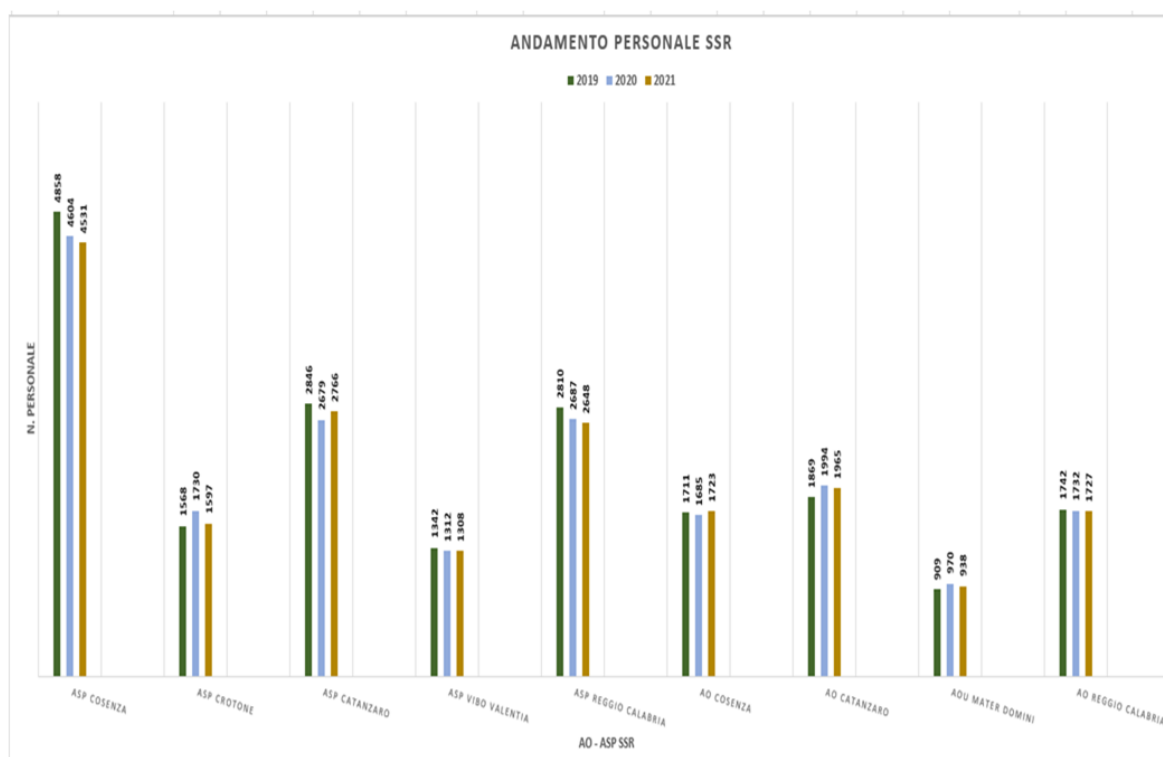
Relativamente alla consistenza del personale, si riportano, di seguito, i dati al 31/12/2021 da tab b:

	ASP COSENZA	ASP CROTONE	ASP CATANZARO	ASP VIBO VALENTIA	ASP REGGIO CALABRIA	AO COSENZA	AO CATANZARO	AOU MATER DOMINI	AO REGGIO CALABRIA	
2019	Personale dipendente a tempo indeterminato	4514	1495	2779	1296	2686	1572	1635	607	1574
	Medici	930	284	536	252	597	422	375	112	374
	Dirigenti non medici	121	53	80	30	79	34	43	14	47
	Personale non dirigente	3463	1158	2162	1012	2007	1116	1217	481	1153
	Personale contrattista	-	-	1	2	3	-	-	-	-
	Personale a tempo determinato	324	73	67	41	124	85	227	282	168
	Restante personale	20	-	-	5	-	54	7	20	-
	Totale	4838	1568	2846	1342	2810	1711	1869	909	1742

	ASP COSENZA	ASP CROTONE	ASP CATANZARO	ASP VIBO VALENTIA	ASP REGGIO CALABRIA	AO COSENZA	AO CATANZARO	AOU MATER DOMINI	AO REGGIO CALABRIA	
2020	Personale dipendente a tempo indeterminato	4215	1467	2654	1247	2437	1592	1767	825	1557
	Medici	851	289	508	258	548	413	385	131	370
	Dirigenti non medici	115	39	75	24	71	36	42	16	49
	Personale non dirigente	3249	1139	2070	963	1816	1143	1340	678	1138
	Personale contrattista	-	-	1	4	2	-	-	-	-
	Personale a tempo determinato	346	263	25	53	250	39	217	74	175
	Restante personale	43	-	-	12	-	54	10	71	-
	Totale	4561	1730	2679	1312	2687	1685	1994	970	1732
	COVID (di cui)	178	100	35	27	-	105	219	112	134

	ASP COSENZA	ASP CROTONE	ASP CATANZARO	ASP VIBO VALENTIA	ASP REGGIO CALABRIA	AO COSENZA	AO CATANZARO	AOU MATER DOMINI	AO REGGIO CALABRIA	
2021	Personale dipendente a tempo indeterminato	4129	1451	2589	1173	2308	1615	1811	802	1566
	Medici	803	296	496	234	516	389	393	129	381
	Dirigenti non medici	109	39	70	25	72	36	45	17	47
	Personale non dirigente	3217	1116	2022	912	1719	1190	1373	656	1138
	Personale contrattista	-	-	1	2	1	-	-	-	-
	Personale a tempo determinato	326	146	177	122	340	108	145	86	135
	Restante personale	76	-	-	13	-	-	9	50	26
	Totale	4455	1597	2766	1308	2648	1723	1965	938	1727
	COVID (di cui)	167	110	92	77	198	54	128	159	165

C A L A B R I A		2019	2020	2021	DELTA 19/21	%
	Personale dipendente a tempo	18158	17761	17444	-714	-3,93
	Medici	3882	3751	3637	-245	-6,31
	Dirigenti non medici	501	467	460	-41	-8,18
	Personale non dirigente	13769	13536	13343	-426	-3,09
	Personale contrattista	6	7	4	-2	-33,3
	Personale a tempo determinato	1391	1442	1585	194	13,95
	Restante personale	106	190	174	68	64,15
	Totale	19655	19393	19203	-452	-2,3



3.1.2 Adeguamento del fabbisogno del personale

Nell'arco temporale 2022/2025 si intende aggiornare e rimodulare il fabbisogno di personale tenuto conto della necessità di potenziamento delle specifiche linee di attività previste dal Programma Operativo.

L'emergenza Covid ha imposto un rafforzamento immediato della risposta del Servizio Sanitario Regionale alla domanda di salute dei cittadini, impegnando una larga parte di operatori sanitari nell'assistenza ai pazienti Covid soprattutto presso le strutture di Terapia Intensiva, Malattie Infettive e Pneumologia.

Il DM 77/22 impone, inoltre, un adeguamento della metodologia per la determinazione dei fabbisogni di personale al nuovo assetto organizzativo, nell'ottica di una crescita strutturale del servizio sanitario regionale attraverso la definizione di nuovi standard organizzativi del personale dedito alle attività erogate dalle aziende sanitarie nei presidi ospedalieri e nel territorio.

Nell'anno 2022, con nota circolare prot. n. 88323 del 22 febbraio 2022, è stato avviato l'iter per la ricognizione del fabbisogno di personale teorico, rilevato dalle Aziende del SSR mediante l'utilizzo della metodologia indicata dal DCA 192/2019 e tenuto conto dei dati di produzione relativi agli anni 2019 e 2020.

Con successivo DCA n. 113 del 6 settembre 2022, avente ad oggetto "Determinazioni in ordine ai Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR", nelle more dell'adeguamento dei nuovi standard metodologici, è stato richiesto alle Aziende di formulare i Piani dei Fabbisogni sulla base del DCA 192/2019 e di proporre i Piani delle assunzioni adeguandoli ai dati di produzione riferiti all'anno 2021 e al D.M. 77.

Con parere n. 186P/2022 i Ministeri affiancanti hanno espresso parere favorevole subordinatamente alla integrazione nei prospetti di una colonna diretta ad evidenziare la dotazione organica al 31 dicembre 2021, con esclusione del personale reclutato per l'emergenza Covid (da evidenziare con separata colonna), per consentire di differenziare il dato aggregato previsto nella colonna dotazione organica 2022 rispetto alla dotazione organica al 31 dicembre 2021.

Con DCA 118 del 3 ottobre 2022 avente ad oggetto "*Determinazioni in ordine ai Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - modifiche ed integrazioni DCA n. 113 del 06/09/2022*" sono state recepite le osservazioni dei Ministeri affiancanti.

Il provvedimento ha consentito, nelle more dell'approvazione del nuovo assetto organizzativo del servizio sanitario regionale, di avviare nell'anno 2022 le procedure finalizzate ai reclutamenti a tempo indeterminato di personale e le stabilizzazioni ai sensi dell'art. 1 c. 268 lett. b) della Legge 30 dicembre 2021 n. 234.

Sulla base di quanto stabilito con il DCA n.118/2022 le Aziende del servizio sanitario regionale hanno provveduto ad elaborare il piano del fabbisogno teorico sulla base della metodologia di cui sopra e il piano assunzionale.

Con i seguenti DCA la Struttura commissariale a preso atto di quanto deliberato dalle aziende sanitarie:

- DECRETO - N. 153 DEL 09 NOVEMBRE 2022 "Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Ospedaliera di Cosenza - Delibera n. 623 del 25/10/2022 avente ad oggetto "Adozione Piano del Fabbisogno anni 2022 - 2024 e Piano Assunzionale anno 2022. Modifica e integrazione DCA 113/2022"
- DECRETO - N. 151 DEL 08 NOVEMBRE 2022 "Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR per l'anno 2022 - Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria - Delibera n. 862 del 27/10/2022 avente ad oggetto "Deliberazioni n. 786 del 20/09/2022 e n. 816 del 6/10/2022. Definizione del fabbisogno teorico di personale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria e Piano delle Assunzioni per l'anno 2022". Presa d'atto"
- DECRETO - N. 150 DEL 08 NOVEMBRE 2022 "Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR per l'anno 2022 Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia Delibera n. 1530/CS del 26/10/2022 avente ad oggetto "Piano Fabbisogno Personale e Piano Assunzionale 2022 – parziale rettifica Delibera n. 1479 del 19.10.2022"

- DECRETO - N. 145 DEL 28 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle Assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - Delibera n. 1134 del 20/10/2022 avente ad oggetto “Deliberazione n. 1043 del 07/10/2022 – Riproposizione Piano dei Fabbisogni e Piano Assunzionale anno 2022 – presa d’atto della Nota regionale Prot. n. 463765 del 20.10.2022
- DECRETO - N. 135 DEL 18 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Ospedaliero Universitaria “Mater Domini” di Catanzaro - Delibera n. 597 del 07/10/2022 avente ad oggetto “Presenza d’atto del DCA 118 del 3/10/2022 – Piano dei Fabbisogni di personale 2022 e Piano delle Assunzioni 2022” – presa d’atto”
- DECRETO - N. 126 DEL 11 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR per l’anno 2022 - Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone - Delibera n. 790 del 10/10/2022 avente ad oggetto “Rettifica Delibera n. 770 del 05/10/2022 recante DCA n. 118 del 03/10/2022 – modifica e integrazione determinazione Piano del Fabbisogno di personale e Piano delle assunzioni per l’anno 2022 dell’ASP di Crotone di cui alla Delibera n. 725 del 16/09/2022” - Presa d’atto”
- DECRETO - N. 125 DEL 11 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda Ospedaliera “Pugliese - Ciaccio” di Catanzaro - Delibera n. 727 del 06/10/2022 avente ad oggetto “Approvazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2022/2024 e Piano delle assunzioni 2022 – modifica e integrazione deliberazione n. 683 del 19/09/2022” – presa d’atto”
- DECRETO - N. 124 DEL 11 OTTOBRE 2022 “Piani dei Fabbisogni di personale e Piani delle assunzioni nelle Aziende del SSR - Azienda (Burc 229 17/10/2022) Sanitaria Provinciale di Cosenza - Delibera n. 1611 del 06/10/2022 avente ad oggetto “Integrazione e modifica delibera n. 1535 del 16/09/2022 – Piano del Fabbisogno del Personale e Piano Assunzionale 2022” - Presa d’atto”.

È in corso di approvazione il piano dei fabbisogni e il piano assunzionale già deliberato di GOM di Reggio Calabria.

Si riporta di seguito tabella riepilogativa del fabbisogno complessivo approvato dalla struttura commissariale, con i provvedimenti sopra elencati, sulla base dei piani dei fabbisogni e dei piani assunzionali deliberati dalle Aziende del SSR. Il fabbisogno complessivo del SSR sarà soddisfatto nel triennio di vigenza del P.O.:

	DOTAZIONE ORGANICA 2021	Nuove Assunzioni triennio 2023-2025	DOTAZIONE ORGANICA POTENZIALE AD ESITO DEI RECLUTAMENTI PREVISTI DAL PO
AO COSENZA	1.723	226	1.949
AO PUGLIESE CIACCIO	1.965	82	2.047
GOM REGGIO CALABRIA	1.727	206	1.933
AOU MATER DOMINI	938	176	1.114
ASP VIBO	1.308	102	1.410
ASP COSENZA	4.531	185	4.716
ASP CROTONE	1.597	81	1.678
ASP CATANZARO	2.766	424	3.190
ASP REGGIO CALABRIA	2.648	378	3.026
TOTALE	19.203	1.860	21.063

Alla luce dell’articolo 1, comma 4-ter, del decreto legge n. 150/2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, che ha previsto per la Regione un contributo di 12 mln di euro a partire dall’anno 2021 per l’assunzione di personale sanitario, si procederà, pertanto, nel percorso di potenziamento delle linee di attività previste dal PO mediante l’ingresso di nuovi professionisti nel SSR. In particolare si rappresenta che tali risorse saranno prioritariamente utilizzate per il reclutamento del personale necessario a rinforzare i settori dell’Emergenza Urgenza, 118, anestesia e rianimazione, chirurgia e ortopedia.

3.2 Reclutamento e procedure concorsuali

Nelle more della piena operatività di Azienda Zero, risulta prioritario favorire le assunzioni a tempo indeterminato sia a copertura del turnover intervenuto negli ultimi mesi, sia per far fronte ai bisogni emergenti necessari a fronte dell'incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi disposta dai decreti emergenziali, rafforzando la capacità delle strutture ospedaliere calabresi, sia infine per il potenziamento delle strutture territoriali prefigurato del PNRR.

Sarà pertanto in primo luogo disposto l'obbligo per le aziende sanitarie regionali di consentire, ai sensi dell'art.3, comma 61 della legge 350/2003 e dell'art.4, comma 3 bis del decreto legge 101/2013 come convertito nella legge 125/2013, l'utilizzo da parte delle altre aziende sanitarie delle graduatorie esistenti di concorso pubblico e avviso pubblico, al fine di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e assicurare, anche nelle more dell'espletamento di ulteriori procedure concorsuali, il reclutamento in primis a tempo indeterminato di tutti i professionisti e operatori necessari. Eventuali rifiuti, comunque eccezionali, dovranno essere motivati in rapporto alla determinazione aziendale di effettuare in tempi brevissimi assunzioni connesse alla programmazione del fabbisogno di personale e al piano pandemico, correlate a vacanze di organico esistenti o all'imminente cessazione del personale in servizio o alle necessità di potenziamento, tenuto conto del numero degli idonei collocati nelle graduatorie.

La Struttura Commissariale effettuerà le verifiche in merito al rispetto delle predette indicazioni. È stata, inoltre, creata specifica sezione sul sito del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione di tutte le graduatorie vigenti presso le Aziende del SSR.

L'assolvimento del predetto debito informativo e l'osservanza delle disposizioni del presente provvedimento costituiranno elementi di valutazione del Direttore Generale o Commissario Aziendale

Verrà inoltre definita una programmazione a livello regionale delle prossime procedure concorsuali finalizzate all'assunzione a tempo indeterminato, in particolare con riferimento ai profili professionali di cui si riscontra maggiore carenza.

3.3 Riqualificazione degli organici del SSR e definizione dei percorsi formativi volti al miglioramento delle competenze del personale delle Aziende

La Regione proseguirà nelle azioni finalizzate alla riqualificazione degli organici del SSR, attraverso una programmazione efficace ed efficiente delle risorse umane: efficace, perché il fine di una corretta programmazione è quello di consentire alle Aziende di disporre delle risorse adeguate al contesto di riferimento, alla mission aziendale, e nei tempi giusti; efficiente, perché pur nella considerazione di quanto sopra, tali processi devono tendere anche alla riduzione dei costi.

Nell'ambito delle attività di potenziamento e valorizzazione degli organici del Sistema Sanitario Regionale e in conformità alle azioni in materia di formazione e sviluppo delle risorse umane, con DDG n. 14425 del 28/12/2020 sono state approvate le "Linee Guida 2021-2023 per la definizione dei Piani di Formazione aziendali per il miglioramento delle competenze del personale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio sanitario regionale". È stato, inoltre, disposto che le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere approvino, in coerenza con le suddette linee guida, i propri Piani di formazione annuali e li trasmettano al Dipartimento entro il 1° marzo di ogni anno. Tra gli obiettivi di mandato assegnati ai Commissari straordinari delle Aziende del SSR ai sensi dell'art. 2, comma 1, del Decreto Legge n. 150 del 10 novembre 2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, è stata espressamente inserita l'approvazione, entro il primo marzo di ogni anno, del piano annuale della formazione e la trasmissione al Dipartimento della "Relazione annuale sulla formazione" entro il 31 marzo dell'anno successivo. Nell'arco temporale 2022/2025 si procederà all'aggiornamento delle linee guida e al monitoraggio sull'adozione dei Piani Formativi da parte delle Aziende e sulla coerenza degli stessi con le Linee Guida regionali.

3.4 Flussi informativi sul personale del SSR

La gestione e il governo dei flussi informativi sul personale a livello regionale è un fattore strategico trasversale alle azioni, obiettivo di primaria importanza da realizzarsi mediante l'introduzione di modelli di rilevazione univoci e mediante il coordinamento delle attività di consolidamento dei dati a livello centrale.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale e delle Aziende – SEC-SISR – “Specifica Funzionale del SEC-DIR” consente di poter analizzare centralmente i dati sul personale dipendente attraverso l'utilizzo dell'Area Direzionale “Analisi del Personale”, che risponde alle suddette esigenze informative. In particolare, il sistema è di supporto:

- all'analisi e monitoraggio delle dotazioni organiche e dei fabbisogni delle ASP e delle A.O.
- all'analisi per il reclutamento del personale nel SSR
- alla gestione e monitoraggio dei flussi informativi relativi al personale dipendente del SSR
- al governo del personale tramite il monitoraggio dei relativi rapporti giuridici e dei dati di costo

È di assoluta necessità, pertanto, che il Sistema Informativo venga correttamente alimentato, rappresentando una fonte insostituibile di dati per il governo del personale dipendente del SSR.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Approvazione da parte delle Aziende del SSR del Piano del fabbisogno di personale e del piano assunzionale 2022	Delibere Aziendali	Settembre 2022
2	Approvazione Piani dei fabbisogni e dei relativi piani assunzionali 2022	DCA approvazione	Ottobre 2022
3	Alimentazione Piattaforma SEC SISR – Flussi sul Personale	Upload File aziendali	Mensile (a far data dal 01/01/2023)

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari.
- Settore n. 1 “Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario”
- Settore n. 7 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Commissari Straordinari / Direttori Generali Aziende del SSR.

4. DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEBITO PREGRESSO

4.1 Ricognizione e riconciliazione del debito pregresso

Le Aziende del SSR sono soggette ad un rilevante contenzioso che origina principalmente dal mancato pagamento dei debiti commerciali nel rispetto dei tempi stabiliti dalla direttiva europea 2011/7/UE, recepita con il d.lgs. 192/2012. Ciò ha determinato l'insorgenza tanto di maggiori oneri per interessi di mora nei confronti dei creditori quanto l'insorgenza di procedimenti giudiziari – in particolare procedimenti monitori ed esecutivi - definiti con ordinanze di assegnazione di somme, con conseguente ulteriore aggravio di spese legali e processuali a carico delle Aziende.

Limitando il campo di indagine alla situazione debitoria, le principali criticità di ordine finanziario e contabile che hanno interessato in pratica tutti gli organi del SSR tuttora permangono, seppur con diversi livelli di gravità, sono le seguenti:

Ingente massa debitoria per alcune aziende;

Forte ritardo nei pagamenti;

Massiccio ricorso all'anticipazione di cassa;

Inadeguata quantificazione del fondo rischi e oneri;

Inattendibilità dei valori esposti in bilancio;

Forti irregolarità circa la sottostima del contenzioso;

Presenza di oneri straordinari negli esercizi oggetto di verifica;

Carenze organizzative e contabili;

Sussistenza di pignoramenti presso il terzo tesoriere;

Omessa regolarizzazione dei sospesi di cassa in uscita in ciascun esercizio finanziario;

Carenza di procedure dettagliate nella gestione del ciclo passivo,

Dalle criticità riscontrate, il Legislatore è intervenuto con l'adozione di disposizioni normative di natura eccezionale.

In particolare:

- l'articolo 16-septies, comma 2 lettera c) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 convertito con modificazioni dalla Legge n. 251/ 2021, dispone, che *“la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, collabora con le unita' operative semplici e complesse deputate al monitoraggio e alla gestione del contenzioso, disponendo l'impiego di un contingente di 5 ispettori per ciascuno degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, del servizio sanitario della Regione Calabria. Le modalita' operative della collaborazione sono definite nell'ambito del protocollo d'intesa previsto dall'articolo 5 del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181”*;
- l'articolo 16-septies, comma 2 lettera g) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 convertito con modificazioni dalla Legge n. 251/ 2021, dispone, che *“al fine di coadiuvare le attività previste dal presente comma, assicurando al servizio sanitario della Regione Calabria la liquidità necessaria allo svolgimento delle predette attività finalizzate anche al tempestivo pagamento dei debiti commerciali, nei confronti degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria di cui all'articolo 19 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalla Regione Calabria agli enti del proprio servizio sanitario regionale effettuati prima della data di entrata in vigore della legge*

di conversione del presente decreto non producono effetti dalla suddetta data e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per il pagamento dei debiti, delle somme agli stessi trasferite durante il suddetto periodo. Le disposizioni della presente lettera si applicano fino al 31 dicembre 2025”;

- l'articolo 16-septies, comma 2 lettera c) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146 convertito con modificazioni dalla Legge n. 251/ 2021, dispone, che *“la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, collabora con le unita' operative semplici e complesse deputate al monitoraggio e alla gestione del contenzioso, disponendo l'impiego di un contingente di 5 ispettori per ciascuno degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, del servizio sanitario della Regione Calabria. Le modalita' operative della collaborazione sono definite nell'ambito del protocollo d'intesa previsto dall'articolo 5 del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181”;*
- l'art. 6 comma 4 del DL 150/2020 convertito dalla Legge n. 181/2020 dispone che per la realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, al fine dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale in attuazione al Piano di rientro per la certificazione annuale dei bilanci delle Aziende e del bilancio consolidato regionale, è autorizzata la spesa di 15 milioni di euro per la sottoscrizione dell'accordo di programma finalizzato, ai sensi dell'art. 79 comma 1 sexies, lettera c del DL 112/2008 convertito dalla Legge n. 133/2008 a valere sulle risorse all'art. 20 della L. 67/1988 s.m.i. Con nota prot n. 433502 del 08/10/2021 è stata trasmessa la bozza di accordo di programma. Con nota del 23/03/2022, il Ministero della Salute ha richiesto ulteriori integrazioni in merito all'Accordo di Programma. La Struttura Commissariale di concerto con il Dipartimento regionale sta predisponendo l'integrazione per come richiesto.

Inoltre, in considerazione delle anzidette criticità ed in ragione dei rilievi evidenziati a tal riguardo dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, sono stati attribuiti ai Commissari Straordinari delle Aziende del SSR obiettivi di mandato generali e specifici tesi:

- a) al superamento delle criticità connesse al rispetto di tempi di pagamento, con recupero dei ritardi registrati in alcuni casi fino a 800 giorni;
- b) all'adozione - entro i termini fissati dal Giudice - dei provvedimenti di esecuzione delle sentenze emesse dagli Organi di Giustizia Amministrativa ad esito di giudizi di ottemperanza;
- c) all'implementazione della Piattaforma informatica di monitoraggio del contenzioso aziendale.

La Regione, al fine di risolvere le criticità connesse all'ingente debito pregresso delle Aziende del SSR, intende intraprendere le azioni previste dall'Accordo di programma suindicato. Attività già avviate dal mese di maggio 2022.

Il suddetto accordo, previa approvazione dei Ministeri competenti, sarà recepito con decreto commissariale che definirà le modalità organizzative ed operative, prevedendo altresì la possibilità di procedere alla centralizzazione dei pagamenti.

In particolare, le azioni che si prevede di attuare per il raggiungimento degli obiettivi di programma si configurano lungo due direttrici: a) Realizzare un intervento strutturato relativo: (i) alla ricognizione del contenzioso e gestione dello stesso; (ii) alla ricognizione e riconciliazione del debito pregresso. Le due attività sono strettamente correlate, al fine di garantire la certezza del debito e la corretta valutazione e valorizzazione dell'esposizione del rischio collegato al contenzioso. L'intervento relativo al contenzioso è rivolto alla mappatura del contenzioso all'interno delle singole aziende sanitarie, suddiviso per tipologia con gradazione del rischio ai fini della rilevazione dell'adeguatezza del fondo rischi e oneri iscritto nello Stato Patrimoniale rispetto alle

passività potenziali alle quali sono esposte le aziende sanitarie; alla gestione omogenea e ordinaria, dello stesso, attraverso la definizione di procedure e la digitalizzazione dei processi sottostanti.

L'intervento nella sua articolazione, in sintesi dovrà prevedere le seguenti macro-attività: 1) ricognizione del contenzioso nella sua interezza e delle fattispecie in essere; 2) circolarizzazione del debito pregresso con i fornitori; 3) riconciliazione del debito pregresso con la situazione debitoria delle Aziende e con i pagamenti; 4) individuazione delle singole assegnazioni giudiziarie e associazione delle stesse ai documenti contabili (fatture, parcelle, ecc.); 5) accertamento dell'avvenuto o meno pagamento del documento contabile; 6) regolarizzazione dei singoli documenti contabili con i pagamenti effettuati; 7) allineamento dei partitari con le risultanze delle procedure e con gli esiti dell'attività di ricognizione e riconciliazione del debito pregresso; 8) allineamento dei partitari fornitori dei sistemi contabili aziendali e con i saldi Co.Ge; 9) definizione delle procedure, delle regole e dei processi per la Gestione ordinaria informatizzata del Contenzioso.

Inoltre, come già previsto nel paragrafo relativo al Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci, si adotterà una procedura amministrativo contabile, che aggiorni la procedura del contenzioso approvata con DCA n. 33/2016, e che preveda un percorso relativo alla circolarizzazione del debito pregresso con i fornitori e che metta in rilievo gli aspetti relativi alla regolarizzazione contabile delle assegnazioni giudiziarie sfociate in pignoramento e pagamento forzoso.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Aggiornamento procedura amministrativo contabile contenzioso e circolarizzazione del debito pregresso.	DCA	Maggio 2022
2	Recepimento Accordo di Programma	DCA	Giugno 2022
3	Accordo con la Guardia di Finanza ai sensi dell'articolo 16-septies, comma 2 lettera c) del decreto legge 21 ottobre 2021, n 146	DCA	Luglio 2022
4	Ricognizione del contenzioso nella sua interezza e delle fattispecie in essere	DCA	Dicembre 2022
5	Riconciliazione del debito pregresso con la situazione debitoria delle Aziende e con i pagamenti	Report aziendali	Giugno 2023
6	Individuazione delle singole assegnazioni giudiziarie e associazione delle stesse ai documenti contabili (fatture, parcelle, ecc.)	Report aziendali	Giugno 2023
7	Accertamento dell'avvenuto o meno pagamento del documento contabile.	Report aziendali	Dicembre 2023
8	Regolarizzazione dei singoli documenti contabili con i pagamenti effettuati.	Report aziendali	Aprile 2024
9	Allineamento dei partitari con le risultanze delle procedure e con gli esiti dell'attività di ricognizione e	Delibera aziendale	Dicembre 2024

	riconciliazione del debito pregresso		
10	Allineamento dei partitari fornitori dei sistemi contabili aziendali e con i saldi Co.Ge	Certificazione aziendale asseverata dal Collegio Sindacale	Dicembre 2024
11	Definizione delle procedure, delle regole e dei processi per la Gestione ordinaria informatizzata del contenzioso	Certificazione aziendale asseverata dal Collegio Sindacale	Dicembre 2024

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento economico delle Aziende – Controllo di gestione – Patrimonio”

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

Collegi Sindacali Aziende SSR (coinvolgimento quale organo di controllo)

4.2 Piattaforma Sec-Sisr relativa alla gestione del contenzioso

Stato di attuazione PO 2019/2021

Il Programma Operativo 2019 – 2021 si proponeva di costruire un modello di gestione centralizzata per garantire una gestione omogenea ed efficace del contenzioso attraverso una serie di azioni, talune delle quali avviate ed oggi a regime ed altre che necessitano di un correttivo ovvero del loro superamento all’esito della scarsa efficacia dimostrata rispetto al fine per cui erano state adottate.

In particolare:

1. Nel 2020 è stata istituita una Task Force Regionale con il supporto di Agenas per lo svolgimento delle attività centralizzate di analisi del Contenzioso del SSR.
2. Le Aziende del SSR hanno istituito i propri gruppi di lavoro per l’attività di regolarizzazione contabile delle assegnazioni giudiziarie pregresse. La costituzione dei gruppi di lavoro non ha determinato tuttavia un generale ed apprezzabile miglioramento delle criticità sopra rappresentate, attesa la persistenza della forte esposizione debitoria connessa ai ritardi dei tempi di pagamento e di esecuzione dei provvedimenti giudiziari di condanna.
3. È stato predisposto un tracciato record di mappatura del contenzioso ed avviata (comunicazione prot. n. 280910 del 3/09/2020) una specifica attività di ricognizione del debito commerciale.
4. Sono state avviate le attività di alimentazione del sistema informativo per la gestione ed il monitoraggio del contenzioso delle Aziende del SSR. Il software, già presente all’interno del SEC-SISR, rileva tutti i dati relativi ad ogni singola procedura (anno di formazione del contenzioso - descrizione – gradi - valore dichiarato o stimato - rischio soccombenza) e dei relativi atti. Il sistema informativo consente oggi il collegamento tra il gestionale contenzioso e quello dell’ufficio economico – finanziario e, in particolare, l’acquisizione nel fascicolo elettronico delle fatture.
5. È stato fatto obbligo alle aziende del SSR di procedere alla costante alimentazione del sistema informativo e avviate le attività di monitoraggio dello stato dei caricamenti.

Obiettivo

In continuità con il Programma Operativo 2019 – 2021, l'obiettivo è il contenimento del fenomeno del contenzioso, con riduzione dello stesso ed il conseguente decremento delle poste negative della gestione straordinaria e degli interessi passivi.

Azioni

Le azioni sono rivolte al contenimento, alla riduzione ed alla gestione del contenzioso e dei suoi effetti economici, dal momento della insorgenza all'esito conclusivo.

In particolare, si individuano come di seguito le azioni da porre:

- 1 Alimentazione Piattaforma Informatica Contenzioso SEC SISR;
- 2 Analisi, da parte della task force regionale, dei dati inseriti nella Piattaforma Informatica con un focus su contenziosi più critici per numerosità, maggior valore, maggiore incidenza;
- 3 Adozione di un approccio strutturato per la verifica e il monitoraggio del contenzioso e dello stato dei rischi aziendali;
- 4 Impianto sanzionatorio a carico dei Commissari Straordinari delle Aziende del SSR in caso di mancato compimento delle attività e mancato rispetto del cronoprogramma.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Alimentazione piattaforma informatica Contenzioso SEC SISR	Caricamento dati da parte delle Aziende	Mensile a far data da marzo 2022
2	Analisi dei casi con un focus su quelli più critici	Report mensili task force	A far data da aprile 2022
3	Condivisione di un approccio strutturato per la verifica e il monitoraggio del contenzioso e dello stato dei rischi aziendali	Adozione DCA Linee Guida	Giugno 2022
4	Impianto sanzionatorio a carico dei Commissari Straordinari	Provvedimento assegnazione obiettivi di mandato specifici	Giugno 2022

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 1 "Personale e professioni del servizio sanitario regionale e sistema universitario"

Settore n. 7 "Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento economico delle Aziende – Controllo di gestione – Patrimonio"

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

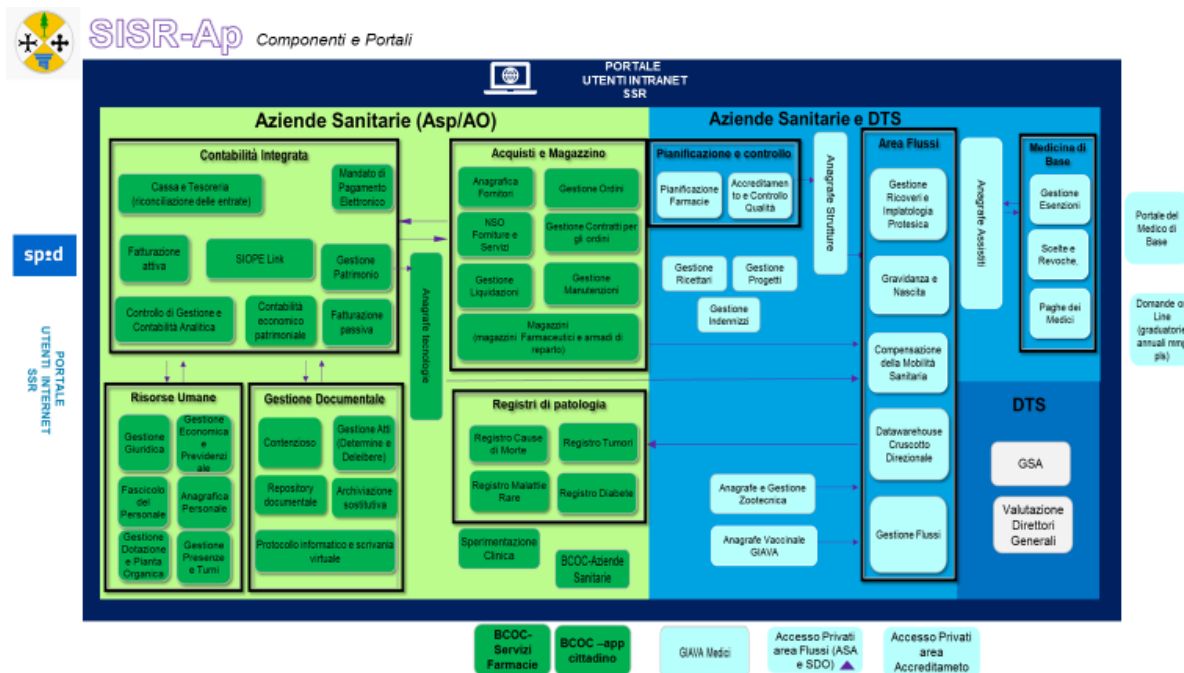
Collegi Sindacali Aziende SSR (coinvolgimento quale organo di controllo))

5. SISTEMI INFORMATIVI

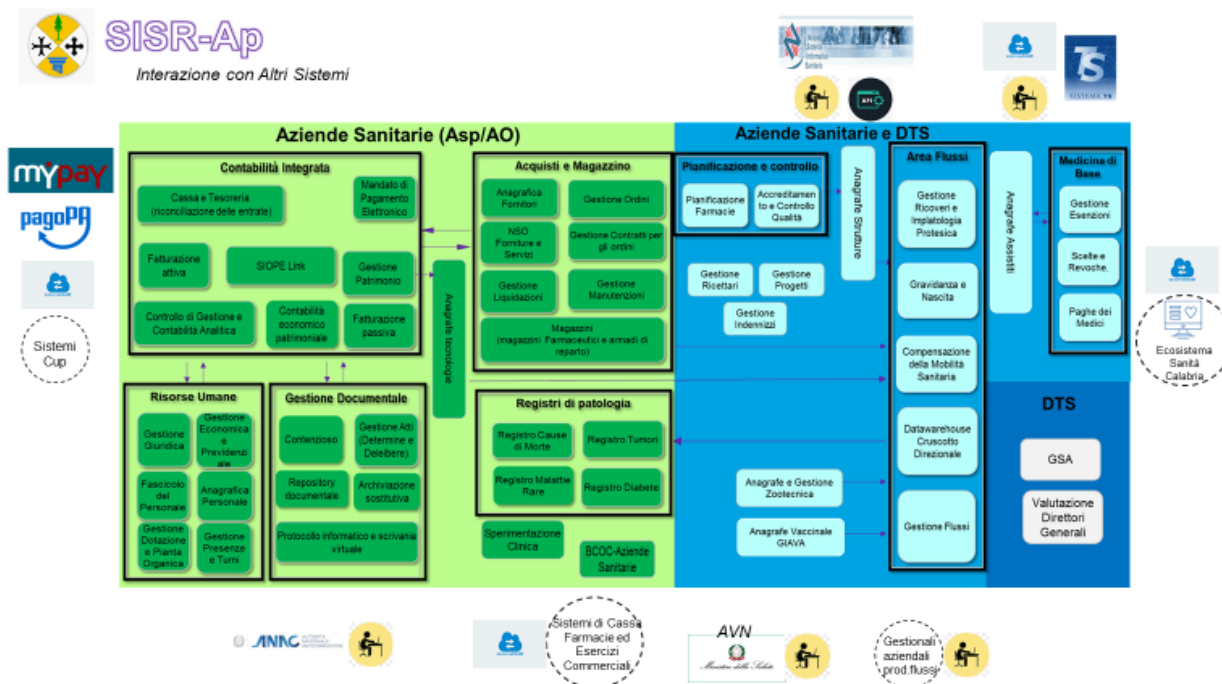
Stato di attuazione

I sistemi informativi rivestono un ruolo centrale che deve essere decisamente potenziato e reso più funzionale, a livello regionale e delle singole aziende e presidi.

Il Sistema informativo sanitario regionale (SISR) si compone di una serie di moduli sia a livello dipartimentale che aziendale. Di seguito è riportato uno schema delle componenti e portali:



Il sistema interagisce tramite web services e coopera con le principali piattaforme nazionali di riferimento:



I Programmi Operativi 2016-2018 e 2019-2021 hanno fissato obiettivi e hanno determinato azioni da portare a termine al fine di rendere l'organizzazione della Sanità Elettronica aderente ai rinnovati bisogni dell'organizzazione del SSR e per dar seguito all'adempimento di numerosi obblighi in termini di debiti informativi nei confronti del livello nazionale.

Principali risultati raggiunti:

- Avvio dell'automazione unica del Sistema Informativo Amministrativo Contabile (SIAC) presso tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere ad eccezione dell'AO di Reggio Calabria, in quanto utilizza un gestionale proprio efficiente per il quale sarà prevista la possibilità di trasmissione dei dati;
- Completata l'automazione dei sistemi contabili inclusa la GSA;
- Avvio dell'automazione univoca ed omogenea dei processi riferiti ad Accettazione, Dimissione e Trasferimento e dei percorsi di Gravidanza e Nascita (a presidio dei flussi SDO e della corretta valorizzazione dell'attività da ricovero), che seppur avviata già nel 2017 non risulta pienamente utilizzata in tutte le Aziende Sanitarie.
- È stata realizzata nel SEC-SISR l'automazione univoca ed omogenea della Compensazione della Mobilità Sanitaria (al fine di supportare in modo automatico la contestazione alle altre regioni, la controdeduzione delle contestazioni, il corretto addebito e l'analisi della Mobilità Regionale);
- E' stato realizzato l'Allineamento Anagrafe assistiti tramite Web Service verso SOGEI;
- È stata realizzata l'automazione univoca ed omogenea degli Esenti Ticket all'interno di un sistema di Anagrafe Sanitaria unica;
- Evoluzione del Portale del Medico di Medicina Generale;
- È stato consolidato il sistema vaccinale (GIAVA);
- In ordine all'offerta di servizi telematici di sanità digitale ai cittadini (scelte/revoche, esenzioni ticket, info sugli studi medici, ecc.) è stato realizzato un contesto di vero Ecosistema di Sistemi Informativi Sanitari cooperanti;
- Attuazione al 100% e attivazione al 100% dei FSE regionali;
- Nell'ottica di realizzare un Sistema Unico RIS/PACS e del Sistema LIS sono state avviate le gare dalla SUA ai sensi del DCA n. 42/2021.

Obiettivi

I sistemi informativi a supporto del SSR devono essere implementati con l'obiettivo di concorrere alla razionalizzazione dell'uso delle risorse organizzative, economiche, umane e materiali. Ciò va declinato nello specifico dell'attuazione del Piano di Rientro dal deficit sanitario e del miglioramento della valutazione dell'attuazione dei LEA (c.d. Nuovo Sistema di Garanzia).

Di seguito i principali obiettivi da perseguire.

- Bisogna accelerare il consolidamento dell'informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale. A questo scopo è necessario dare piena attuazione al progetto Cure Domiciliari Integrate ed Innovative (CDI2) che ha lo scopo di mettere in rete non solo i soggetti che attualmente utilizzano il sistema SIGEMONA, ma anche gli erogatori, i pazienti, i caregiver. Il progetto CDI2 permette, inoltre, di integrare le attività effettuate attraverso lo strumento di telemedicina per come previsto nel DCA n. 49/2021 e quindi dall'adozione dei regolamenti necessari e si pone a base dell'intervento PNRR.
- Implementare i servizi di telemedicina integrati con FSE, SPID e le altre piattaforme

regionali. Nell'ambito del PNRR è previsto un investimento nazionale di circa 1 miliardo di euro per attivare la telemedicina, ed erogare servizi sanitari digitali sulla base dell'infrastruttura del FSE prevedendo una piattaforma nazionale abilitante ad accesso uniforme ai servizi che contiene i servizi abitanti all'adozione della telemedicina (modello dati, codifiche, integrazione con piattaforme nazionali come PagoPA, SPID/CIE). La Regione Calabria mira a migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche e dunque a promuovere lo sviluppo della telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali. La Regione Calabria si attiverà dunque per la realizzazione di piattaforme e applicazioni regionali integrate di:

- televisita,
- teleconsulto,
- teleassistenza,
- telemonitoraggio

seguendo requisiti tecnici di integrazione nazionali nell'ambito delle linee guida nazionali e del PNRR in coerenza con la Piattaforma Nazionale.

- Permettere l'accesso delle Case di Cura Private al SISR per la trasmissione e la consultazione in tempo reale dei dati dei ricoveri, dei CEDAP (Certificati di Assistenza al Parto), dei flussi riguardanti Aborti Spontanei e IVG, e degli impianti endoprotesi ortopediche.
- Completare lo sviluppo dei moduli relativi all'assistenza riabilitativa e protesica.
- Permettere l'accesso delle Strutture Specialistiche Private Accreditate al modulo del SEC-SISR dedicato all'automazione dell'Attività Specialistica Privata e Pubblica al fine di avere riscontro rapido e certo a livello regionale circa i flussi informativi sulle ricette specialistiche.
- Bisogna anche dar seguito all'esperienza già realizzata sulla Compensazione della Mobilità, estendendola alla Mobilità Internazionale, atteso che la Calabria è terra di "emigrazione di ritorno" di pazienti il cui onere assistenziale deve ricadere sugli Enti Assicurativi e Sanitari dei paesi in cui hanno versato, durante la loro vita lavorativa, i contributi sanitari.
- Ormai è imprescindibile l'attuazione piena del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), assecondando gli standard in evoluzione. Bisogna garantire le attività connesse all'investimento 1.3.1 della Missione 6 Componente 2 del Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza stanziando 1,38 miliardi di euro per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave:
 - punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
 - base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;
 - strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

La Regione Calabria dovrà provvedere all'Adozione e utilizzo FSE a partire dall'implementazione dei Contenuti minimi da includere nel FSE:

- Dati identificativi ed amministrativi (inclusi dati su prenotazioni, libretto sanitario, ecc)
- Dati clinici (e documenti strutturati che li contengano (dove previsti nella prima fase di attuazione) acquisiti nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura condotte dai

- professionisti sanitari sugli assistiti;
- Dati del Profilo Sanitario Sintetico (Patient Summary)
- Dati di refertazione per ogni branca
- Dati clinici derivanti da episodi di ricovero
- Dati di emergenza-urgenza (118, pronto soccorso)
- Dati provenienti da Cartelle Cliniche
- Dati del Dossier Farmaceutico
- Dati di vaccinazione
- Dati acquisiti durante campagne di screening
- Dati delle prescrizioni elettroniche, gestite da Sistema TS (tramite il SAC ed i SAR)
- Ogni altro dato clinico prodotto dai professionisti sanitari durante le attività di prevenzione, diagnosi e cura che sarà definito e standardizzato a livello nazionale in itinere
- Dati clinici e vitali acquisiti da servizi di Telemedicina
- Imaging
- Patient Generated Health Data

Gli interventi sul Fascicolo Sanitario Elettronico saranno specificamente rivolti a:

- Definire le strategie di coinvolgimento degli operatori (MMG, PLS, Farmacie) nel percorso di attivazione del fascicolo;
 - Creare le condizioni affinché il FSE possa essere alimentato in modo completo, corretto e continuativo dalle strutture che producono i documenti, gestendo in modo coordinato il percorso di adeguamento tecnico ed organizzativo delle strutture stesse;
 - Coordinare le attività di promozione e formazione rivolte ai cittadini e agli operatori sanitari.
- La Regione Calabria ritiene indispensabile agevolare il processo di diffusione delle soluzioni di Cartella Clinica Elettronica (CCE) sul territorio (attualmente la diffusione di CCE nelle strutture sanitarie è caratterizzata da una situazione a macchia di leopardo), al fine di ottimizzare i processi di convergenza e gestione di tutti i dati clinici dei pazienti e di abilitare, oltre alle dinamiche di alimentazione del FSE, la disponibilità per la fruizione, in servizi innovativi, dei dati clinico-sanitari. L'azione della Regione Calabria sarà la definizione di modelli e soluzioni conformi e standard di CCE affinché siano, al di là dell'autonomia delle Aziende che le adottano, pienamente coerenti alla costruzione di servizi innovativi per la fruizione di dati clinico sanitari, contrapponendosi alla frammentazione e alla difformità di iniziative autonome, non rispondenti ad una logica di integrazione e condivisione dei dati per il cittadino e per gli operatori.
- La Regione Calabria si pone tra gli obiettivi principali quello di creare un laboratorio logico unico virtuale regionale (Sistema LIS unico regionale)

I benefici della razionalizzazione in un unico sistema gestionale di laboratorio si possono così sintetizzare:

- consentire, in tempi rapidi, di dare ai cittadini calabresi nuovi servizi e canali, omogenei su tutto il territorio regionale;
- alla luce della attuale situazione epidemiologica e della necessità di garantire esiti di laboratori in tempi compatibili con le esigenze di salute pubblica è fondamentale la

- condivisione delle informazioni e dei servizi anche tra aziende diverse
- rimozione di possibili ostacoli di integrazioni multiple tra sistemi eterogenei ex-post
- ottimizzazione dei processi di popolamento nel formato strutturato corretto del FSE
- sfruttamento ottimale degli impianti di produzione;
- unificazione di soluzione e di processi e consolidamento delle risorse,
- possibilità di monitorare centralmente alcuni indicatori significativi della produttività del laboratorio unico logico virtuale.

Con il DCA 62/2020 la Regione Calabria ha previsto di realizzare tale obiettivo partendo da un assessment dei sistemi esistenti nelle singole aziende al fine di realizzare un LIS unico regionale propedeutico alla realizzazione di un Laboratorio Logico Unico Regionale. Si procederà alla gara per l’approvvigionamento di tecnologia e diagnostici.

Azioni

Completare l’avviamento dei Sistemi Amministrativi, Contabili e del Personale unici a livello regionale con il coinvolgimento dei settori competenti per materia.

Di seguito è riportato lo “stato dell’arte” rispetto all’utilizzo dei moduli.

DIFFUSIONE DEI MODULI - AMBITO AMMINISTRATIVO CONTABILE - PRESSO ASP/AO e DTS

Allegato: dettaglio sull’attivazione dei moduli presso ASP/AO (1/6)

Sistema	Componente	AO CS	AOU MD (CZ)	AO PC (CZ)	AO RC	ASP CZ	ASP KR	ASP RC	ASP VV	ASP CS
ACQ	Anagrafica fornitori									
ACQ	Gestione approvvigionamenti									
ACQ	Magazzino Farmaceutico									
ACQ	Magazzino economale									
ACQ	Gestione contratti									
ACQ	Gestione manutenzioni									
DOC	Protocollo informatico, repository documentale, archiviazione sostituitiva									
DOC	Gestione atti e documenti (delibere)									
DOC	Contenzioso									

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Nota x AOU MD (CZ): Modulo ACQ avviato per la sola gestione dei Servizi

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (2/6)

Sistema	Componente	AO CS	AOU MD (CZ)	AO PC (CZ)	AO RC	ASP CZ	ASP KR	ASP RC	ASP VV	ASP CS
HR	Anagrafica del personale	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
HR	Gestione giuridica/ economica	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
HR	Fascicolo del personale	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
HR	Gestione presenze e turni	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
HR	Gestione dotazione e pianta organica	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
HR	Gestione missioni	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
HR	Gestione concorsi e graduatorie	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
HR	Gestione formazione	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
HR	Gestione sistema Premiante	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡
HR	Gestione pensioni	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡

LEGENDA

- 🟡 Da avviare/non utilizzato
- 🟢 Pronto all'uso/utilizzato
- 🟢 Avvio pianificato
- 🟡 Avvio da pianificare nel medio termine
- 🟡 Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (3/6)

Sistema	Componente	AO CS	AOU MD (CZ)	AO PC (CZ)	AO RC	ASP CZ	ASP KR	ASP RC	ASP VV	ASP CS
SIC	Contabilità economico patrimoniale	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	Gestione patrimonio	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	Cassa e tesoreria	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	Mandato di pagamento elettronico	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	SIOPE Link	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	Fatturazione	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	Controllo di gestione e contabilità analitica	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
SIC	Contratti attivi	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟢	🟡	🟡
DIR	Dir	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
CODE	Code	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢

LEGENDA

- 🟡 Da avviare/non utilizzato
- 🟢 Pronto all'uso/utilizzato
- 🟢 Avvio pianificato
- 🟡 Avvio da pianificare nel medio termine
- 🟡 Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (4/6)

Sistema	Componente	AO CS	AOU MD (CZ)	AO PC (CZ)	AO RC	ASP CZ	ASP KR	ASP RC	ASP VV	ASP CS
SAN	Gestione Progetti									
SAN	Ricettari									
SAN	Pianificazione Farmacie									
SAN	Gestione indennizzi									
SAN	Dispositivi medici									
SAN	Sperimentazione clinica									
SAN	Accreditamento e controllo qualità									
SAN	Anagrafe e gestione Zootecnica									

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (5/6)

Sistema	Componente	AO CS	AOU MD (CZ)	AO PC (CZ)	AO RC	ASP CZ	ASP KR	ASP RC	ASP VV	ASP CS
REP	Registro cause di morte									
REP	Registro tumori									
REP	Registro malattie rare									
REP	Registro Diabete									
ALTRE	Anagrafe Assistiti, Scelte e Revoche, Gestione Eserzioni									
ALTRE	Medicina di Base									
ALTRE	Compensazione della Mobilità Sanitaria									
ALTRE	Portale del Medico di Base									
ALTRE	Anagrafe Vaccinale Giava									
ALTRE	Gestione Ricoveri e Implantologia Protetica (Spalla, Ginocchio, Anca)									
ALTRE	Gravidanza e Nascita									

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Allegato: dettaglio sull'attivazione dei moduli presso ASP/AO (6/6)

Sistema	Componente	AO CS	AOU MD (CZ)	AO PC (CZ)	AO RC	ASP CZ	ASP KR	ASP RC	ASP VV	ASP CS
INFRA	Servizi di Utility									
INFRA	Conduzione Sistemi									
INFRA	Servizi Infrastrutturali									
INFRA	ESB									
INFRA	Front End									
INFRA	PEC									
INFRA	Centrale									
INFRA	Periferica									

LEGENDA

- Da avviare/non utilizzato
- Pronto all'uso/utilizzato
- Avvio pianificato
- Avvio da pianificare nel medio termine
- Non previsto

Consolidare l'utilizzo degli ulteriori Sistemi Informativi dei processi di attività sanitaria:

Accreditamento e controllo di qualità;

Anagrafe e Gestione Zootecnica;

Accesso delle Case di Cura Private al SISR per Gestione Ricoveri e Gravidanza e Nascita;

Accesso delle Strutture Specialistiche Private Accreditate per i flussi delle ricette erogate;

Compensazione della Mobilità Internazionale;

Assistenza Riabilitativa;

Assistenza Protesica.

Attivare il sistema CDI2:

Avviare la sperimentazione di telemedicina.

Ampliare l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

Sistema di gestione delle Dipendenze Patologiche;

Realizzare un Cruscotto Direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale

Realizzazione dei sistemi LIS e RIS-PACS regionale

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Completare l'avviamento dei Sistemi Amministrativi, Contabili e del Personale unici a livello regionale	Numero sistemi completati su totale da completare	Giugno 2023
2	Avviare gli ulteriori Sistemi Informativi di presidio dei processi di attività sanitaria	Numero di sistemi avviati su totale sistema da avviare	Giugno 2023
3.1	Attivare il sistema CDI2	Attivazione sistema CDI2	Giugno 2022
3.2	Servizi di telemedicina	Definizione strategia regionale in coerenza con pnrr	Dicembre 2022
3.3	Consolidare il sistema CDI2	Invio dei flussi sul SIAD tramite CDI2	Dicembre 2022
4.1	Realizzare il sistema unico LIS regionale	Report LIS aziendali esistenti	Ottobre 2022
		Gara acquisto tecnologia e diagnostici	Dicembre 2022
4.2	Ampliamento alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico con referti di laboratorio	Invii documenti al FSE (indicatore FSE INI)	Settembre 2023
5.1	Realizzare il sistema unico RIS/PACS	Realizzazione del sistema	Giugno 2024
5.2	Ampliamento alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico con diagnostica	Invii documenti al FSE (indicatore FSE INI)	Settembre 2023
6.1	Diffusione di soluzioni di CCE conformi all'alimentazione del FSE	Definizione di modelli e soluzioni conformi e standard di CCE	Giugno 2022
6.2	Ampliamento alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico con dati clinici-sanitari	Invii documenti al FSE (indicatore FSE INI)	Settembre 2023
7.1	Realizzazione del sistema di gestione delle Dipendenze Patologiche	Realizzazione del sistema (collaudo)	Giugno 2023
7.2	Realizzazione del sistema di gestione delle Dipendenze Patologiche	Invio dei flussi SIND sul NSIS	Dicembre 2023
8.1	Realizzazione Cruscotto Direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale	Stipula contratto per la realizzazione del Cruscotto Direzionale	Dicembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
8.2	Realizzazione Cruscotto Direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale	Realizzazione del sistema (collaudo)	Giugno 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina”.

Settore competenti per le materie dei sistemi da realizzare.

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

6. CONTABILITÀ ANALITICA

Stato di attuazione

Con DCA n. 1/2016 sono state adottate le Linee guida per la gestione della contabilità analitica e la costruzione del modello LA. Tali linee guida sono state recepite dalle Aziende del SSR contestualmente ad un cronoprogramma contenente le varie fasi di implementazione della Co.An.

L’implementazione della contabilità analitica, oltre a rappresentare un obiettivo previsto dal Percorso di Certificabilità dei Bilanci (vedi paragrafo dedicato nel presente P.O.), costituisce anche adempimento ministeriale (lettera N del questionario LEA).

Nell’ambito dell’attività di verifica sullo stato di implementazione della Co.An., nel mese di febbraio 2020, è stata convocata una riunione operativa presso il Dipartimento Tutela della Salute con i referenti aziendali della contabilità analitica con particolare riferimento al conseguimento degli obiettivi previsti dalla scheda Co.An., parte integrante dell’adempimento N) del questionario LEA. Particolari criticità sono state riscontrate relativamente agli obiettivi: A3 “*Quadratura Co.Ge-Co.An.*”, A4 “*Capacità di quantificare gli obiettivi interni*”, A4 “*Capacità di quantificare gli obiettivi interni*”, B1 “*Utilizzo della Co.An. anche per la compilazione del modello LA*” e B2 “*Capacità di quantificare l’attività svolta in ospedali e, in generale, fenomeni di comunanza di costi fra livelli diversi*”.

Nel mese di ottobre 2022, si procederà ad effettuare la ricognizione sullo stato di implementazione della contabilità analitica nelle Aziende del SSR.

In relazione allo stato di avanzamento della contabilità analitica (Co.An.) nelle Aziende Sanitarie e all’esigenza regionale di garantirne un livello omogeneo in tutte le Aziende, appare necessario rinforzare nel periodo 2022-2024 l’attività di implementazione dei sistemi di rilevazione della Co.An. nelle singole Aziende, tenendo conto delle esigenze informative gestionali della Regione e delle esigenze di programmazione e controllo della stessa e dei management aziendali.

A tal proposito, la Regione intende costituire un gruppo di lavoro che preveda la partecipazione di referenti aziendali con l’obiettivo di supportare le Aziende nell’implementazione della Contabilità analitica e nel conseguente raggiungimento degli obiettivi previsti dall’adempimento N del questionario LEA.

Il gruppo di lavoro, oltre a verificare l’allineamento della contabilità analitica aziendale alle linee guida regionali, dovrà occuparsi della predisposizione di strumenti di monitoraggio a disposizione delle Aziende che, al contempo, rendano omogenea l’attività di verifica a livello regionale. In particolare, anche per il tramite del supporto tecnico del Sistema Informativo regionale, si si procederà ad implementare il cruscotto gestionale che consenta la produzione di una reportistica economica e sanitaria che sia di supporto alla Direzione strategica.

Obiettivi

Nel biennio del Programma Operativo:

- le Aziende sanitarie dovranno garantire l'implementazione a sistema della contabilità analitica e di tutti i documenti contabili
- la regione con il supporto dei "sistemi informativi" provvederà all'implementazione di un cruscotto gestionale che consenta di:
 - 1) monitorare i consumi di fattori produttivi con riferimento centri di responsabilità;
 - 2) verificare il livello di utilizzo dei diversi fattori produttivi confrontando i consumi del periodo oggetto di rilevazione con quelli di periodi diversi per valutarne il trend;
 - 3) monitorare i consumi di risorse in considerazione degli obiettivi assegnati in sede di negoziazione del budget;
 - 4) valutare la coerenza delle risorse consumate in relazione al valore delle prestazioni prodotte;
 - 5) effettuare operazioni di benchmarking per confrontare i livelli di efficienza delle diverse strutture aziendali. Tale cruscotto dovrà consentire la produzione di una reportistica sanitaria, dati di attività ed economica omogenea per le Aziende del SSR.

L'implementazione della contabilità analitica in tutte le Aziende del SSR consentirà il conseguimento degli obiettivi previsti dall'adempimento N del questionario LEA.

Azioni

- 1 Costituzione gruppo di lavoro Regionale, con la partecipazione di referenti aziendali, che supporti le Aziende nell'implementazione della contabilità analitica e nell'attuazione delle azioni previste nel P.O. 2022-2024;
- 2 Verificare ed allineare la contabilità analitica aziendale alle Linee guida regionali, in termini di Piano dei Centri di Costo e Piano dei fattori Produttivi;
- 3 Predisporre apposito prospetto di riconciliazione che le Aziende sanitarie dovranno inviare a conclusione dell'esercizio, allo scopo di rilevare la coerenza delle due contabilità, Generale ed Analitica, che consenta nello stesso tempo di rilevare le squadrature e le motivazioni che le hanno generate;
- 4 Monitoraggio prospetto di riconciliazione Co.Ge-Co.An.;
- 5 Predisporre gli appositi prospetti di riconciliazione Co.Ge-Co.An., modello LA-Co.An. e modello CP-Co.An.;
- 6 Effettuare annualmente il monitoraggio dei suddetti prospetti di riconciliazione;
- 7 Implementazione di un cruscotto gestionale utile la produzione di una reportistica sanitaria, dati di attività ed economica omogenea per le Aziende del SSR;
- 8 Monitoraggio della suddetta reportistica

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione gruppo di lavoro Regionale, con la partecipazione di referenti aziendali, che supporti le Aziende nell'implementazione della Contabilità analitica e nell'attuazione delle azioni previste nel P.O. 2022-2023;	DCA	Ottobre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
2	Verificare ed allineare la contabilità analitica aziendale alle linee guida regionali	Piano dei CdC e Piano dei fattori produttivi a sistema uguale alle Linee guida regionali	Gennaio 2023
3	Predisporre apposito prospetto di riconciliazione che le Aziende sanitarie dovranno inviare a conclusione dell'esercizio, allo scopo di rilevare la coerenza delle due contabilità, Generale ed Analitica, che consenta nello stesso tempo di rilevare le squadrature e le motivazioni che le hanno generate.	Prospetto di riconciliazione	Aprile 2023
4	Monitoraggio del prospetto di riconciliazione Co.Ge.-Co.An.	n. prospetti di riconciliazioni / n. prospetti attesi	Annuale
5	Predisposizione dei prospetti di riconciliazione Co.Ge-Co.An., modello LA - Co.An. e modello CP – Co.An.	Prospetti di riconciliazione	Giugno 2023
6	Monitoraggio dei prospetti di riconciliazione	n. prospetti di riconciliazioni / n. prospetti attesi	Annuale
7	Implementazione di un cruscotto gestionale con il supporto del tecnico del Sistema Informativo regionale che consenta la produzione di una reportistica sanitaria, dati di attività ed economica omogenea per le Aziende del SSR;	Cruscotto gestionale	Dicembre 2023
8	Monitoraggio della suddetta reportistica	n. report richiesti / report attesi	Trimestrale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie Controllo di Gestione – Patrimonio" / Azienda Zero (L.R. 32 del 15/12/2021)

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute – telemedicina"

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Amministrativi delle ASP, AO e AOU.

Responsabili aziendali delle strutture preposte al Controllo di gestione.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il crono programma riportato costituiscono obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

7. GESTIONE DEGLI INVESTIMENTI

Stato di attuazione

L'art. 20, comma 1, della legge n. 67/88 ha previsto l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. Tale programma, proseguito a partire dal 1998 con la seconda fase di investimenti, è stato negli anni integrato con altri programmi specifici su aspetti ritenuti particolarmente importanti per il raggiungimento degli stessi obiettivi posti dall'art. 20 della legge n. 67/88, che costituisce la norma fondamentale in materia.

Risultano, inoltre, attivati o in fase di definizione, ulteriori Programmi di investimento a valere su altre linee di finanziamento.

In ambito regionale sono stati attivati i seguenti programmi di investimento:

1. Programma art. 20 legge 67/88 - prima fase (Delibera CIPE 03 agosto 1990);
2. Programma art. 20 legge 67/88 - seconda fase (Delibera CIPE n. 52/98), a valere sul quale sono stati stipulati gli Accordi di Programma del 2004, del 2007 e attivato il Programma di Potenziamento Funzionale e Innovazione Tecnologica (OPCM 3635/2007);
3. Interventi in materia di sicurezza (L. 450/97 - Delibera CIPE n. 53/98);
4. Interventi nel settore materno infantile (L. n. 34/96, art. 3 comma 4 - Delibera CIPE 06 maggio 1998);
5. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (Legge n. 135/90);
6. Potenziamento delle strutture di radioterapia (Legge n. 488/99, art. 28 comma 12);
7. Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (Legge n. 39/99);
8. Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (Legge n. 448/98, art. 71);
9. Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Legge n. 9/2012, art. 3-ter e s.m.i.);
10. Programma di adeguamento alla normativa antincendio (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013);
11. Programma di Riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE 32 del 21 marzo 2018).

Sono stati, inoltre, attivati i seguenti Programmi a valere su altre linee di finanziamento:

12. Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020;
13. Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020;

Risultano, infine, in fase di definizione i seguenti ulteriori Programmi:

14. Programma di ammodernamento tecnologico ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile

2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60;

15. Programma a valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019);
16. Programma a valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (legge di bilancio 2020).
17. Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
 - 17.1. M6C1-1.1 Case della comunità e presa in carico della persona;
 - 17.2. M6C1-1.2.2 Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative Territoriali;
 - 17.3. M6C1-1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Device;
 - 17.4. M6C1-1.2.2 Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale;
 - 17.5. M6C1-1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità);
 - 17.6. M6C2-1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA di Livello I e II);
 - 17.7. M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie);
 - 17.8. M6.C2 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile – PNRR;
 - 17.9. M6.C2 1.2. Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile – PNC.

Lo stato di attuazione al 31/08/2022 dei Programmi di investimento avviati è sintetizzato nelle seguenti tabelle.

Programmi di Investimento Regionali - Avanzamento della Spesa al 31/08/2022

TITOLO PROGRAMMA	IMPORTO COMPLESSIVO DEL PROGRAMMA	IMPORTO A CARICO DELLO STATO	IMPORTO A CARICO DELLA REGIONE	IMPORTO A CARICO DELLE AZIENDE	PERCENTUALE FINANZIAMENTO STATALE UTILIZZATO
Programma art. 20 L. n. 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990)	€ 210.874.000,00	€ 198.491.945,85	€ 10.401.958,40	€ 1.980.095,75	91%
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma stralcio 2004	€ 57.169.376,94	€ 54.310.908,09	€ 2.858.468,85	€ 0,00	71%
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma integrativo 2007	€ 285.633.458,46	€ 196.187.137,74	€ 89.446.320,72	€ 0,00	18%
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica (OPCM 3635/2007)	€ 105.148.693,00	€ 99.891.258,35	€ 5.257.434,65	€ 0,00	87%
Interventi nel settore Materno Infantile, L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998)	€ 4.071.966,10	€ 3.868.367,79	€ 203.598,31	€ 0,00	83%
Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990)	€ 23.046.665,82	€ 23.046.665,82	€ 0,00	€ 0,00	55%
Programma specifico per l'utilizzo delle risorse legge 450/1997. Interventi urgenti settore sicurezza	€ 7.686.464,49	€ 6.228.641,27	€ 327.823,22	€ 1.130.000,00	95%
Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12)	€ 651.393,60	€ 618.823,92	€ 32.569,68	€ 0,00	100%
Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative - Hospice (L. n. 39/99)	€ 5.711.710,59	€ 5.711.710,59	€ 0,00	€ 0,00	66%
Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e	€ 6.918.444,51	€ 6.572.522,28	€ 345.922,23	€ 0,00	67%
Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98	€ 35.130.124,28	€ 35.130.124,28	€ 0,00	€ 0,00	0%
Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)	€ 5.441.434,99	€ 2.944.693,57	€ 154.983,87	€ 2.341.757,55	0%
Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018)	€ 10.000.000,00	€ 9.600.000,00	€ 400.000,00	€ 0,00	0%
Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020.	€ 51.171.973,00	€ 51.171.973,00	€ 0,00	€ 0,00	11%
Piano di Azione e Coesione (PAC) 2007/13 Calabria. Programma Rete Regionale Case della Salute.	€ 49.315.529,20	€ 49.315.529,20	€ 0,00	€ 0,00	0%

Programmi di Investimento Regionali - Avanzamento della Spesa al 31/08/2022

PROGRAMMA DI FINANZIAMENTO	NUMERO INTERVENTI FINANZIATI	NUMERO INTERVENTI RIFINALIZZATI	STATO DEI LAVORI			NOTE
			IN ESERCIZIO/ULTIMATI	IN CORSO	DA AVVIARE/SOSPESI	
Programma art. 20 L. n. 67/88 - Prima fase. (Delibera CIPE 03 agosto 1990)	142	1	86/30	1	24	Avviate con CDP e con il Ministero della Salute, le procedure per la riprogrammazione delle economie del programma.
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma stralcio 2004	8	1	6	0	1	L'intervento denominato "Presidio Ospedaliero di Rossano - Dipartimento di emergenza ed urgenza" è stato revocato e le relative risorse rifinalizzate per il Nuovo Ospedale della Sibaritide.
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Accordo di Programma integrativo 2007	4	0	0	3	1	Relativamente al Nuovo Ospedale di Catanzaro l'ADP del 2007 è da considerarsi decaduto.
Programma art. 20 legge 67/88 - Seconda fase. (Delibera CIPE n. 52/98) Programma di potenziamento funzionale e innovazione tecnologica (OPCM 3635/2007)	14	0	9	5	0	-----
Interventi nel settore Materno Infantile, L. n. 34/96, art. 3 comma 4. (Delibera CIPE 06 maggio 1998)	21	0	19	0	2	La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito del settore materno infantile.
Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS e alle malattie infettive (L. n. 135/1990)	5	1	2	0	2	La Regione intende riprogrammare le risorse relative agli interventi sospesi, sempre nell'ambito delle malattie infettive, alla luce delle sopraggiunte esigenze sanitarie connesse al COVID-19.
Programma specifico per l'utilizzo delle risorse legge 450/1997. Interventi urgenti settore sicurezza	7	0	6	1	0	-----
Potenziamento delle strutture di radioterapia (L. n. 488/99, art. 28 comma 12)	1	0	1	0	0	-----
Programma per la realizzazione di strutture per cure palliative – Hospice (L. n. 39/99)	7	0	2	-----	-----	Con decreto del Commissario ad acta n. 77 del 06/07/2015 e s.m.i. è stata riprogrammata la rete regionale di cure palliative e Hospice.
Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n.9, art. 3-ter e s.m.i.	2	0	1	1	0	-----
Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. art. 71, L. 448/98	2	2	----	----	----	Gli interventi originari sono stati revocati e le risorse rifinalizzate per la costruzione dei Nuovi Ospedali della Piana di Gioia Tauro e di Catanzaro
Programma di adeguamento alla normativa antincendio. (Delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013)	15	0	4	0	11	-----
Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno (Delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018)	3	0	0	0	3	-----
Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020.	46	0	2	0	44	-----
Piano di Azione e Coesione (PAC) 2007/13 Calabria. Programma Rete Regionale Case della Salute.	6	0	0	0	6	-----

7.1 Pianificazione pluriennale degli investimenti

Analisi e governo dei fabbisogni ed obiettivi generale

Le analisi dei fabbisogni effettuate nel corso degli ultimi anni hanno consentito di accertare che le strutture ospedaliere presenti nella Regione Calabria, anche a causa di carenze negli interventi manutentivi da parte delle Aziende, non sono in grado di assicurare una efficace risposta ai fabbisogni di salute dei cittadini, generando di conseguenza fenomeni di migrazione sanitaria, dai quali originano le maggiori criticità di ordine organizzativo e finanziario per il sistema sanitario regionale.

Si pone pertanto, l'assoluta necessità, in prosecuzione con quanto già avviato con l'Accordo di Programma del 2007, di attuare una complessiva strategia di adeguamento e potenziamento degli ospedali regionali, attraverso interventi di adeguamento/ampliamento e di nuove realizzazioni.

Nell'ambito della programmazione sanitaria pluriennale, pertanto, in continuità con le previsioni del precedente Programma Operativo, si prevedono azioni mirate a dare attuazione a quanto previsto nei principali atti programmatici adottati, con particolare riferimento al Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti, approvato con DCA n. 64/2016.

In coerenza con quanto previsto nel sopracitato Documento e in prosecuzione dell'azione di riqualificazione della rete ospedaliera già avviata con i precedenti Accordi di Programma sottoscritti, la Regione si prefigge ora l'obiettivo di migliorare ulteriormente l'offerta sanitaria dal punto di vista prestazionale, funzionale, strutturale, impiantistico e tecnologico.

L'analisi del contesto sociosanitario regionale determina la necessità di adozione di una strategia finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

- Riqualficazione della rete ospedaliera e territoriale regionale in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni per acuti e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. In coerenza con quanto previsto dal precedente Programma Operativo approvato con DCA n. 57/2020, nonché con quanto stabilito dal DCA n. 64/2016 in materia di riorganizzazione delle reti assistenziali ai fini dell'attuazione del DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di rimuovere le cause strutturali di insufficienza e inappropriata nell'erogazione dei LEA, attraverso una serie di modifiche organizzative e gestionali che assicurino un'offerta sanitaria adeguata in termini di qualità, sicurezza e innovazione tecnologica, contrastando in tal modo anche il fenomeno della mobilità passiva extraregionale.
- Ammodernamento della rete ospedaliera e territoriale regionale attraverso l'adeguamento normativo dei presidi ospedalieri a standard dimensionali, strutturali, impiantistici e qualitativi e potenziamento tecnologico. Nel rispetto di quanto stabilito dai suddetti provvedimenti di programmazione regionale nonché dal DM n. 70/2015, l'obiettivo è quello di migliorare l'offerta sanitaria attraverso interventi finalizzati alla messa in sicurezza, alla riorganizzazione funzionale e al potenziamento della dotazione tecnologica dei presidi ospedalieri.
- Razionalizzazione dei costi del Servizio Sanitario Regionale. La Regione Calabria è soggetta al Piano di Rientro, che rende indispensabile l'adozione di azioni finalizzate al risanamento del sistema sanitario regionale, nell'ottica della razionalizzazione dei servizi alla collettività e dell'efficace programmazione ed utilizzo delle risorse disponibili, assicurando un rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria.

La riqualificazione (anche strutturale e tecnologica) dell'offerta di servizi socio-sanitari consente un notevole miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza nell'uso delle risorse con risparmi connessi non solo alla chiusura di vecchi ospedali, con elevati costi di manutenzione e gestione, ma anche dalla realizzazione di nuove strutture che consentono, grazie alle nuove

tecnologie ed ai nuovi standard costruttivi, minori costi di gestione e manutenzione connessi anche all'efficientamento energetico, alla migliore logistica, ad una migliore integrazione ospedale-territorio e, con specifico riferimento all'assistenza ospedaliera, alla concentrazione delle risorse umane e delle infrastrutture in pochi centri di eccellenza in grado di sfruttare al meglio le dotazioni tecnologiche.

7.2 Accordo di Programma Integrativo del 13/12/2007

Stato di attuazione

L'Accordo di Programma integrativo del 13/12/2007 contiene le prime scelte strategiche fondamentali per il riordino della rete ospedaliera regionale, in coerenza sia con il Piano Sanitario Regionale dell'epoca (PSR 2007-2009), che con i più recenti provvedimenti di riorganizzazione delle reti come il DCA n. 64/2016.

L'Accordo ha previsto la realizzazione di 4 nuovi Ospedali Spoke: l'Ospedale di Vibo Valentia, l'Ospedale della Sibarite, l'Ospedale della Piana di Gioia Tauro e l'Ospedale di Catanzaro.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Catanzaro, con parere CALABRIA-DGPROG-373-P del 29 agosto 2012 rilasciato dai Ministeri dell'Economia e della Salute, l'Accordo è stato dichiarato decaduto. La realizzazione del nuovo Ospedale di Catanzaro è prevista nello stralcio programmatico della proposta di Accordo di Programma approvata con DCA n. 124/2019 ed in fase di istruttoria presso il Ministero della Salute.

Obiettivi

Gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso la realizzazione dei tre nuovi ospedali Spoke sono i seguenti:

- Razionalizzare l'offerta dei servizi ospedalieri, accentrandone i servizi distribuiti su più plessi, rendendola più efficiente ed in linea con gli attuali standard nazionali;
- Aumentare il livello qualitativo dell'offerta ospedaliera;
- Migliorare l'accessibilità dell'area ospedaliera;
- Riqualificare le dotazioni tecnologiche ospedaliere;
- Contenere i fenomeni di mobilità e governare le liste di attesa.

Azioni

- Progettazione definitiva ed esecutiva dei Nuovi Ospedali.
- Realizzazione delle nuove strutture ospedaliere e delle opere connesse e complementari.
- Impatto Economico

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle tre nuove strutture ospedaliere ammonta complessivamente a 464.527.050,82 € ed è così dettagliato:

Intervento	Risorse Statali	Risorse Regionali	Risorse Private	Ulteriori risorse finanziarie regionali	Importi Totali	Note
Sibaritide	63.375.381,91 €	39.335.546,42 €	14.198.035,87 €	-	116.908.964,20 €	Importi da P.E. approvato con D.D. n. 5828 del 14/05/2019
Piana di Gioia Tauro	73.952.735,67 €	27.000.000,00 €	49.180.806,93 €	8.485.539,65 €	158.619.082,25 €	Importi da P.P. a base di gara – Finanziamento integrativo FSC
Vibo Valentia	57.260.357,35 €	66.954.255,4 €	64.784.391,62 €	-	188.999.003,37 €	Importi da P.D. approvato con D.D. n. 7411 del 6/07/2022
TOTALE	194.588.474,93 €	133.289.801,82 €	128.163.234,42 €	8.485.539,65 €	464.527.050,82 €	-

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Nuovo Ospedale della Sibaritide

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Avanzamento della spesa per lavori nella realizzazione del N.O.	25%	Dicembre 2022
2	Avanzamento della spesa per lavori nella realizzazione del N.O.	85%	Dicembre 2023
3	Collaudo lavori e fornitura apparecchiature ed allestimenti	100%	Settembre 2024
4	Trasferimento del personale aziendale e avvio delle prestazioni all'utenza	Entrata in esercizio	Ottobre 2024

Nuovo Ospedale di Vibo Valentia

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Completamento delle opere complementari di sistemazione idrogeologica del Fosso Calzone	Emissione certificato di collaudo	Ottobre 2022
2	Approvazione PE Stralcio Nuovo Ospedale	Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA	Ottobre 2022
3	Inizio lavori Nuovo Ospedale	Verbale di consegna dei lavori	Novembre 2022
4	Approvazione PE completo Nuovo Ospedale	Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA	Gennaio 2023
5	Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O.	35%	Dicembre 2023
6	Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O.	70%	Dicembre 2024
7	Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O.	95%	Dicembre 2025

Nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Esecuzione campagna di indagine di caratterizzazione ambientale dell'area ospedaliera - Analisi di rischio - Conclusione Conferenza di Servizi di caratterizzazione	Provvedimento del Comune di Palmi di conclusione della CdS	Novembre 2022
2	Approvazione del PEF aggiornato e dello schema di Contratto aggiuntivo con idoneo provvedimento	DCA	Marzo 2023
3	Approvazione PD Nuovo Ospedale	Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA	Aprile 2023
4	Approvazione PE Nuovo Ospedale	Decreto del RUP e del Dirigente dell'UOA	Ottobre 2023
5	Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O.	1%	Dicembre 2023
6	Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O.	30%	Dicembre 2024
7	Avanzamento della spesa nella realizzazione del N.O.	70%	Dicembre 2025

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021)

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.3 Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico. (Art. 6, c. 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con modif. nella L.n. 60/2019 - Art. 3, c. 2 del D.L. n. 150/2020 convertito con modif. nella L. n. 181/2020).

L'art. 6, c. 3 del D.L. n. 35/2019, convertito con modificazioni dalla L. n. 60/2019, prevede che *"Al fine di assicurare la coerenza e la fattibilità degli interventi individuati dagli atti di programmazione previsti dalla legislazione vigente, ed, in ogni caso, nell'ambito delle risorse da questi assegnate, il Commissario ad acta predispone un Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione. Il Piano è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, delle infrastrutture e dei trasporti, del lavoro e delle politiche sociali. Con l'approvazione del Piano sono revocate le misure già adottate in contrasto con la nuova programmazione"*.

Il suddetto adempimento è stato ribadito dall'art. 3, c. 2 del D.L. n. 150/2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 181/2020, stabilendo che *"Il Commissario ad acta adotta, nel termine massimo di sessanta giorni, il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione, già previsto dall'articolo 6, comma 3, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60"*.

Con il Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 5 del 07/01/2020, si

è proceduto ad approvare il *“Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico”* ai sensi dell’art. 6, comma 3 del D.L. n. 35/2019, confermato anche dall’art. 3, c. 2 del D.L. n. 150/2020.

In particolare, il Piano comprende gli interventi afferenti ai seguenti Programmi:

- a) Accordo di Programma da sottoscrivere ai sensi dell’art. 5-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., di importo complessivo pari a € 701.570.804,41, il cui Documento Programmatico è stato approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 124 del 20/09/2019;
- b) Programma di radioterapia oncologica nelle regioni del mezzogiorno, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 06/12/2017, di importo complessivo pari a € 10.000.000,00, adottato dal Commissario ad acta con DCA n. 5 dell’8/04/2020;
- c) Programma di ammodernamento tecnologico, ai sensi dell’art. 6, co. 5 della L. n. 60/2019, di importo complessivo pari a € 86.488.636,84, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 183 del 19/12/2019; il programma è stato successivamente rimodulato con DCA n. 141 del 06/11/2020 e definitivamente approvato con DCA n. 5 del 31/01/2022;
- d) Interventi già finanziati, non in contrasto con la programmazione regionale, il cui stato dei lavori risulta in fase di esecuzione.

Il suddetto Piano triennale è stato predisposto al fine di assicurare la coerenza e la fattibilità degli interventi individuati dagli atti di programmazione previsti dalla legislazione vigente, nell’ambito delle risorse da questi assegnate.

Il Piano, con nota prot. n. 7259 del 10/01/2020, è stato trasmesso al Ministero della Salute per l’istruttoria ai fini dell’approvazione con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

A conclusione dell’iter istruttorio, con nota prot. n. 21802 del 27/10/2021 il Ministero della Salute, nel prendere atto della definitiva documentazione trasmessa dalla Regione Calabria nota prot. n. 351860 del 06/08/2021, ha chiesto la trasmissione del Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico, aggiornato e coerente con gli atti di programmazione regionale.

Si descrivono, di seguito, i Programmi che compongono il Piano triennale straordinario.

7.3.1 Accordo di Programma da sottoscrivere

Stato di attuazione

Ai fini della stipula di un Accordo di Programma, ai sensi dell’art. 5bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., con DCA n. 124 del 20/09/2019 è stato approvato il Documento Programmatico che costituisce il documento principale attraverso cui la Regione Calabria, previo inquadramento nella programmazione sanitaria, definisce le strategie e individua gli obiettivi generali e specifici degli investimenti che si intendono attivare.

Con il suddetto Documento, vengono individuati e definiti gli interventi strutturali e tecnologici che, in continuità con gli interventi già avviati nell’ambito dell’Accordo di Programma del 2007, contribuiscono a realizzare una rete ospedaliera e territoriale efficiente, con ospedali che rispettino la classificazione prevista e dotati di tecnologie avanzate ed adeguate.

Gli interventi previsti rientrano tutti nel complessivo quadro programmatico regionale in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, e la loro attuazione è prevista in fasi diverse.

In particolare, è stato individuato un primo stralcio attuativo costituito da n. 5 interventi, di importo complessivo pari a € 466.570.804,41:

Primo stralcio interventi - Attuativo						
Cod. int.	Intervento	Importo totale intervento (Euro)	Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)	Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)	Fondi Regionali (Euro)	Fondi da risorse private (PPP) (Euro)
ST1-AD1	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Crotona	25.000.000,00	23.750.000,00	-----	1.250.000,00	-----
ST1-AD2	Adeguamento e potenziamento dell'Ospedale di Lamezia Terme	20.000.000,00	19.000.000,00	-----	1.000.000,00	-----
ST1-NO3	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Cosenza	375.000.000,00	174.705.000,00	-----	9.195.000,00	191.100.000,00
ST1-CS4	Realizzazione della Cittadella della Salute di Cosenza	45.000.000,00	20.900.000,00	-----	1.100.000,00	23.000.000,00
ST1-PT5	Potenziamento tecnologico del GOM di Reggio Calabria. Acquisto e installazione di un angiografo biplanare.	1.570.804,41	1.492.264,19	-----	78.540,22	-----
Totale primo stralcio		466.570.804,41	239.847.264,19	0,00	12.623.540,22	214.100.000,00

È altresì previsto un secondo stralcio programmatico, di importo complessivo pari a € 235.000.000,00, comprendente n. 3 interventi nella città di Catanzaro, la cui concreta attuazione è subordinata alla conclusione del processo di accorpamento tra l'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", che richiederà la sottoscrizione di un successivo Accordo di Programma:

Secondo stralcio interventi - Programmatico						
Cod. int.	Intervento	Importo totale intervento (Euro)	Fondi Statali art. 20 L. 67/88 (Euro)	Fondi Statali art. 71 L. 488/98 (Euro)	Fondi Regionali (Euro)	Fondi da risorse private (PPP) (Euro)
ST2-NO6	Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro	170.000.000,00	48.555.468,37	17.571.984,68	17.072.546,95	86.800.000,00
ST2-CS7	Realizzazione della Cittadella della Salute di Catanzaro	40.000.000,00	10.000.000,00	-----	30.000.000,00	-----
ST2-AD8	Adeguamento funzionale ed impiantistico plesso Mater Domini	25.000.000,00	10.000.000,00	-----	15.000.000,00	-----
Totale secondo stralcio		235.000.000,00	68.555.468,37	17.571.984,68	62.072.546,95	86.800.000,00

Con nota prot. n. 329203 del 24/09/2019, il Documento Programmatico è stato trasmesso al Ministero della Salute per i conseguenziali adempimenti.

Nei mesi successivi è stata avviata l'istruttoria del Ministero della Salute che ha richiesto documentazione integrativa di natura tecnica ed amministrativa, già trasmessa dalla Regione.

Il Ministero della Salute, con nota prot. n. 9905 del 06/05/2022, ha chiesto l'aggiornamento del Documento Programmatico ai fini dell'avvio dell'istruttoria.

Obiettivi

Tale Programma si pone in continuità con i Programmi precedenti già attuati o in fase di attuazione

e, in coerenza con gli indirizzi della nuova programmazione sanitaria regionale, si prefigge i seguenti obiettivi:

- Realizzazione di nuove strutture ospedaliere, per far fronte alle attuali criticità di presidi esistenti, per i quali non sono tecnicamente ed economicamente sostenibili interventi di adeguamento alle norme vigenti.
- Messa in sicurezza di strutture sanitarie esistenti, prevedendo l'adeguamento impiantistico e strutturale ai requisiti richiesti dalle normative vigenti.
- Adeguamento funzionale degli spazi interni.
- Innovazione ed ammodernamento del patrimonio tecnologico.
- Potenziamento dei servizi territoriali.

Azioni

- Istruttoria da parte del Nucleo di Valutazione degli investimenti pubblici in sanità e del Ministero della Salute ed aggiornamento del Documento Programmatico.
- Pareri del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni.
- Sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte della Regione Calabria con i Ministeri competenti.
- Avvio delle progettazioni degli interventi ai fini dell'ammissione a finanziamento.
- Avvio e completamento delle procedure di gara per la fornitura di apparecchiature elettromedicali ed installazione.

Valutazione degli Investimenti

Con riferimento ai soli interventi ricompresi nello stralcio attuativo, oggetto quindi dell'Accordo attuativo da stipulare, l'impatto economico previsto per la realizzazione degli interventi previsti ammonta a € 466.570.804,41, per come sopra dettagliato.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Attività di programmazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Aggiornamento Documento Programmatico	DCA approvazione	Settembre 2022
2	Istruttoria da parte del Nucleo di Valutazione degli investimenti pubblici in sanità e del Ministero della Salute ed eventuale aggiornamento del Documento Programmatico	Parere del Nucleo di Valutazione	Dicembre 2022
3	Istruttoria da parte del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni	Pareri del Ministero dell'Economia e della Conferenza Stato-Regioni	Marzo 2023
4	Sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte della Regione Calabria con i Ministeri competenti	DGR e/o DCA di recepimento dell'AdP	Luglio 2023
5	Avvio delle progettazioni degli interventi ai fini dell'ammissione a finanziamento, previo espletamento delle relative gare	Contratti di progettazione	Marzo 2024

Le tempistiche indicate, nonché le tempistiche di realizzazione dei singoli interventi, sono

subordinate alla conclusione dell'attività istruttoria che il Ministero della Salute sta effettuando sul Documento Programmatico.

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021);

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.3.2 Programma di riqualificazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno

Stato di attuazione

La delibera CIPE del 21 marzo 2018, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 06/12/2017, a valere sulle risorse residue del Programma pluriennale di interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, ha assegnato alla Regione Calabria la somma di € 9.400.000,00 (integrata con una quota aggiuntiva a carico della Regione pari a € 600.000,00), per la riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno.

Per l'utilizzo delle suddette risorse, la Regione, con il coinvolgimento delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e di Catanzaro e del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria, sedi di centri di radioterapia oncologica, ha definito uno specifico Programma di utilizzo delle risorse assegnate.

La Regione Calabria con nota prot. n. 436008 del 21/12/2018 ha inviato al Ministero della Salute il proprio Programma di utilizzo delle risorse. Con nota del 31/03/2020, il Ministero ha comunicato l'approvazione del Programma da parte del Comitato Tecnico ministeriale, richiedendone alla Regione Calabria l'adozione e la documentazione necessaria ai fini dell'ammissione a finanziamento degli interventi in esso previsti.

Il Programma riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica della Regione Calabria è stato adottato con DCA n. 75 dell'8/04/2020.

Con decreti del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro n. 97, 98 e 99 dell'8/07/2020, sono stati approvati i rispettivi progetti delle suddette Aziende del SSR e contestualmente è stata fatta richiesta di ammissione a finanziamento al Ministero della Salute.

Con decreti Ministeriali del 24/02/2021 i tre interventi afferenti al Programma sono stati ammessi a finanziamento.

Ai sensi delle disposizioni dettate dall'art. 3, comma 3 del D.L. 10/11/2020, n. 150, l'attuazione dei suddetti interventi è passata nella competenza del Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, che con nota prot. n. 1017181 del 30/07/2021, attraverso la sua struttura commissariale, ha richiesto alle Aziende interessate la predisposizione della documentazione tecnica necessaria per l'indizione delle specifiche procedure di gara. La suddetta documentazione tecnica è stata trasmessa dalle Aziende interessate nel mese di dicembre 2021.

Con l'entrata in vigore della legge 29 dicembre 2021 n. 233, con particolare riferimento a quanto stabilito all'art. 43-quater lettera b), la competenza dell'attuazione degli interventi in oggetto è passata al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Calabria.

Con nota del 26/01/2022, il Commissario COVID pro-tempore, nel prendere atto di quanto stabilito dalla L. n. 233/2021, ha comunicato al Commissario ad acta per il Piano di rientro della Regione Calabria che l'approvvigionamento degli acceleratori lineari non potrà essere avviato dalla sua Struttura commissariale.

Il Commissario ad acta, pertanto, ai sensi di quanto stabilito dall'art. 43-quater lettera b) della legge 29 dicembre 2021 n. 233, avvierà tutte le iniziative necessarie ai fini dell'attuazione degli interventi afferenti al Programma di radioterapia oncologica, anche avvalendosi di INVITALIA S.p.a.

Obiettivo

Sulla base del quadro esigenziale emerso, e nei limiti delle risorse assegnate, con questo Programma si intendono acquistare tre nuovi acceleratori lineari, corredati della necessaria componentistica ai fini dell'erogazione dei trattamenti, nonché realizzare i necessari lavori edili e impiantistici ai fini dell'installazione delle apparecchiature.

In particolare, per l'AO di Cosenza è previsto la realizzazione di un nuovo bunker e l'acquisto di un Acceleratore lineare in aggiunta ai due già presenti, mentre per l'AO di Catanzaro e per il GOM di Reggio Calabria le nuove apparecchiature richieste andranno a sostituire quelle già presenti, consentendo in tal modo di abbassare l'obsolescenza media dei macchinari presenti in Regione.

L'attuazione del presente Programma, pertanto, consentirà alla Regione di dotarsi di apparecchiature di ultima generazione per:

- rispondere alle sempre più complesse esigenze cliniche in campo radioterapico (migliore efficacia clinica);
- garantire standard di sicurezza più elevati al paziente trattato (maggiore precisione per il posizionamento del paziente e per l'erogazione della dose che permette di ridurre al minimo i tempi della seduta di radioterapia e la riduzione dei volumi trattati) e contenimento delle liste di attesa e dei fenomeni di mobilità.

Azioni

- Stipula convenzione con INVITALIA ai sensi dell'art. 3, comma 3 del D.L. 150/2020, come modificato dall'art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021;
- Avvio e completamento delle procedure di gara per l'esecuzione dei lavori, fornitura ed installazione delle apparecchiature sulla base delle direttive che saranno fornite dal Commissario ad acta.
- Esecuzione dei lavori, installazione e collaudo delle apparecchiature.

Valutazione degli Investimenti

L'impatto economico per la realizzazione degli interventi previsti ammonta a complessivi € 10.000.000,00, di cui € 9.400.000,00 a carico dello Stato ed € 600.000,00 a carico della Regione Calabria, ed è così dettagliato:

Azienda	Intervento	Fondi Statali	Fondi Regionali	Totale
AO CS	Fornitura e installazione acceleratore lineare presso AO "Annunziata" di Cosenza	€ 3.223.867,24	€ 205.778,76	€ 3.429.646,00
AO CZ	Fornitura e installazione acceleratore lineare presso AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro	€ 3.371.798,80	€ 215.221,20	€ 3.587.020,00
GOM RC	Fornitura e installazione acceleratore lineare presso GOM "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria	€ 2.804.333,96	€ 179.000,04	€ 2.983.334,00
Totale		€ 9.400.000,00	€ 600.000,00	€ 10.000.000,00

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Attività di programmazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Avvio attività di INVITALIA quale Centrale di Committenza	Stipula convenzione	Settembre 2022
2	Avvio e completamento delle procedure di gara per la progettazione, l'esecuzione dei lavori e la fornitura ed installazione delle apparecchiature	Stipula contratto	Maggio 2023
3	Esecuzione dei lavori, installazione e collaudo delle apparecchiature	Collaudo lavori e apparecchiature	Settembre 2024

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021);

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.3.3 Programma di ammodernamento tecnologico (art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35)

Stato di attuazione

L'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, ha previsto l'autorizzazione per la Regione Calabria della spesa di euro € 82.164.205,00 per l'ammodernamento tecnologico, in particolare per la sostituzione e il potenziamento delle tecnologie rientranti nella rilevazione del fabbisogno 2018-2020 del Ministero della Salute, sulla base dei dati trasmessi dalla Regione tra ottobre e novembre 2017, a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Definito il quadro esigenziale, di concerto con le Aziende del SSR, con DCA n. 183 del 19/12/2019 è stato approvato il Programma di ammodernamento tecnologico ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35.

Con DCA n. 141 del 06/11/2020, il Commissario ad Acta ha proceduto a modificare ed integrare il "Programma di ammodernamento tecnologico" approvato con DCA n. 183 del 19/12/2019.

La rimodulazione si è resa necessaria per effetto delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute sul DCA n. 183/2019; dei riscontri pervenuti dalle Aziende del SSR a seguito delle richieste di chiarimenti avanzate con le comunicazioni PEC del 30/07/2020 e con le note prot. n. 309699, n. 309703, n. 309712 del 28/09/2020; del mutato quadro esigenziale del parco tecnologico delle Aziende, anche per effetto dell'emergenza COVID-19; della necessità di acquisire ulteriori apparecchiature per integrare ulteriormente le dotazioni delle Aziende del SSR.

Con DCA n. 5 del 31/01/2022 è stato definitivamente approvato il "Programma di ammodernamento tecnologico" per un importo complessivo pari a € 86.488.636,84, di cui € 82.164.205,00 quale 95 %

a carico dello Stato ed € 4.324.431,84 quale 5% a carico della Regione Calabria;

Il Programma prevede l'acquisto e l'installazione di n. 24 TAC (oltre l'aggiornamento di una esistente), n. 17 Risonanze Magnetiche (oltre l'aggiornamento di due esistenti), n. 21 Mammografi, n. 11 Angiografi, n. 2 Gamma Camera, n. 4 Gamma Camera/TAC, n. 3 PET/TAC e n. 2 Acceleratori Lineari.

Apparecchiatura	CND	TIPO	ASP-CS	ASP-KR	ASP-CZ	ASP-VV	ASP-RC	AO-CS	AO-CZ	AO-RC	AO-MD	TOTALE
TAC	Z11030603	TAC 32 strati	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
	Z11030605	TAC 64 strati	0	0	3	2	3	0	0	0	0	8
	Z11030606	TAC 128 strati	3	1	1	1	0	0	0	1	0	7
	Z11030606	TAC 128 strati - Nativa	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	Z11030607	TAC 256 strati (Upgrade)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z11030607	TAC 256 strati	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5
RISONANZA MAGNETICA	Z11050101	Tomografo settoriale	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	Z11050103	Tomografo a magnete aperto >0,5 Tesla	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	Z11050105	Tomografo a magnete chiuso 0,5-3,0 T (Upgrade)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	Z11050105	Tomografo a magnete chiuso 1,5 Tesla	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4
	Z11050105	Tomografo a magnete chiuso 3,0 Tesla	1	0	0	0	0	1	2	2	1	7
MAMMOGRAFO	Z11030202	Mammografo digitale con tomosintesi	11	3	1	1	2	1	0	1	1	21
ANGIOGRAFO	Z11030102	ANGIOGRAFICI E CARDIOLOGICI	2	1	0	0	0	1	1	3	1	9
	Z11030103	ANGIOGRAFI BIPLANARI	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
GAMMA CAMERA	Z11020103	SINGOLA TESTATA - "TOTAL BODY"	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Z11020105	TESTATA MULTIPLA - "TOTAL BODY"	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
GAMMA CAMERA/TAC	Z11020201	SISTEMI TAC/GAMMA CAMERA	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4
PET - TAC	Z11020301	SISTEMI TAC/PET	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
ACCELERATORE LINEARE	Z11010103	ACCELERATORI LINEARI AD ENERGIA ALTA E MULTIPLA	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
			19	10	6	6	7	5	10	13	9	85

Il Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute ha espresso il proprio parere sul Programma di ammodernamento tecnologico, con nota prot. n. 16290 del 08/08/2022.

In esito alla positiva valutazione del Programma di ammodernamento tecnologico da parte del Nucleo di Valutazione, la Regione Calabria procederà alle richieste di ammissione al finanziamento degli interventi secondo le modalità previste dall'Accordo per le procedure tra Governo, Regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Ai sensi di quanto stabilito all'art. 43-quater lettera b) della legge 29 dicembre 2021 n. 233, l'attuazione degli interventi in oggetto è di competenza del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Calabria.

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di rinnovare e potenziare il parco delle grandi apparecchiature sanitarie delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Calabria, oramai obsolete, al fine di garantire percorsi diagnostici terapeutici più efficaci e sicuri, ridurre le liste di attesa e contenere i fenomeni di mobilità.

Azioni

Completa attuazione del Piano di ammodernamento tecnologico previsto dal D.L. n. 35/2019 dovrà avvenire attraverso le seguenti azioni:

- Predisposizione della documentazione necessaria ai fini della richiesta di ammissione a finanziamento degli interventi.
- Richiesta di ammissione a finanziamento al Ministero della Salute da parte della Regione Calabria.
- Istruttoria ed emanazione dei decreti di ammissione a finanziamento da parte del Ministero della Salute.
- Procedure di acquisto delle apparecchiature.
- Installazione e messa in esercizio delle apparecchiature.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 86.488.636,84 di cui € 82.164.205,00 quale 95% a carico dello Stato ed € 4.324.431,84 quale 5% a carico della Regione Calabria.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Predisposizione della documentazione tecnica delle Aziende per la richiesta di ammissione al finanziamento al Ministero della Salute	Istanza di richiesta ammissione a finanziamento	Dicembre 2022
2	Avvio procedure di gara per la fornitura previa istruttoria ed emanazione dei Decreti di ammissione a finanziamento da parte del Ministero della Salute	Convenzione con la centrale di committenza	Marzo 2023
3	Stipula contratti di affidamento delle forniture	Contratti	Dicembre 2023
4	Monitoraggio periodico dei Lavori di adeguamento edilizi ed impiantistici, installazione apparecchiatura.	Report Trimestrale	Dicembre 2024
5	Collaudi ed entrata in esercizio	Atto di collaudo	Marzo 2025

Le tempistiche indicate sono subordinate alla definizione dell'iter istruttorio in corso tra Regione Calabria e Ministero della Salute.

Strutture regionali/aziendali responsabili

Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro (art. 43-quater lettera b) della L. n. 233/2021);

Strutture regionali/aziendali a supporto

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.4 Progetto "Rete Regionale Case della Salute" - Azione 9.3.8 del POR Calabria FESR-FSE 2014/2020

Stato di attuazione

Il DPGR 18 del 22/10/2010, con il quale, tra l'altro, è stata approvata la riorganizzazione della Rete Ospedaliera della Regione Calabria, ha previsto la riconversione di alcuni Presidi Ospedalieri in Ospedali Distrettuali, successivamente denominati Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) ed infine Case della Salute.

Con Decreto del Presidente di Giunta Regionale n. 135 del 21/12/2011 sono stati individuati i siti delle Case della da finanziare ai fini della riconversione.

Il progetto "Rete Regionale delle Case della Salute", inizialmente finanziato con le risorse del POR Calabria FESR 2007/2013 e poi con i fondi del Piano di Azione e Coesione – PAC 2007-2013, a seguito del parere di coerenza programmatica rilasciato dall'autorità di Gestione del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 con nota n. 359017 del 13/08/2021, con decreto dirigenziale del Dipartimento Tutela della Salute n. 8630 del 20/08/2021, è stato ammesso nell'ambito del POR Calabria FESR FSE 2014/2020 per un importo complessivo di 48.952.332,43 euro, prevedendo la realizzazione delle Case della salute nei seguenti presidi:

ASP Cosenza

1. ex PO di San Marco Argentano: € 8.149.648,89
2. ex PO di Cariati: € 9.172.683,54

ASP Crotone

3. Piattaforma sanitaria di Mesoraca: € 5.500.000,00

ASP Catanzaro

4. ex PO di Chiaravalle: € 8.100.000,00

ASP Reggio Calabria

5. ex PO di Scilla: € 8.270.000,00
6. ex PO di Siderno: € 9.760.000,00

Per le suddette Case della Salute, in data 20/11/2017 sono state stipulate specifiche convenzioni regolanti il finanziamento tra la Regione Calabria e le Aziende Sanitarie Provinciali competenti, con scadenza al 31/12/2020.

L'attuazione degli interventi ha subito ritardi nella fase di avvio delle procedure di gara per l'affidamento delle progettazioni da parte degli uffici tecnici delle ASP interessate, per l'effettuazione delle indispensabili verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture e, da ultimo, per effetto delle disposizioni introdotte dell'art. 6, comma 1 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, in ordine all'affidamento delle gare di importo superiore alla soglia comunitaria.

Considerati i ritardi accumulati ed al fine di accelerare la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria, tra cui anche le Case della Salute, ai sensi del dell'art. 6, c. 4 del D.L. n. 35/2019, in data 16/04/2020 è stata stipulata specifica convenzione quadro, il cui schema è stato approvato con DCA n. 75/2020, tra il Commissario ad acta per il piano di rientro e INVITALIA, attraverso la quale le Aziende del SSR possono avvalersi del supporto di INVITALIA che assume le funzioni di Centrale di Committenza sia per le procedure relative alla progettazione degli interventi che per quelle relative all'affidamento dei lavori. Alla suddetta convenzione hanno aderito tutte le Aziende del SSR.

Considerato che la Delibera di Giunta n. 216/2020 ha differito al 31/12/2021 il termine di conclusione degli interventi del Programma PAC 2007/2013 ed al fine di consentire il completamento degli interventi relativi alla realizzazione delle Case della Salute sopraindicate, con

DCA n. 35 del 24/02/2021 è stata prorogata al 31/12/2021 la scadenza delle suddette Convenzioni. Successivamente, il termine di chiusura del PAC è stato fissato al 31/12/2022.

Tenuto conto dell'esito della ricognizione effettuata sullo stato delle attività, dalla quale è emerso che i cronoprogrammi di tutti gli interventi vanno oltre il termine di chiusura del PAC 2007/2013, il Progetto "Case della Salute", come detto, è stato ammesso nell'ambito del POR Calabria FESR FSE 2014/2020.

Si precisa che le Aziende, in quanto beneficiarie del finanziamento, svolgono le funzioni di Soggetti Attuatori degli interventi cui compete, pertanto, la realizzazione delle opere.

Si riporta di seguito una tabella riepilogativa dello stato di attuazione del Programma:

Azienda	Casa della Salute	Stato di attuazione	Data presunta ultimazione interventi
ASP CS	San Marco Argentano	- Approvato il PFTE con deliberazione aziendale. - In fase di definizione, tra l'ASP di Cosenza e INVITALIA, gli atti convenzionali per lo svolgimento delle funzioni di Centrale di Committenza.	Dicembre 2025
	Cariati	- Approvato il PFTE con deliberazione aziendale. - In fase di definizione, tra l'ASP di Cosenza e INVITALIA, gli atti convenzionali per lo svolgimento delle funzioni di Centrale di Committenza.	Dicembre 2025
ASP KR	Mesoraca	- Approvato il progetto esecutivo con delibera Aziendale n. 192 del 16/04/2021; - Aggiudicati i lavori con delibera Aziendale n. 642 del 26/10/2021; - Lavori in corso.	Dicembre 2024
ASP CZ	Chiaravalle	- Approvazione del progetto esecutivo con delibera Aziendale n. 15 del 09/01/2019; - Aggiudicazione dei lavori con provvedimento del 18/05/2021 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Lavori in corso.	Dicembre 2024
ASP RC	Scilla	- Aggiudicazione dei servizi tecnici di indagine e progettazione con provvedimento n. 241930 del 04/10/2021 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Progettazione in fase di avvio.	Dicembre 2024
	Siderno	- Aggiudicazione dei servizi tecnici di indagine e progettazione con provvedimento n. 243098 del 05/10/2022 di INVITALIA S.p.A., nella qualità di Centrale di Committenza; - Progettazione in fase di avvio.	Dicembre 2024

Si rappresenta che le suddette strutture saranno parte integrante della rete delle Case della Comunità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nell'ambito della Missione 6 – Componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le progettazioni degli interventi e avviare/concludere l'esecuzione dei lavori al fine di migliorare l'integrazione Ospedale-Territorio, migliorare i LEA in termini di assistenza territoriale con conseguente riduzione di ricoveri/prestazioni inappropriate.

Azioni

- Approvazione dei progetti degli interventi da parte delle Aziende competenti.
- Esecuzione dei lavori ed installazione degli arredi e delle attrezzature.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 48.952.332,43 a valere sui fondi POR Calabria FESR FSE 2014/2020.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti in qualità di soggetti attuatori degli interventi.

7.5 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020

Stato di attuazione

Il Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 (cd. Decreto Rilancio), convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, ha emanato una serie di misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Con riferimento agli aspetti sanitari, il provvedimento normativo ha previsto un complessivo rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, sia sotto il profilo organizzativo che per quanto attiene al personale sanitario.

In particolare, l'art. 2 del DL n. 34/2020 inerente al *Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19*, ha stabilito che *"Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica.*". Per le suddette finalità, viene resa strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva ulteriori rispetto agli attuali, in modo da garantire a ciascuna regione e provincia autonoma una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

L'art. 2 del DL n. 34/2020 ha stabilito, altresì, che le regioni e le province autonome:

- programmino una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. Inoltre, in relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% dei suddetti posti letto di terapia semi-intensiva, deve essere prevista la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio;
- provvedano, nelle strutture ospedaliere destinate al ricovero di pazienti affetti dal COVID-19, a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale, assicurando la ristrutturazione del Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
- implementino i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19.

Con DCA n. 91 del 18/06/2020 e s.m.i, il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, ha approvato il *Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19* della Regione Calabria (approvato dal Ministero della Salute con decreto del 03/07/2020) ai sensi di quanto stabilito dall'art. 2 del DL n. 34/2020.

Il suddetto documento intende rivedere l'organizzazione della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del DL 34/2020, ed attuarne una revisione a seguito dell'emergenza da SARS-CoV-2 e per eventuali altre emergenze pandemiche che dovessero presentarsi nel tempo.

Il Piano è finalizzato a rendere strutturale la risposta al potenziale aumento della domanda di assistenza, con particolare attenzione al regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree ad alta intensità di cure, correlata all'accrescimento del numero dei soggetti contagiati e della eventuale gravità del decorso clinico, in modo da poter fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19 e, soprattutto, gli eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.

Con riferimento ai soli interventi di riordino della rete ospedaliera, il Documento approvato con DCA n. 91/2020 e s.m.i. prevede un incremento di n. 134 posti letto di terapia intensiva (n. 13 interventi), rispetto all'attuale dotazione, l'attivazione di n. 136 posti letto di terapia semintensiva (n. 12 interventi), attraverso la riconversione di posti letto in area medica, già presenti nella programmazione regionale di cui al DCA n. 64/2016. Sono, inoltre, previsti n. 18 interventi di riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'obiettivo prioritario di separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi che garantiscano i criteri di separazione e sicurezza, nonché l'acquisto di n. 9 ambulanze dedicate o dedicabili ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti inter-ospedalieri no COVID-19.

Per la realizzazione dei suddetti interventi il D.L. 34/2020 ha assegnato alla Regione Calabria risorse complessive pari a € 51.171.973,00.

Si riporta di seguito il quadro riepilogativo degli interventi programmati:

Interventi programmati con DCA n. 91/2020 e s.m.i.					
Aziende	Presidi Ospedalieri	Posti letto TI	Posti letto T-SI	Interventi PS	Ambulanze
ASP CS	Castrovillari	8	8	1	3
	Rossano	6	10	1	
	Corigliano	---	---	1	
	Paola	4	---	1	
	Cetraro	---	8	1	
ASP KR	Crotone	3	8	1	---
ASP CZ	Lamezia Terme	6	8	1	3
	Soverato	---	---	2	
ASP VV	Vibo Valentia	6	3	1	---
ASP RC	Locri	8	4	1	3
	Polistena	6	6	1	
	Melito Porto Salvo	---	---	1	
	Gioia Tauro	---	---	1	
AO CS	"Annunziata" - Cosenza	34	28	2	---
AO CZ	"Pugliese" - Catanzaro	15	15	1	---
AOU CZ	"Policlinico Universitario" - Catanzaro	18	11	---	---
GOM RC	PO "Riuniti" - Reggio Calabria	20	27	1	---
Totale		134	136	18	9

L'attuazione dei suddetti interventi è di competenza del Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, ai sensi del comma 11 dell'art. 2 del DL 34/2020, nell'ambito dei poteri conferitigli dall'art. 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Con ordinanza n. 29 del 09/10/2020, il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 ha nominato le Aziende del SSR della Regione Calabria Soggetti Attuatori dei rispettivi interventi inseriti nel Documento di cui al DCA n. 91/2020 e s.mi.i.

Il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, per il tramite della competente UOA, svolge un ruolo di coordinamento delle Aziende e di interfaccia con il Ministero della Salute e con il Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19.

In particolare, effettua il monitoraggio dello stato di attuazione delle procedure relative agli interventi in corso, che viene trasmesso al Ministero della Salute ed al Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, nonché le attività di coordinamento previste dal *Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e relativa rendicontazione delle spese*, predisposto dal Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19.

Per quanto attiene allo stato di attuazione degli interventi ricompresi nel Piano di riorganizzazione, ad oggi risultano attivati n. 4 pl di TI presso il PO di Paola (CS), n. 4 pl di TI presso il PO di Castrovillari (CS), n. 6 pl di TI presso il PO Pugliese-Ciaccio di Catanzaro (CZ), n. 6 pl di TI e n. 11 pl di TSI presso l'AOU Mater Domini di Catanzaro (CZ). Si precisa che l'AOU Mater Domini di Catanzaro ha comunicato di aver già attivato i 6 pl di TI e gli 11 pl di TSI, essendo già in possesso delle necessarie attrezzature e che, conclusa la fase di progettazione, procederà ad eseguire i lavori di adeguamento finanziati con il DCA n. 91/2020.

Risultano, inoltre, acquistate n. 3 ambulanze dall'ASP di Catanzaro e n. 3 ambulanze dall'ASP di Cosenza.

Da ultimo, si rappresenta che l'intero "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane" con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021, relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020, è stato inserito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia per la Linea di Intervento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", parte integrante della MISSIONE 6 - COMPONENTE 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale".

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le progettazioni degli interventi, avviare/concludere l'esecuzione dei lavori, completare la fornitura dei mezzi di soccorso per rendere strutturale l'offerta dei posti letto di terapia intensiva in linea con lo standard ministeriale di 0,14 pl/100.000 abitanti, dei posti letto di terapia semi-intensiva di cui almeno il 50% convertibili in posti letto di terapia intensiva, nonché assicurare la riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso.

Azioni

- Approvazione dei progetti degli interventi da parte delle Aziende competenti.
- Esecuzione dei lavori ed installazione degli arredi e delle attrezzature.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 51.171.973,00 a valere sui fondi previsti dal D.L. n. 34/2020.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del SSR.

7.6 Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019).

Stato di attuazione

A valere sul fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo Sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, con DCA n. 8 del 10/01/2022 si è proceduto ad approvare il Piano di interventi di adeguamento sismico e antincendio, nonché lo schema di accordo inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, che dovrà essere sottoscritta dal Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.

Il suddetto Piano è costituito da n. 5 interventi e prevede una ripartizione del finanziamento nell'arco temporale di 11 anni (dal 2020 al 2030), per un importo complessivo pari a € 60.816.696,40.

In particolare, è previsto l'adeguamento sismico ed antincendio dei Presidi Ospedalieri di Locri, Melito Porto Salvo, Tropea e Cetraro, nonché un finanziamento finalizzato alla verifica della vulnerabilità sismica dei presidi sanitari della Regione Calabria.

Si è in attesa della sottoscrizione dell'accordo, ai sensi dell'art. 15 della L. 241/90, avente ad oggetto "Modalità di erogazione del fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145." tra Ministero della Salute e legale rappresentante della Regione.

L'attuazione del Piano consentirà l'adeguamento sismico ed antincendio di alcune strutture sanitarie che attualmente presentano rilevanti criticità, fonte di condizioni di rischio elevatissimo per il patrimonio e la sicurezza degli operatori sanitari e degli utenti, nonché la verifica di vulnerabilità sismica di molti presidi sanitari.

Si riporta di seguito il prospetto riepilogativo del Piano degli interventi:

Titolo Intervento	Annualità finanziamento	Costo Totale
Adeguamento sismico ed antincendio del PO di Locri	2021-2027	€ 19.107.850,00
Adeguamento sismico ed antincendio del PO "Tiberio Evoli" di Melito Porto Salvo.	2022-2029	€ 9.290.050,00
Adeguamento sismico ed antincendio del PO di Tropea	2023-2026	€ 7.330.920,00
Adeguamento sismico ed antincendio del PO "G. Iannelli" di Cetraro	2025-2030	€ 16.918.451,00
Servizi di ingegneria strutturale per la verifica della vulnerabilità sismica degli ospedali	2020-2021	€ 8.169.425,40
	Totale	€ 60.816.696,40

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le verifiche di vulnerabilità sismiche delle strutture interessate, le progettazioni degli interventi e avviare/concludere l'esecuzione dei lavori al fine consentire l'adeguamento/miglioramento sismico e antincendio delle

strutture oggetto di intervento compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Azioni

- Sottoscrizione dell'accordo inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, tra Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.
- Esecuzione delle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie regionali.
- Approvazione dei progetti degli interventi ed esecuzione dei lavori da parte delle Aziende competenti compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 60.816.696,40 a valere sul fondo previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

[7.7 Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese previsto dall'art. 1, commi 14 e 24 della legge 27 dicembre 2019, n. 160 \(legge di bilancio 2020\).](#)

Stato di attuazione

A valere sul Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese, previsto nell'ambito disegno di legge di bilancio per l'anno 2020 e finalizzato ai programmi di investimento e ai progetti a carattere innovativo, ad elevata sostenibilità, anche in riferimento all'economia circolare, alla decarbonizzazione dell'economia, alla riduzione delle emissioni, al risparmio energetico e alla sostenibilità ambientale, la Regione Calabria, con il coinvolgimento delle Aziende del SSR, ha definito la propria proposta di interventi.

In particolare, sono stati individuati n. 12 interventi, per un importo complessivo di € 19.570.001,09, il cui finanziamento è previsto in un arco temporale di 15 anni (dal 2020 al 2034).

Da ultimo, con nota prot. n. 99278 del 28 febbraio 2022, la proposta di Programma definita dalla Regione Calabria è stata trasmessa al Coordinamento della Commissione Salute ai fini del successivo inserimento nello schema di Decreto Ministeriale di finanziamento.

Si riporta di seguito il prospetto riepilogativo della proposta di Piano degli interventi:

Titolo Intervento	Annualità finanziamento	Costo Totale
Adeguamento impiantistico e tecnologico del Presidio Ospedaliero di Trebisacce	2020-2022	€ 3.853.517,09
Sostituzione gruppi frigoriferi Ospedali Riuniti di Reggio Calabria	2022	€ 750.000,00
Sostituzione infissi esterni con infissi a risparmio energetico. PO "Annunziata" di Cosenza	2022-2023	€ 2.632.000,00
Lavori di realizzazione di un cappotto termico presso il Presidio Pugliese Catanzaro	2023-2024	€ 1.300.000,00
Lavori di efficientamento energetico degli edifici C e D del Campus Universitario di Germaneto - Catanzaro.	2024-2025	€ 1.500.000,00
Sostituzione gruppi frigoriferi Ospedale Morelli di Reggio Calabria	2025	€ 444.000,00
Lavori di realizzazione di un cappotto termico presso il Padiglione Malattie Infettive e la Palazzina Poliambulatorio all'interno dell'area del PO Pugliese di Catanzaro	2025	€ 1.200.000,00
Realizzazione di interventi di efficientamento energetico nel Presidio Ospedaliero di Soverato.	2025-2026	€ 1.500.000,00

Interventi di efficientamento energetico presso il Poliambulatorio "Moderata Durant" di Vibo Valentia	2026	€ 1.000.000,00
Lavori di efficientamento energetico presso il Poliambulatorio di Cirò Marina (KR).	2026-2027	€ 1.810.484,00
Interventi di efficientamento energetico presso la sede centrale Palazzo ex INAM - Uffici amministrativi di Vibo Valentia.	2027-2028	€ 1.000.000,00
Intervento volto a sostenere l'attivazione e diversificazione delle fonti energetiche, all'aumento della quota di energia con fonti rinnovabili ed al risparmio energetico del PO di Locri.	2028-2034	€ 2.580.000,00
Totale		€ 19.570.001,09

Obiettivo

L'obiettivo principale per il prossimo triennio è quello di completare le progettazioni degli interventi e avviare/concludere l'esecuzione dei lavori, compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Azioni

- Sottoscrizione dell'accordo inerente alle Modalità di erogazione del suddetto fondo, tra Ministero della Salute e dal legale rappresentante della Regione Calabria.
- Approvazione dei progetti degli interventi ed esecuzione dei lavori da parte delle Aziende competenti, compatibilmente con le assegnazioni previste per ciascun intervento.

Valutazione economica

L'impatto economico previsto per la realizzazione delle suddette azioni ammonta a € 60.816.696,40 a valere sul fondo previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Strutture regionali/aziendali responsabili

UOA "Investimenti Sanitari"

Uffici tecnici delle Aziende del SSR competenti.

7.8 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6: Salute

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato approvato con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LTI61/21, del 14 luglio 2021.

La Missione M6 del PNRR è dedicata al tema della Salute e stanZIA 15,63 miliardi di € per le due componenti C1 e C2 della Missione e cita l'approccio "One-Health" come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico:

- Componente C1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – 7 M€ di stanziamenti;
- Componente C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: 8,63 M€ di stanziamenti.

7.8.1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in

particolare, alla Missione 6 - Componente 1:

- l'Investimento 1.1 “*Casa della Comunità e presa in carico della persona*”;
- l'Investimento 1.2 “*Casa come primo luogo di cura*”, (Sub-Investimento 1.2.2 COT);
- l'Investimento 1.3 “*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*”.

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell'ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l'elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 1, la realizzazione di:

- n. 61 Case della Comunità
- n. 21 Centrali Operative Territoriali
- n. 5 interventi di interconnessione aziendale delle suddette Centrali Operative Territoriali
- n. 5 interventi di fornitura di device per le suddette Centrali Operative
- n. 20 Ospedali di Comunità

In data 30/05/2022 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute ed il Presidente della Regione Calabria – Commissario ad Acta per il Piano di Rientro, il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'attuazione del Piano Operativo Regionale della Calabria – PNRR – M6 Salute e, ai sensi dell'art. 3 del medesimo CIS, è stato nominato Referente Unico Regionale il Dirigente dell'Unità Organizzativa Autonoma “Investimenti sanitari” del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari”.

Fabbisogno di Case della Comunità

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. È prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di strutture sanitarie che consentano l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 84.677.262,22, quale Investimento 1.1, per la realizzazione di n° 57 Case della Comunità. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 4 Case di Comunità, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 6.000.000,00.

Le 61 Case della Comunità (CdC) previste nella regione Calabria dovranno essere dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multi professionale.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	4	18	22
ASP Catanzaro	1	10	11
ASP Crotone	0	6	6
ASP Vibo Valentia	0	5	5
ASP Reggio Calabria	0	17	17
Totale	5	56	61

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie media di circa 800mq.

Cronoprogramma

Fase	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	30/06/2022
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	30/03/2023
3	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP	30/03/2023
4	Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	30/09/2023
5	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	30/03/2026

Fabbisogno di Centrali Operative Territoriali

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 3.288.425,00, quale Investimento 1.2.2, per la realizzazione di n° 19 Centrali Operative Territoriali, oltre ad € 1.350.357,71, per l'interconnessione aziendale delle medesime centrali nonché ulteriori € 1.837.607,58 per la fornitura di device, afferenti al medesimo Investimento. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 2 COT, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 700.000,00, comprensivi di device e interconnessione.

Le 21 Centrali Operative Territoriali (COT) costituiranno uno strumento organizzativo innovativo che svolgerà una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e sociosanitari.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

Ente del SSR	Numero Centrali Operative Territoriali da edificare	Numero Centrali Operative Territoriali da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	0	7	7
ASP Catanzaro	2	2	4
ASP Crotona	0	2	2
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	6	6
Totale	2	19	21

Le strutture deriveranno da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie complessiva di circa 150 mq.

Cronoprogramma

Fase	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale
1	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	30/06/2022
2	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	30/06/2022
3	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	31/12/2022
4	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	31/12/2022
5	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	31/12/2022
6	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	30/06/2023
7	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	30/06/2023
8	Centrali operative pienamente funzionanti	30/03/2024
9	Completamento interventi per interconnessione aziendale	30/03/2024

Fabbisogno di Ospedali di Comunità

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti.

La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo € 37.634.338,76, quale Investimento 1.3, per la realizzazione di n° 15 Ospedali di Comunità. Con DGR n. 174 del 30/04/2022 la Giunta

regionale ha dettato indirizzi programmatici per la realizzazione di ulteriori n. 5 Ospedali di Comunità, a valere su risorse PSC, per l'importo complessivo di € 12.500.000,00.

I 20 Ospedali di Comunità (OdC) saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

Si prevede di realizzare nuove costruzioni o di ristrutturare edifici esistenti, secondo il seguente riparto territoriale.

Ente del SSR	Numero Ospedali di Comunità da edificare	Numero Ospedali di Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	0	9	9
ASP Catanzaro	1	3	4
ASP Crotona	0	1	1
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	4	4
Totale	1	19	20

Le strutture deriveranno preferenzialmente da ristrutturazione o rifunionalizzazione di strutture esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, con una superficie media di circa 1100 mq.

Cronoprogramma

Fase	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale
1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	30/06/2022
2	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	30/03/2023
3	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	30/03/2023
4	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	30/09/2023
5	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	30/03/2026

7.8.2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Le misure incluse nella Componente 2 della Missione 6 consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

Si prevede:

- la sostituzione di grandi apparecchiature sanitarie;
- la digitalizzazione dei DEA di I e II livello;
- il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato);

- il miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

Il decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", pubblicato in Gazzetta Ufficiale – serie generale n. 229 del 24 settembre 2021, prevede, in particolare, alla Missione 6 - Componente 2:

- l'Investimento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", suddiviso nel Sub-investimento: 1.1.1 "*Digitalizzazione*" e nel Sub-investimento: 1.1.2 "*Grandi Apparecchiature*";
- l'Investimento 1.2 "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*".

Con DCA n. 91 del 18 giugno 2020 e con DCA n.104 del 29 luglio 2020 è stato approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Calabria in emergenza COVID, prevedendo un incremento di n. 134 pl di terapia intensiva e di n. 136 pl di terapia sub-intensiva, n. 17 interventi di ristrutturazione dei percorsi nei Pronto Soccorso in 16 stabilimenti e l'acquisto di n. 9 nuove autoambulanze.

Con DCA n. 9 del 14 febbraio 2022 è stata approvata la proposta di Piano degli interventi di adeguamento/miglioramento sismico delle strutture sanitarie della Regione Calabria, costituita da n. 13 interventi, di cui n. 6 interventi finanziati a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e n. 7 interventi finanziati a valere sul PNC.

Con DCA n. 16 del 2 marzo 2022 è stata approvata la proposta di Piano degli interventi dell'investimento 1.1, costituito da n. 11 interventi di digitalizzazione, afferenti alla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.1 e n. 286 interventi per la fornitura e installazione di grandi apparecchiature, afferenti alla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.2.

Ai fini della sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo relativo agli interventi da attuare nella Regione Calabria nell'ambito del PNRR - Missione 6 - Componenti 1 e 2, con il DCA n. 59 del 24 aprile 2022, è stato approvato l'elenco degli interventi del Piano Operativo Regionale che comprende, per la Componente 2, la realizzazione di:

- n. 11 interventi di Digitalizzazione dei DEA di I e II livello
- n. 286 interventi per la fornitura e installazione di grandi apparecchiature
- n. 6 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi (PNRR)
- n. 7 interventi di adeguamento/miglioramento sismico di presidi (PNC)
- n. 1 intervento di implementazione di 4 nuovi flussi informativi
- n. 1 intervento di organizzazione ed erogazione del corso di formazione in infezioni ospedaliere ai dipendenti del SSR

Fabbisogno per investimenti in apparecchiature elettromedicali di alta tecnologia

L'investimento consentirà di migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità attraverso l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti o fuori uso (vetustà maggiore di 5anni) con modelli tecnologicamente avanzati: TAC a 128 strati, risonanze magnetiche 1.5 T, acceleratori lineari, sistemi radiologici fissi, angiografi, gamma camere, gamma camere/TAC, PET-TAC, mammografi ed ecotomografi.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di di € 44.753.062,11, a valere sulla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.2, per la fornitura e posa in opera di n° 286 grandi apparecchiature.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione Calabria in termini di numerosità di apparecchiature, dettagliato per tipologia e per Ente del SSR è il seguente:

ENTE del SSR	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C. - TAC	PET - TAC	ECOT.	ULT. APP.	Totale
ASP Cosenza	3	2	0	0	2	0	4	0	0	39	18	68
ASP Crotona	1	0	0	1	0	0	2	0	0	13	2	19
ASP Catanzaro	0	0	0	4	0	0	0	0	0	14	6	24
ASP Vibo Valentia	0	0	0	5	0	0	2	0	0	16	4	27
ASP Reggio Calabria	0	0	0	4	0	0	2	0	0	36	7	49
AO Cosenza	1	0	0	3	0	1	0	0	0	15	3	23
AO Catanzaro	2	0	1	2	1	0	1	0	0	10	4	21
AOU Catanzaro	0	0	0	2	0	0	0	0	0	10	4	16
GOM Reggio Calabria	2	0	0	5	0	0	1	0	0	29	2	39
Totale	9	2	1	26	3	1	12	0	0	182	50	286

Cronoprogramma

Fase	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale
1	Pubblicazione delle gare d'appalto per il rinnovo delle grandi attrezzature	31/12/2022
2	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie	31/12/2024

Fabbisogno per investimenti in digitalizzazione dei DEA di I e II livello

L'investimento consentirà di migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello. Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria l'importo di € 54.573.930,99, a valere sulla Missione 6, Componente 2, Sub-Investimento 1.1.1, per la realizzazione di n° 11 interventi di digitalizzazione.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione per Ente del SSR, per tipologia di struttura (DEA I o II livello)

e intervento di digitalizzazione è il seguente:

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA I o II Livello
ASP COSENZA	INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO DELLO SPOKE DI ROSSANO CORIGLIANO	P.O. CORIGLIANO /ROSSANO	DEA I
ASP COSENZA	INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO DELLO SPOKE DI CASTROVILLARI	P.O. PAOLA/CETRARO	DEA I
ASP COSENZA	INFORMATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO SPOKE PAOLA-CETRARO	P.O. CASTROVILLARI	DEA I
ASP CROTONE	SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO DEL PO DI CROTONE	OSPEDALE DI CROTONE	DEA I
ASP CATANZARO	AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO	PO LAMEZIA TERME	DEA I
ASP VIBO VALENTIA	IMPLEMENTAZIONE DOTAZIONE HARDWARE E SOFTWARE	P.O. VIBO VALENTIA	DEA I
ASP REGGIO CALABRIA	PNRR INTERVENTI FINALIZZATI ALLA DIGITALIZZAZIONE DEL DEA DI 1° LIVELLO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LOCRI (RC)	P.O. LOCRI	DEA I
ASP REGGIO CALABRIA	PNRR INTERVENTI FINALIZZATI ALLA DIGITALIZZAZIONE DEL DEA DI 1° LIVELLO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LOCRI (RC)	P.O. POLISTENA	DEA I
AO "ANNUNZIATA" COSENZA	SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO	ANNUNZIATA/S.BARBARA/MARIANO SANTO	DEA II
AO "PUGLIESE-CIACCIO" CATANZARO /AOU "MATER DOMINI" CATANZARO	AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO	PO "PUGLIESE" /PRESIDIO OSPEDALIERO GERMANETO E UFFICI AMMINISTRATIVI	DEA II
G.O.M. "BIANCHI-MELACRINO-MORELLI" REGGIO CALABRIA	SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI DEL GOM BIANCHI MELACRINO MORELLI DI REGGIO CALABRIA	P.O. G.O.M. "BIANCHI-MELACRINO-MORELLI" REGGIO CALABRIA	DEA II

Cronoprogramma

Fase	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale
1	Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello)	31/12/2022
2	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II)	30/09/2025

Fabbisogno per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento del Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari

L'investimento consentirà di potenziare la dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione, che deve essere resa strutturale (pari a un aumento di circa il 70 % del numero di posti letto preesistenti alla pandemia).

Il Ministero della Salute ha adottato con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 il "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane", relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020.

La Regione Calabria ha dettagliato nel DCA n. 91 del 18.6. 2020 "Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera" e nel DCA n.104 29.7.2020 "DCA n. 91 del 18 giugno 2020 avente ad oggetto:" Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19" -Rettifica", le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento, pari ad € 51.171.973,00, per un incremento di n. 134 pl di terapia intensiva, n. 136 pl di terapia sub-intensiva, n. 17 interventi di ristrutturazione dei percorsi nei pronto soccorso in 16 stabilimenti e n. 9 nuove autoambulanze.

Cronoprogramma

Fase	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale
1	45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva	31/12/2024
2	45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS ed autoambulanze	31/12/2024
3	100% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva	30/06/2026
4	100% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS ed autoambulanze	30/06/2026

Fabbisogno per interventi di adeguamento/miglioramento sismico delle strutture sanitarie

L'investimento consentirà di adeguare alcune delle principali strutture ospedaliere regionali alle normative antisismiche. L'investimento si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalla Regione Calabria.

Il decreto 20 gennaio 2022 del Ministero della Salute ha effettuato la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed ha attribuito alla Regione Calabria gli importi di € 24.042.738,10, per la realizzazione di n. 6 interventi finanziati a valere sulle risorse del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) e di € 54.569.791,21, per la realizzazione di n. 7 interventi finanziati a valere sul PNC.

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione Calabria, in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR e per stato di avanzamento del progetto è il seguente:

ENTE del SSR	Titolo intervento (PNRR)	Interventi	
		Cat. Zona sismica	Livello progettazione
ASP REGGIO CALABRIA	OSPEDALE GENERALE "GIOVANNI XXIII"	1	STUDIO DI FATTIBILITÀ
GOM "BIANCHI-MELACRINO MORELLI" REGGIO CALABRIA	GOM "BIANCHI-MELACRINO MORELLI" REGGIO CALABRIA	1	STUDIO DI FATTIBILITÀ
AO "ANNUNZIATA" COSENZA	AO "ANNUNZIATA" COSENZA	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO	AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO	2	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
ASP VIBO VALENTIA	PO "JAZZOLINO" DI VIBO VALENTIA	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE

ENTE del SSR	Titolo intervento (PNC)	Interventi	
		Cat. Zona sismica	Livello progettazione
AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO	AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO	2	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
AO "ANNUNZIATA" COSENZA	AO "ANNUNZIATA" COSENZA EDIFICIO 1939	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
AO "ANNUNZIATA" COSENZA	AO "ANNUNZIATA" COSENZA EDIFICIO MALATTIE INFETTIVE	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
ASP COSENZA	PO DI S. GIOVANNI IN FIORE	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
ASP CATANZARO	PO DI SOVERATO	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
ASP CATANZARO	PO DI LAMEZIA TERME	1	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
ASP COSENZA	PO DI TREBISACCE	2	PROGETTAZIONE DA AVVIARE
ASP COSENZA	PO DI PRAIA A MARE	2	PROGETTAZIONE DA AVVIARE

Cronoprogramma

Fase	Descrizione (Interventi PNRR)	Termine di esecuzione Regionale
1	Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici	30/03/2023
2	Completamento degli interventi antisismici nelle strutture	30/06/2026
Fase	Descrizione (Interventi PNC)	Termine di esecuzione Regionale
1	Pubblicazione di gare d'appalto o accordo quadro per interventi antisismici da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	30/03/2023
2	Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	30/09/2023
3	Avvio dei Lavori da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	31/12/2023
4	Ultimazione dei lavori - Completamento degli interventi di adeguamento nel rispetto delle norme antisismiche	30/06/2026

8. POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI

Il contenimento della spesa farmaceutica e la governance del farmaco rappresentano obiettivi necessari per garantire l'accesso e la sostenibilità delle cure. In tale ottica, sono state svolte in questi anni, nell'ambito dei programmi operativi che si sono succeduti, molteplici attività che hanno riguardato le aree di maggiore criticità, quali la spesa convenzionata e l'organizzazione aziendale dei processi di approvvigionamento di farmaci.

Stato di attuazione

Analizzando la spesa farmaceutica dal 2017 si osserva, sul versante della convenzionata, un trend in discesa, che porta la Regione a rientrare nel tetto stabilito per legge del 7,96% solo negli ultimi due anni. La spesa per acquisti diretti, invece, risulta costantemente al di sopra, non solo delle risorse complessive stabilite per legge (14,85%), ma anche dei valori di incidenza registrati a livello nazionale (vedi tabella sotto riportata).

Nel 2018 la Regione ha evidenziato una spesa farmaceutica convenzionata lorda di 290,2 milioni di euro, corrispondente ad un disavanzo, rispetto al tetto del 7,96% calcolato sul Fondo Sanitario Regionale, dello 0,07%, pari a +2,5 milioni di euro. La spesa per acquisti diretti, come definita ai sensi della Legge 232/2016, è risultata essere di 368,6 milioni di euro, evidenziando un disavanzo rispetto al tetto del 6,89% di 119,6 milioni di euro, pari al 3,31%.

Nel 2019 la Regione ha registrato una spesa farmaceutica convenzionata di 288,5 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto del 7,96% dello -0,01%, pari a 0,2 milioni di euro. Questo esiguo deficit è probabilmente attribuibile ad un aumento del FSR, dal momento che la spesa è risultata essere in linea con quella dell'anno precedente. La spesa per acquisti diretti, come definita ai sensi della Legge 232/2016 e della Legge 145/2018, è stata pari a 412,5 milioni di euro, evidenziando un disavanzo, rispetto al tetto stabilito, del 2,23% (127,4 milioni di euro) e in aumento rispetto all'anno precedente.

Dal monitoraggio AIFA riferito al periodo Gennaio-Dicembre 2020, la spesa convenzionata, calcolata al netto dei payback, è stata pari a 279.263.500 euro, con un'incidenza percentuale della spesa sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) del 7,33% e uno scostamento assoluto risulta essere di 23.885.154 euro. La Regione Calabria rappresenta la terza regione a maggiore incidenza di spesa convenzionata registrando un valore superiore a quello nazionale (6,64%).

Per l'anno 2020, la spesa per i farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche è stata di 372.069.291 euro, con un'incidenza sul FSR del 9,77%, superiore alla media nazionale del 9,02%, e uno scostamento rispetto al tetto stabilito per legge di 177.287.318 euro

Il monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica per il periodo Gennaio-Dicembre 2021, evidenzia per la Regione Calabria un valore della spesa farmaceutica convenzionata al netto del payback, pari a 279.387.841 euro, con un'incidenza percentuale della spesa sul FSR del 7,21%, superiore rispetto alla media nazionale del 6,54% e uno scostamento assoluto di 8.143.979 euro. Per il 2021 la Regione Calabria rappresenta la sesta regione a maggiore incidenza per la spesa farmaceutica convenzionata.

La Regione Calabria presenta per l'anno 2021 una spesa per farmaci ad acquisti diretti pari a 390.351.275 euro, con un'incidenza sul FSR del 10,07%, superiore rispetto alla media nazionale del 9,36%, con uno scostamento assoluto pari a 93.920.483 euro, rappresentando la nona regione a maggiore incidenza per la spesa farmaceutica per acquisti diretti.

Tabella 1. Andamento della spesa farmaceutica rispetto ai tetti stabiliti per legge

LEA	2017 Calabria	2017 media Italia	2018 Calabria	2018 media Italia	2019 Calabria	2019 media Italia	2020 Calabria	2020 media Italia	2021 Calabria	2021 media Italia
% spesa convenzionata	8,53%	7,54%	8,03%	7,25%	7,95%	7,16%	7,33%	6,64%	7,21%	6,54%
% spesa per acquisti diretti	9,08%	8,37%	10,12%	8,84%	10,18%	9,08%	9,77%	9,02%	10,07%	9,36%
% Ossigeno					0,36%	0,21%	0,31%	0,20%	0,32%	0,20%
% totale	17,61%	15,90%	18,15%	16,09%	18,49%	16,45%	17,30%	15,80%	17,60%	16,10%

Gli obiettivi, e le conseguenti azioni, del presente P.O. dovranno consentire alla Regione, il rispetto dei tetti programmati a livello nazionale, recuperando gli scostamenti marcati rispetto al valore nazionale e promuovendo l'appropriatezza prescrittiva anche al fine di ridurre la compartecipazione sui farmaci a carico dei cittadini.

Gli obiettivi programmati dipendono tuttavia in maniera imprescindibile dalla disponibilità dei dati di assistenza farmaceutica a livello regionale e locale e dalla loro qualità.

Oltre a ciò, risulta determinante colmare le carenze di organico dell'area farmaceutica a partire dalle posizioni apicali, Direttori di Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale, nonché dei Dirigenti Farmacisti e del personale di supporto, mai sostituito o implementato.

Si evidenzia infatti il problema della carenza di personale tecnico, sia nel Settore Regionale del Dipartimento, che nelle Farmacie delle Aziende del SSR. L'assenza di Farmacisti Dirigenti e di personale di supporto, mai assunto o sostituito a seguito di dimissioni o quiescenza, impatta immediatamente sulle linee di attività della farmaceutica e conseguentemente sulla spesa in ambito ospedaliero e territoriale, nonché sull'applicazione dei provvedimenti e sulle attività ordinarie di vigilanza e controllo previste dalle vigenti normative.

Azioni

In base a quanto emerso, la Regione Calabria, per gli anni 2022-2025, per quel che concerne la *governance* farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS.
- Riorganizzazione dei percorsi per gli acquisti centralizzati
- Monitoraggio della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci biologici a brevetto scaduto.
- Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata.
- Incentivazione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti.
- Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)

8.1 Trasmissione dei dati e analisi della qualità dei flussi NSIS

Stato di attuazione

Nell'ultimo biennio la Regione ha mostrato notevoli criticità nella trasmissione dei flussi afferenti al sistema NSIS, evidenziate dalle relazioni di monitoraggio degli adempimenti LEA C.14 e C.15, relativi alla farmaceutica. L'invio dei dati relativi al flusso dei Consumi Ospedalieri e della Distribuzione Diretta risulta totalmente mancante e come tale il confronto sell in - sell out risulta difficile da attuare. La Regione stessa nelle sue relazioni ha individuato per ASP e AO l'incompletezza o addirittura la mancanza di invio dei dati.

Obiettivi

- Allineamento dei dati contenuti nel flusso della Tracciabilità con il dato della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero.
- Sovrapposibilità del flusso della Distribuzione in Nome e Per Conto con i dati di Tessera Sanitaria.
- Analisi regionale della qualità dei dati dei flussi NSIS e dei consumi farmaceutici (Convenzionata, Diretta, Per Conto e Consumi Ospedalieri) al fine di descrivere i profili di utilizzo dei medicinali per le principali aree terapeutiche, evidenziandone lo scostamento rispetto alle raccomandazioni terapeutiche e alle linee guida regionali, nonché la variabilità esistente tra le diverse ASP.

- Riorganizzazione, potenziamento e qualificazione delle funzioni di controllo dei competenti servizi delle Aziende che dovranno armonizzare gli strumenti a disposizione per il monitoraggio delle prescrizioni e le attività di farmacovigilanza.

La criticità maggiore riguarda l'individuazione e l'analisi delle categorie di farmaci a maggior spesa e consumo, allo scopo di individuare inappropriately, sprechi e consumi notevoli.

Azioni

- Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 95% dei dati contenuti nel flusso della tracciabilità con il dato della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero.
- Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 90% dei dati, per singola ASP, del flusso della Distribuzione in Nome e Per Conto con i dati di Tessera Sanitaria.
- Allineamento dei dati di Tessera Sanitaria alle DCR, con scostamento percentuale <0,5% sia del dato aggregato che per singola ASP.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 95% dei dati contenuti nel flusso della Tracciabilità con il dato della Distribuzione Diretta e del Consumo Ospedaliero	Scostamento CO e DD rispetto al flusso della Tracciabilità	Novembre 2022
2	Trasmissione del 100% dei dati e allineamento al 90% dei dati, per singola ASP, del flusso della Distribuzione in Nome e Per Conto con i dati di Tessera Sanitaria	Scostamento DPC rispetto a Tessera Sanitaria	Novembre 2022
3	Allineamento dei dati di Tessera Sanitaria alle DCR, con scostamento percentuale <0,5% sia del dato aggregato che per singola ASP	Scostamento dati delle DCR rispetto a Tessera Sanitaria	Novembre 2022

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco".

Strutture regionali/aziendali a supporto

- Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale".
- Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze".
- Settore n. 7 "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".
- Settore n. 8 "Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio".
- Settore n. 11 "Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari".

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.2 Riorganizzazione dei percorsi per gli acquisti centralizzati

Stato di attuazione

Il DL 150/2020 prevede che il Commissario *ad acta* provveda in via esclusiva all'espletamento delle procedure di approvvigionamento avvalendosi degli strumenti di acquisto e di negoziazione messi a disposizione da CONSIP o, previa convenzione, dalla Centrale di committenza regionale o dalle centrali di committenza di regioni limitrofe. Alcune gare sono state espletate attraverso apposite convenzioni con le Centrali di Acquisto della Regione Lazio (per i farmaci A-PHT) e Campania (farmaci H e innovativi). Sebbene queste procedure possano essere di supporto alla Regione, pongono vincoli nell'acquisto dei farmaci, non tengono conto delle necessità regionali e tendono a dilatare i tempi di approvvigionamento. Con il DCA n. 42 del 11/03/2021 (modificato e integrato dal DCA n. 85 del 27/05/2021 e DCA n. 107 del 19/10/2021), la Struttura Commissariale ha stipulato una convenzione, ex art. 3, comma 1, legge n. 181/2020, con la Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria (SUA), in virtù della quale la SUA per il periodo 2022/2025 deve provvedere all'espletamento, tra l'altro, delle procedure di gara per la fornitura di vaccini, farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche ed infusionali, nonché mezzi di contrasto per le Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali. Risulta dunque, necessario che la Regione diventi autonoma e garantisca un acquisto centralizzato per la quasi totalità dei farmaci utilizzati nelle strutture sanitarie pubbliche o erogati tramite il canale della Distribuzione in Nome e per Conto.

Allo stato attuale le procedure espletate dalla Centrale Direzione Acquisti della Regione Lazio per conto della Regione Calabria hanno garantito la copertura del 85% delle esigenze relative ai farmaci A-PHT.

Le procedure di acquisto espletate finora dalla SUA Calabria (farmaci A e H), concluse prima dell'entrata in vigore del DL 35/2019 e ancora in corso di validità, garantiscono circa l'80% delle esigenze delle Aziende del SSR, considerato che le specialità medicinali erogate in DD o acquistate per i consumi interni riguardano circa 1.000 principi attivi, 200 dei quali afferiscono a procedure espletate autonomamente dalle Aziende del SSR.

Obiettivi

Il calcolo dei fabbisogni sanitari, la comunicazione con la Stazione Unica Appaltante prima e Azienda Zero dopo, la corretta programmazione delle gare e l'espletamento delle stesse in tempi appropriati, risultano essere obiettivi prioritari. Attualmente la criticità di maggiore rilevanza è rappresentata dai tempi di avvio e conclusione delle procedure di gara in particolar modo relativamente ai farmaci di nuovo inserimento nel PTR, per i farmaci di nuova immissione in commercio con il requisito di innovatività o di innovatività condizionata e per i farmaci destinati alla cura di patologie rare. È necessario, pertanto, ottimizzare i tempi necessari all'espletamento delle procedure di gara. L'implementazione del processo permetterà di ottimizzare il tempo di acquisizione dei farmaci, anche nel caso di contratti in scadenza, e di allineare il fabbisogno regionale alle eventuali variazioni prescrittive, come il riconoscimento nuove indicazioni.

- Analisi e raccolta da parte del Settore 3 "Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie Convenzionate, Educazione all'uso consapevole del Farmaco" dei fabbisogni delle singole Aziende sanitarie regionali (ASP e AO) interfacciandosi con la SUA/Azienda Zero ai fini della predisposizione delle relative procedure di gara.
- Realizzazione di un Sistema di monitoraggio che valuti l'utilizzo dei farmaci in DD e DPC.

Azioni

- Acquisti centralizzati fino al 90% nel triennio, dei farmaci e invio di un rapporto su tutte le gare, programmate ed espletate trimestralmente all'Agenzia Italiana del Farmaco, inclusive del dettaglio dei prezzi di aggiudicazione per singolo principio attivo.
- Elaborazione e invio agli organi competenti, di un report dettagliato sulle analisi dei fabbisogni trasmessi dalle Aziende con scadenza semestrale.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Acquisti centralizzati fino al 90% nel triennio, dei farmaci e invio di un rapporto su tutte le gare, programmate ed espletate trimestralmente all'Agenzia Italiana del Farmaco, inclusive del dettaglio dei prezzi di aggiudicazione per singolo principio attivo	Percentuale dei farmaci acquistati con gara centralizzata	Giugno 2024
2	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	% acquisti centralizzati/totale gare da centralizzare	trimestrale
3	Elaborazione e invio agli organi competenti, di un report dettagliato sulle analisi dei fabbisogni trasmessi dalle Aziende con scadenza semestrale	Numero minimo di due report prodotti nell'anno	Scadenza semestrale a partire da gennaio 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Stazione Unica Appaltante – Regione Calabria.
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.3 Monitoraggio della spesa farmaceutica per Acquisti Diretti

La Legge di Bilancio 2021 (art. 1, commi 475-477, legge n. 178 del 2020) ha rimodulato, a decorrere dal 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN:

- Tetto della Spesa farmaceutica convenzionata rideterminato al 7,00% del fabbisogno sanitario nazionale.
- Tetto della Spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali rideterminato al 7,85% del fabbisogno sanitario nazionale.

Il monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica per acquisti diretti mostra per la Regione Calabria un valore della spesa, al netto dei gas medicinali, pari a 390.351.275 euro con uno scostamento assoluto pari a 93.920.483 euro un'incidenza sul FSR del 10,07%.

Il monitoraggio e il contenimento della spesa farmaceutica per acquisti diretti rappresenta dunque un obiettivo necessario nel *management* regionale e aziendale per il mantenimento dei tetti prefissati, attraverso una serie di azioni volte a ottimizzare la *governance* farmaceutica, dall'approvvigionamento alla prescrizione.

Stato di attuazione

Il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza terapeutica risultano azioni indispensabili per il contenimento della spesa farmaceutica.

L'ambito di intervento consiste:

- nell'incentivare l'uso di farmaci biosimilari, e in generale di medicinali a brevetto scaduto,
- nell'implementare il controllo dei farmaci soggetti a limitazioni prescrittive (PT, note AIFA, Registri) e dei farmaci ad alto costo e a maggior impatto economico,
- nel promuovere l'appropriatezza prescrittiva, utilizzando il sistema Tessera Sanitaria o piattaforme web dedicate come strumenti di supporto.

Altro aspetto cruciale è quello di potenziare l'attività di Distribuzione Diretta per il Primo Ciclo Terapia, mediante la fornitura di farmaci agli assistiti nel periodo immediatamente successivo alle dimissioni ospedaliere o alla visita specialistica ambulatoriale, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza terapeutica.

I farmaci biologici a brevetto scaduto rappresentano un'enorme opportunità per i Servizi Sanitari Regionali al fine di recuperare risorse da reinvestire, in modo da favorire l'accesso alle cure ai pazienti. Pertanto, la Regione Calabria per il periodo 2022-2025 ha l'obiettivo di potenziare quanto più possibile l'utilizzo dei farmaci biosimilari nella reale pratica clinica, sia attraverso il monitoraggio costante e continuo degli stessi, che attraverso una revisione delle disposizioni normative regionali.

Nel 2020, per i farmaci biologici a brevetto scaduto, la regione Calabria ha evidenziato scostamenti importanti del prezzo medio della molecola (originator + biosimilare) rispetto al valore medio nazionale (vedi tabella seguente). Le molecole Adalimumab, Epoietina, Etanercept, Filgrastim, Follitropina e Pegfilgrastim presentano uno scostamento percentuale superiore al 50%.

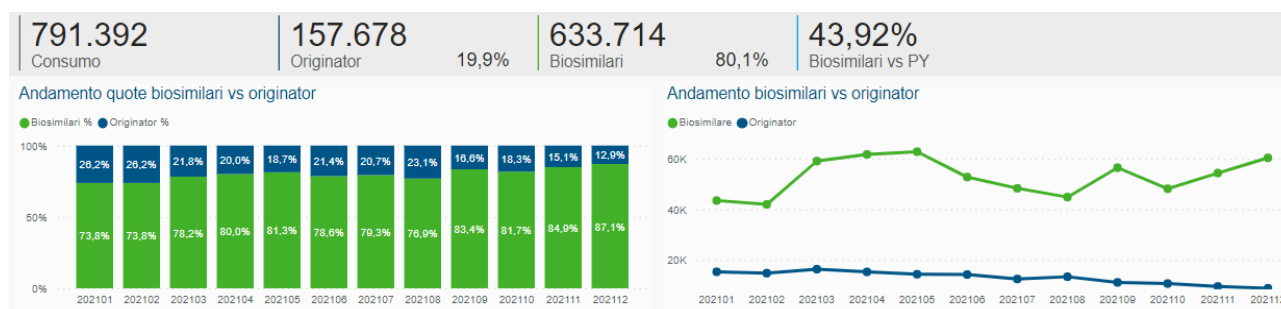
Molecola	Prezzo medio Italia (euro)	Prezzo medio Calabria (euro)	Scostamento assoluto (euro)	Scostamento percentuale (%)
Adalimumab	244,94	530,79	285,85	116,70
Bevacizumab	682,44	655,68	-26,76	-3,92
EBPM	10,80	15,54	4,74	43,89
Epoetine	17,97	32,61	14,63	81,47
Etanercept	456,70	756,25	299,55	65,59
Filgrastim	8,16	21,93	13,76	168,75
Follitropina	196,19	307,30	111,11	56,63
Infliximab	136,49	181,40	44,92	32,90
Insulina glargine	36,27	40,99	4,72	13,01
Insulina lispro	15,89	21,71	5,82	36,63
Pegfilgrastim	287,29	453,21	165,92	57,75
Rituximab ev	502,76	524,77	22,01	4,38
Rituximab sc	1342,89	1336,49	-6,4	-0,48
Somatropina	148,86	131,93	-16,94	-11,37
Teriparatide	296,21	350,53	54,32	18,34
Trastuzumab ev	173,94	237,95	64,01	36,80
Trastuzumab sc	1182,01	1116,34	-65,66	-5,56

Confronto prezzi medi dei biosimilari della regione Calabria rispetto all'Italia e relativi scostamenti del periodo Gen-Set 2021:

Molecola	Prezzo medio Italia (euro)	Prezzo medio Calabria (euro)	Scostamento assoluto (euro)	Scostamento percentuale (%)
Adalimumab	188,38	450,02	261,64	138,89
Bevacizumab	364,50	407,83	43,33	11,89
EBPM	14,11	18,65	4,54	32,18
Epoetine	16,54	25,90	9,36	56,59
Etanercept	394,54	748,19	353,65	89,64
Filgrastim	6,68	7,13	0,45	6,74

Molecola	Prezzo medio Italia (euro)	Prezzo medio Calabria (euro)	Scostamento assoluto (euro)	Scostamento percentuale (%)
Follitropina	194,13	226,45	32,32	16,65
Infliximab	107,54	174,17	66,63	61,96
Insuline fast acting	13,39	21,84	8,45	63,11
Insuline long acting	34,93	34,91	-0,02	-0,06
Pegfilgrastim	170,77	196,79	26,02	15,24
Rituximab ev	395,96	522,65	126,69	32,00
Rituximab sc	1343,47	1341,10	-2,37	-0,18
Somatropina	148,26	122,49	-25,77	-17,38
Teriparatide	250,54	350,53	99,99	39,91
Trastuzumab ev	143,08	226,17	83,09	58,07
Trastuzumab sc	923,83	945,36	21,53	2,33

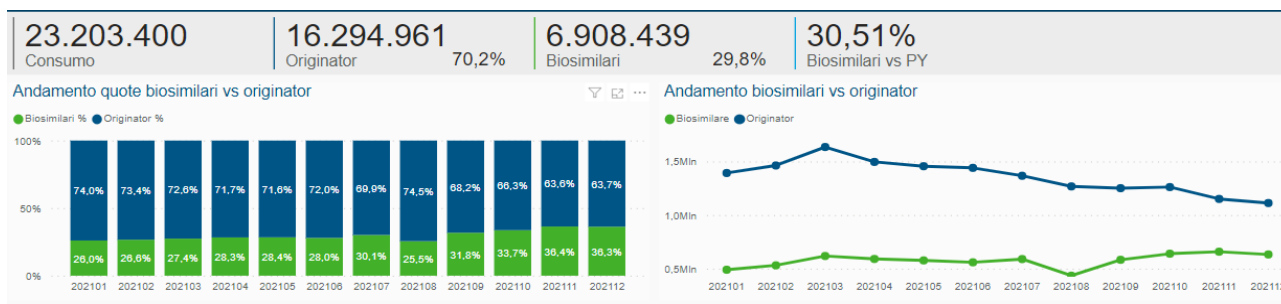
L'analisi dei consumi per l'anno 2021 dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci originator, mostra un maggiore utilizzo dei farmaci biosimilari che cresce nell'ultimo trimestre dell'anno 2021 rispetto ai primi mesi, con un consumo del biosimilare pari all'87,1% nell'ultimo mese.



REGIONE CALABRIA - analisi dei consumi UMF dei farmaci Biosimilari vs Originator Anno 2021

Nonostante l'aumentato utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci originator riscontrato nell'anno 2021, la spesa per farmaci originator risulta di gran lunga maggiore rispetto a quella dei farmaci biosimilari.

Lo scostamento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari nel corso del 2021 evidenzia la necessità di una programmazione e di un controllo degli acquisti dei biosimilari rispetto ai farmaci originator nelle Aziende, confermando il valore indispensabile delle gare centralizzate.



REGIONE CALABRIA - analisi della Spesa dei farmaci Biosimilari vs Originator Anno 2021

La promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari sia nell'arruolamento dei pazienti naïve che nello switch terapeutico per pazienti già in trattamento, andando ad intervenire in particolare in quelle Aziende dove si riscontra un maggiore utilizzo di farmaci originator, consentirebbe un risparmio di circa 9 milioni di euro, così come confermato anche dall'allineamento alla media nazionale del prezzo per confezione di tutte le molecole riportate nel report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto (dati Rapporto AIFA – Biosimilari: Analisi della variabilità regionale dei consumi e del costo dei medicinali biologici a brevetto scaduto nel canale acquisti diretti - Dato NSIS/Tracciabilità del farmaco aggiornato a set-2021)

Molecola	Biosimilare : inc. % nel periodo gen-set 2021	Biosimilare: inc. % a set 2021	Biosimilare: prezzo medio per confezione e nel periodo gen-set 2021	Biosimilare: prezzo medio per confezione e a set 2021	Originator : prezzo medio per confezione e nel periodo gen-set 2021	Originator : prezzo medio per confezione e a set 2021	Prezzo medio della molecola (originator + biosimilare) per il periodo gen-set 2021	Prezzo medio molecola (originator + biosimilare) a set 2021	Stima del potenziale risparmio per il periodo gen-set 2021
Adalimumab	24,9%	25,5%	€92,12	€84,37	€568,48	€568,07	€450,02	€444,76	€ 3.305.832
Bevacizumab	51,4%	71,8%	€295,21	€249,76	€526,76	€399,61	€407,83	€291,95	€ 258.948
Eparine a basso peso molecolare	50,6%	49,4%	€18,69	€19,81	€18,31	€0,00	€18,65	€19,81	€ 490.996
Epoietine	14,4%	20,1%	€21,32	€20,76	€27,02	€32,26	€25,90	€28,86	€ 1.535.312
Etanercept	24%	30,1%	€401,18	€404,03	€857,78	€860,95	€748,19	€723,30	€ 2.143.823
Filgrastim	95,3%	100%	€5,41	€5,22	€42,07	€0,00	€7,13	€5,22	€ 9.084
Follitropine	6,7%	0%	€178,81	€0,00	€234,77	€50,74	€226,45	€50,74	€ 98.632
Infliximab ev	63,2%	63%	€117,88	€119,15	€270,68	€270,68	€174,17	€175,15	€ 258.256
Infliximab sc	100%	0%	€50,60	€0,00	€0,00	€0,00	€50,60	€0,00	€ 0
Insiline fast	0%	0%	€0,00	€0,00	€21,84	€23,32	€21,84	€23,32	€ 16.817

acting										
Insiline long acting	6,8%	0,1%	€33,35	€35,19	€35,25	€32,49	€34,91	€32,50	€ 0	
Pegfilgrastim	81,6%	100%	€87,38	€93,54	€683,12	€0,00	€196,79	€93,54	€ 28.343	
Rituximab ev	96%	100%	€512,45	€562,51	€766,12	€0,00	€522,65	€562,51	€ 412.640	
Rituximab sc	0%	0%	€0,00	€0,00	€1341,10	€1341,10	€1341,10	€1341,10	€ 0	
Somatropine	1,8%	0%	€160,25	€0,00	€117,78	€117,11	€122,49	€117,11	€ 0	
Teriparatide	0%	0%	€0,00	€0,00	€350,53	€0,00	€350,53	€0,00	€ 4.199	
Trastuzumab ev	88,5%	90,5%	€206,80	€206,80	€375,40	€336,70	€226,17	€219,10	€ 554.717	
Trastuzumab sc	0%	0%	€0,00	€0,00	€945,36	€834,59	€945,36	€834,59	€ 22.783	
Totale									€ 9.140.382	

Nel periodo Gen-Set 2021 gli scostamenti evidenziati dalla regione Calabria per alcune molecole sono migliorati ma per altre peggiorate. Di conseguenza il risparmio che la Regione potrebbe ottenere potrebbe essere superiore ai 9 milioni.

Obiettivi

La promozione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari si intende tanto nell'arruolamento dei pazienti naïve, dove il medico deve indicare le motivazioni di mancato utilizzo del farmaco biosimilare o biologico con prezzo più basso, quanto nell'utilizzo nei pazienti già in trattamento (*switch terapeutico*), secondo quanto indicato nel secondo *position paper* redatto dall'AIFA.

- Valutazione per singola indicazione terapeutica dell'andamento prescrittivo del biologico a brevetto scaduto rispetto ad altre classi di farmaci con diverso ATC, ma con medesima indicazione terapeutica (categoria IV livello ATC o categoria omogenea). Le direzioni generali relazioneranno circa l'andamento prescrittivo e gli obiettivi percentuali di utilizzo di biosimilari, indicati dalla Regione, con verifiche almeno semestrali da effettuarsi presso la Direzione Generale Salute.
- Allineamento alla media nazionale del prezzo per confezione di tutte le molecole riportate nel report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.
- Allineamento dei dati di consumo rispetto ai valori nazionali delle molecole inserite nel report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.
- Definizione di percorsi per l'accesso alle terapie per pazienti affetti da patologie rare.
- Ridefinizione dei centri prescrittori: aggiornamento del DCA 164/2018 e digitalizzazione elenco centri prescrittori.
- Monitoraggio e analisi delle prescrizioni per centro prescrittore, dell'andamento dei consumi dei farmaci sottoposti a registri di monitoraggio e a note AIFA con riferimento all'appropriatezza e all'aderenza e all'applicazione del *payback* e delle attività di rimborso condizionato nelle procedure negoziali stabilite da AIFA;
- Adozione di misure di monitoraggio della prescrizione di farmaci innovativi per monitorare l'utilizzo appropriato e congruo rispetto al fondo stanziato.

- Definizione di obiettivi per i DG/Commissari volti all'incentivazione dell'utilizzo di farmaci biologici a brevetto scaduto con il miglior rapporto costo/efficacia, attraverso l'assegnazione alle singole UU.OO. di specifici obiettivi.

Azioni

- Riduzione dello scostamento del 50% dal prezzo medio Italia per le prime 5 molecole a maggiore costo per confezione, individuate dal report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.
- Allineamento dei consumi rispetto al valore medio nazionale, espresso come numero di confezioni pro capite, per le molecole considerate.
- DCA Centri prescrittori e pubblicazione/gestione on line.
- Assegnazione, per singola Azienda pubblica del SSR, di tetti di spesa aziendali inerenti all'acquisto diretto dei medicinali nell'Ospedaliera, Distribuzione Diretta e Per Conto.
- Definizione mediante DCA dei percorsi e delle sanzioni da applicare nella verifica di prescrizioni inappropriate a carico dei medici specialisti territoriali ed ospedalieri.
- Definizione per singola Azienda SSR da parte del management Aziendale di obiettivi da assegnare alle UU.OO. per area terapeutica e reportistica di monitoraggio, tesi alla riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto delle categorie individuate.
- Revisione della governance regionale e aziendale per la prescrizione e la distribuzione di farmaci compresi nel tetto "Acquisti diretti" (Ospedaliera, DPC, Distribuzione Diretta) anche attraverso protocolli di intesa tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Provinciali per il coordinamento delle azioni, la corretta gestione del paziente nella continuità Ospedale-Territorio per garantire l'appropriatezza prescrittiva e il corretto utilizzo delle risorse;
- Monitoraggio Aziendale e Reportistica per farmaci per patologie rare.
- Aggiornamento/appropriatezza nella prescrizione dei farmaci HIV anche attraverso la revisione del PDTA.
- Assegnazione degli obiettivi ai Commissari straordinari / Direttori Generali delle aziende sanitarie.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Riduzione dello scostamento del 50% dal prezzo medio Italia per le prime 5 molecole a maggiore costo per confezione, individuate dal report AIFA di monitoraggio dei biologici a brevetto scaduto.	Scostamento del prezzo medio per confezione regionale rispetto al valore medio nazionale dei farmaci biologici a brevetti scaduto.	Settembre 2023
2	Allineamento dei consumi rispetto al valore medio nazionale, espresso come n. di confezioni pro capite, per le molecole considerate.	Scostamento dei consumi dalla media nazionale dei farmaci biologici a brevetti scaduto.	Settembre 2023
3	Aggiornamento Centri prescrittori	DCA	Dicembre 2022
4	Assegnazione tetti di spesa.	DCA	Dicembre 2023 a valere su gennaio 2023
5	Definizione per singola Azienda SSR da parte del management Aziendale di obiettivi da assegnare alle UU.OO. per area terapeutica e reportistica di	Report	da gennaio 2023

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
	monitoraggio, tesi alla riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto delle categorie individuate.		semestrale
6	Monitoraggio Aziendale e Reportistica per farmaci per patologie rare	Report	Trimestrale
7	Monitoraggio Distribuzione diretta – primo ciclo terapia – relazione settore competente	N farmaci erogati in Distribuzione Diretta per il primo ciclo di terapia/nr prescrizioni in dimissione o dopo visita specialistica ambulatoriale	trimestrale
8	Aggiornamento/appropriatezza nella prescrizione dei farmaci HIV	Documento	Gennaio 2023
9	Assegnazione degli obiettivi ai DG/Commissari Straordinari	Provvedimento	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo Di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.3.1 Distribuzione in Nome e Per Conto farmaci A-PHT e Ossigenoterapia a Lungo Termine

Stato di attuazione

Nel 2020 la regione Calabria ha registrato, per la DPC, un valore di spesa pro capite pari a 49,1 euro, nettamente al di sopra del valore osservato a livello nazionale (31,4), riferibile all’elevata percentuale dei farmaci PHT erogati in DPC nella Regione (compresi farmaci ad alto costo come i fattori per la coagulazione e i farmaci A-PHT ex OSP2). Nel 2019 è stata affidata all’Ufficio DPC Regionale, la gestione del nuovo percorso operativo di erogazione dell’Ossigeno Terapia a Lungo Termine, con l’obiettivo di approvare linee guida regionali dell’OTLT e di provvedere agli aspetti

gestionali. Nel 2020 la spesa per acquisti diretti dei Gas Medicinali è stata pari a 11.923.703 euro, con un'incidenza sul FSR dello 0,31% e uno scostamento assoluto di 4.306.903 euro rispetto al tetto stabilito per legge.

Anno	Confezioni	Differenza %	Spesa per Farmaci	Differenza %	Oneri Distributori ai	TOTALE	Differenza %
2019	617.170		€ 35.380.515,36		€ 1.430.600,06	€ 36.811.115,42	
2020	680.066	10,910%	€ 36.349.530,46	2,739%	€ 1.576.392,99	€ 37.925.923,45	3,028%
2021	677.121	-0,433%	€ 34.747.989,85	-4,406%	€ 1.569.566,48	€ 36.317.556,33	-4,241%

Confronto primo quadrimestre 2019/2020/2021 (Fonte: piattaforma WEBDPC)

Anno	Costo Medio a confezione	Differenza %
2019	€ 57,33	
2020	€ 53,45	-6,768%
2021	€ 51,32	-3,990%

Obiettivi

- Attivazione dei PT on line al fine di assicurare un monitoraggio continuo delle prescrizioni e della spesa e soprattutto garantire l'appropriatezza prescrittiva.
- Implementazione uso equivalenti e biosimilari
- Implementazione flusso NSIS per l'erogazione dell'Ossigeno Liquido, attraverso l'utilizzo della ricetta del SSR.

Azioni

- Attivazione dei PT on line per alcune categorie di farmaci
- Aggiornamento dell'Elenco Unico Regionale dei farmaci in DPC.
- Revisione accordo con le associazioni di categorie e aggiornamento delle modalità operative.
- Implementazione uso farmaci equivalenti e biosimilari attraverso il pieno recepimento delle nuove procedure di gara.
- Rispetto del tetto di spesa, stabilito per legge (0,20%), per i Gas Medicinali.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attivazione dei PT on line per alcune categorie di farmaci	Nr PT on line	Dicembre 2022
2	Aggiornamento dell'elenco unico regionale dei farmaci in DPC	Aggiornamento anagrafica WEBDPC	Dicembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
3	Implementazione uso equivalenti e biosimilari	Nr farmaci biosimilari/nr farmaci biologici Nr farmaci equivalenti/nr farmaci equivalenti e farmaci brand	Giugno 2023
4	Revisione accordo con le associazioni di categorie e aggiornamento delle modalità operative	Recepimento nuovo accordo e nuovo regolamento operativo	Dicembre 2022
5	Rispetto del tetto di spesa, stabilito per legge (0,20%), per i Gas Medicinali	Scostamento della spesa per Gas Medicinali rispetto al tetto dello 0,20%	Marzo 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Ufficio DPC Regionale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.4 Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata

Stato di attuazione

I dati 2020, relativi alla spesa farmaceutica convenzionata, mostrano come la Regione Calabria abbia una spesa lorda di 279.778.031 euro, pari a un’incidenza sul FSR del 7,44%, nettamente superiore rispetto al valore medio registrato a livello nazionale del 6,65%. La spesa lorda pro-capite (popolazione pesata), invece, è stata pari a 15,4 euro, rispetto a un valore medio di 13,7 euro.

Pertanto, tutte le azioni che la Regione Calabria intende mettere in atto per la farmaceutica convenzionata sono volte a ricondurre la spesa pro capite lorda entro la media nazionale.

La legge di bilancio 2021 (art. 1, commi 475-477, legge n. 178 del 2020) ha rimodulato, a decorrere dal 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN:

- Tetto della Spesa farmaceutica convenzionata rideterminato al 7,00% del fabbisogno sanitario nazionale.
- Tetto della Spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali rideterminato al 7,85% del fabbisogno sanitario nazionale.

Il monitoraggio provvisorio per il periodo gennaio-ottobre 2021 per la verifica del rispetto del tetto di spesa del 7,00% per la spesa farmaceutica convenzionata mostra che la Regione Calabria ha un'incidenza sul FSR del 7.32%.

Obiettivi

Per gli anni 2022-2025 la manovra di risparmio dovrà consentire il rispetto del tetto previsto per la farmaceutica convenzionata pari al 7% e il graduale avvicinamento alla media di incidenza nazionale (6.54% nei mesi gennaio-dicembre 2021) e il conseguente recupero dello scostamento, nonché la graduale riduzione della compartecipazione a carico del cittadino.

In particolare, al fine di rispondere alle esigenze di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica della regione Calabria, sarà necessario allineare i dati di spesa e consumo ai valori medi nazionali, con particolare riferimento agli antibiotici (J01) e alle classi terapeutiche a maggiore spesa. L'individuazione delle categorie terapeutiche su cui intervenire sarà possibile grazie ai report di monitoraggio dei primi 30 principi attivi della farmaceutica convenzionata, periodicamente inviati dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla Regione.

Tale reportistica verrà condivisa con i responsabili delle ASP competenti che dovranno provvedere ad inoltrare all'interno delle proprie strutture le informazioni presenti.

Attraverso tale sistema la Regione Calabria potrà valutare semestralmente gli esiti delle politiche sanitarie attuate, in modo da poter assegnare a ciascuna ASP specifici obiettivi da perseguire al fine di diminuire la spesa farmaceutica convenzionata.

Dai dati di spesa e consumo delle prime classi ATC4 dei farmaci erogati in regime SSN nel canale della farmaceutica convenzionata nel corso dell'anno 2021, si evidenzia uno scostamento dei consumi regionali in termini DDD rispetto alla media nazionale.

L'allineamento dei valori delle DDD alla media nazionale, per le principali categorie ATC4 che impattano sulla spesa, consentirebbe un risparmio stimato pari a circa 11 milioni di euro, mediante monitoraggio dei consumi, campagne di informazione e sensibilizzazione tramite invio di report di consumo e linee di indirizzo alle ASP, Distretti, Servizi Farmaceutici e MMG e attribuzione di specifici obiettivi ai direttori delle ASP o della territoriale.

ATC	SPESEA NETTA SSN 2021	DDD x1000 AB. RES. DIE SELLOUT RIMB. 2021	IPOTESI RISPARMIO
A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA			
CALABRIA	21.013.399,97 €	988,75	2.303.553,19 €
ITALIA	540.685.351,88 €	880,36	
C09DA BLOCCANTI DEI RECETTORI ANGIOTENSINA II (ARBs) E DIURETICI			

CALABRIA	7.417.574,20 €	542,31	2.273.635,94 €
ITALIA	159.294.339,07 €	376,08	
A10AB INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE RAPIDA			
CALABRIA	8.286.164,81 €	115,14	2.254.783,36 €
ITALIA	182.565.341,40 €	83,81	
J01DD CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE			
CALABRIA	4.963.526,99 €	20,38	1.315.250,26 €
ITALIA	88.440.565,32 €	14,98	
B01AC ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI- ESCLUSA L'EPARINA			
CALABRIA	6.126.314,78 €	886,32	1.237.145,18 €
ITALIA	114.324.182,19 €	707,33	
C09CA BLOCCANTI DEI RECETTORI ANGIOTENSINA II (ARBs), NON ASSOCIATI			
CALABRIA	7.699.123,05 €	748,68	789.516,83 €
ITALIA	206.432.157,25 €	671,90	
N03AX ALTRI ANTIEPILETTICI			
CALABRIA	8.453.123,70 €	79,81	626.768,04 €
ITALIA	232.630.592,07 €	73,89	
C09BA ACE INIBITORI E DIURETICI			
CALABRIA	4.149.877,72 €	255,03	483.421,39 €
ITALIA	104.358.508,25 €	225,32	
B01AB EPARINICI			
CALABRIA	4.539.048,10 €	35,25	49.992,69 €
ITALIA	129.011.029,17 €	34,86	
TOTALE IPOTESI RISPARMIO			11.334.066,88 €

REGIONE CALABRIA – ITALIA: analisi della Spesa NETTA SSN E DDD X 1000 AB DIE

Azioni

- Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata.
- Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC al valore medio nazionale.

- Rimodulazione del DCA n. 63/2020 definendo nuovi indicatori di prescrizione e di aderenza per la valutazione delle ASP ed individuando in ogni singola ASP i MMG i cui livelli di spesa per i consumi farmaceutici di base eccedano i valori assimilabili a quelli medi.
- Implementazione attività e monitoraggio delle attività delle Commissioni per l'Appropriatezza prescrittiva, promozione del coordinamento tra le Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva sia a livello aziendale che a livello interaziendale al fine di correggere i comportamenti disomogenei tra le commissioni delle diverse ASP e addirittura tra distretti della stessa ASP.
- Promozione integrazione tra medici di medicina generale e PLS e medici specialisti territoriali ed ospedalieri e farmacisti di comunità mediante giornate formative e riunioni operative.
- Predisposizione di un Decreto Regionale che identifichi per le classi individuate una riduzione dei valori di spesa e consumo assegnando specifici obiettivi ai direttori delle ASP o della territoriale.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata.	Scostamento percentuale della spesa pro capite dai valori medi nazionali	Giugno 2023
2	Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC al valore medio nazionale.	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali	Giugno 2023
3	Rimodulazione del DCA n. 63/2020 definendo nuovi indicatori di prescrizione e di aderenza per la valutazione delle ASP ed individuando in ogni singola ASP i MMG i cui livelli di spesa per i consumi farmaceutici di base eccedano i valori assimilabili a quelli medi	DCA	Ottobre 2023
4	Monitoraggio attività CAPD- relazione ufficio competente	n. incontri svolti/n. incontri programmati	trimestrale
5	Predisposizione di un Decreto Regionale che identifichi per le classi individuate una riduzione dei valori di spesa e consumo assegnando specifici obiettivi ai direttori delle ASP o della territoriale.	Decreto Regionale	Gennaio 2023
6	Informazione/sensibilizzazione tramite invio di report di consumo alle ASP, Distretti, Servizi Farmaceutici e MMG	N report inviati	trimestrale

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco".
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale".
- Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze".

- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo Di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.4.1 Farmaceutica territoriale: Farmaci equivalenti

L’incremento dell’utilizzo dei farmaci equivalenti è strettamente collegato al carico di spesa sul cittadino, essendo la quota differenziale in capo allo stesso per oneri di legge. Verranno intraprese azioni volte a una più corretta informazione sui farmaci equivalenti, al fine di incrementare consapevolmente l’utilizzo appropriato degli stessi da parte dei cittadini.

Stato di attuazione

Nel 2021 la spesa lorda pro capite della farmaceutica convenzionata, relativa al periodo gennaio-ottobre 2021, è stata pari a 15,54 euro. Di questi 0,45 sono attribuibili al ticket fisso pro capite e 1,87 euro alla compartecipazione. Questo valore è nettamente superiore al valore registrato a livello nazionale pari a 1,5 euro.

Campagne informative specifiche, che possano ridurre questa differenza sono dunque di fondamentale importanza.

Obiettivi

- Promozione di percorsi formativi/informativi che coinvolgano operatori sanitari e cittadini attraverso campagne formative/informative.
- Definizione di specifici obiettivi relativi alle classi terapeutiche a maggiore spesa da assegnare a ciascuna ASP.

Azioni

- Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l’anno, di campagne formative/informative ai cittadini.
- Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l’anno, di campagne formative/informative agli operatori sanitari volte ad un maggiore prescrizione dei farmaci equivalenti.
- Obiettivi ai Commissari straordinari / Direttori Generali delle ASP sui farmaci che maggiormente si discostano dai valori medi nazionali di consumo del generico.
- Collaborazione con le associazioni di cittadini e le associazioni di pazienti per diffondere la conoscenza dei farmaci equivalenti e a brevetto scaduto;
- Emanazione di direttive regionali finalizzate all’implementazione dell’uso dei farmaci equivalenti e/o a brevetto scaduto.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l'anno, di campagne formative/informative ai cittadini	Numero di campagne informative ai cittadini	Annuale
2	Attuazione di un numero sufficiente, almeno 1 l'anno, di campagne formative/informative agli operatori sanitari volte ad un maggiore prescrizione dei farmaci equivalenti	Numero di campagne informative agli operatori sanitari	Annuale
3	Obiettivi ai Commissari straordinari / Direttori Generali delle ASP sui farmaci che maggiormente si discostano dai valori medi nazionali di consumo del generico	Scostamento dal valore medio nazionale del consumo di farmaco generico rispetto alla media nazionale	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'uso Consapevole del Farmaco".
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 "Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale".
- Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze".
- Settore n. 8 "Bilancio SSR – Monitoraggio dell'andamento Economico Delle Aziende Sanitarie – Controllo Di Gestione – Patrimonio".
- Settore n. 11 "Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari".

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle Asp.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.5 Aggiornamento periodico del prontuario terapeutico regionale (PTR)**Stato di attuazione**

L'accesso ai farmaci nella Regione Calabria registra ancora alcune criticità, dovute a tempistiche eccessivamente lunghe degli iter procedurali. Il Prontuario Terapeutico Regionale ha un ruolo strategico sia quale strumento di Governo Clinico e di Appropriatezza Prescrittiva, sia quale garanzia di erogazione dei LEA, di cui l'assistenza farmaceutica è parte integrante, pertanto il punto di partenza può essere solo rappresentato da una revisione dei processi con l'obiettivo di rendere snelle le procedure di accesso al farmaco.

Negli anni sono state programmate numerose attività di aggiornamento, evidenziate da specifici provvedimenti regionali:

- DCA n. 3 del 31 Marzo 2015: Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) - P.O. 2013-2015 "Programma 17 - Assistenza Farmaceutica". Revisione circolare n. 13617 del 25 maggio 2010 " Linee guida Regionali gestione Prontuario Terapeutico

Aziendale e funzionamento della Commissione Terapeutica Aziendale del Farmaco"

-DCA n. 93/2016, Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) e aggiornamento DCA 118/2015 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia" - PO 2016-2018 2.4. Area Efficientamento della Spesa - 2.4.1.1 "Commissione Terapeutica Regionale e Revisione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)"

- DCA n. 88/2017 Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" - Linee guida di appropriatezza prescrittiva per i centri prescrittori dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia primaria"

- DCA n. 146/2017, DCA n. 163/2017 Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) - Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 " Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia"- Approvazione "Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" - PO 2016-2018 2.4. Area Efficientamento della Spesa - 2.4.1.1 "Commissione Terapeutica Regionale e Revisione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)"- Parziale rettifica degli allegati 2, a, b, c.

- DCA n. 126/2018, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica dermatologica e gastroenterologia".

- DCA n. 256/2018, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica dermatologica e gastroenterologia".

- DCA n. 109/2019, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Aggiornamento DCA 118/2015 e DCA 93/2016 "Linee guida di appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica dermatologica e gastroenterologia".

- DCA n. 02/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR).

- DCA n. 64/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), sostituzione Allegato DCA n. 2 del 07.01.2020, disposizioni in ambito prescrittivo, costituzione Gruppo di Lavoro

- DCA n. 109/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), giugno 2020.

- DCA n. 147/2020, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), novembre 2020.

- DCA n. 95/2021, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), giugno 2021

- DCA n. 134/2021, Approvazione aggiornamento periodico prontuario Terapeutico Regionale (PTR), novembre 2021.

Le criticità sembrano legate alle tempistiche di inserimento del farmaco nel PTR e conseguentemente nelle gare regionali ancora eccessivamente lunghe. Il Programma Operativo

2019-2021 aveva previsto una revisione sistematica del PTR e una modifica delle relative tempistiche di aggiornamento, da semestrali a quadrimestrali, per permettere una rapida organizzazione delle Gare di Acquisto dei principi attivi di nuovo inserimento, ma ad oggi ancora molte procedure risultano rallentate. Alla luce delle esperienze nel tempo realizzate e con l'obiettivo di migliorare il sistema, si ritiene utile provvedere all'aggiornamento delle modalità operative finalizzate al percorso di approvvigionamento dei medicinali di nuovo inserimento o di una nuova indicazione terapeutica nel PTR. Per completare il processo è necessario individuare percorsi che riducano i tempi per il conseguente espletamento di procedure di gare centralizzate per tali farmaci.

Obiettivi

- Revisione sistematica del PTR quale strumento di governance clinica per l'accesso alle cure farmacologiche (ad esempio: farmaci biologici brevetto scaduto, farmaci equivalenti, ecc.). Comunicazione degli aggiornamenti all'ente aggregatore individuato a seguito del D.L. 150/2020 per l'inserimento nelle gare regionali e nell'elenco PHT.
- Costituzione di Gruppi di lavoro a supporto della commissione terapeutica regionale per la definizione di linee guida di appropriatezza prescrittiva per area terapeutica e monitoraggio dell'attività dei centri prescrittori.
- Aggiornamento D.C.A. n.3 del 31/03/2015 "Revisione circolare n. 13617 del 25 maggio 2010 " Linee guida Regionali gestione Prontuario Terapeutico Aziendale e funzionamento della Commissione Terapeutica Aziendale del Farmaco" con aggiornamento modalità operative del PTR relativo agli anni 2021-2023.

Azioni

- Aggiornamenti del PTR da effettuare con sistematicità, con cadenza almeno quadrimestrale, sulla base delle richieste formulate dalle Aziende Farmaceutiche
- Costituzione di GdL per area terapeutica a supporto della Commissione Terapeutica Regionale e rapporto semestrale sulle loro attività.
- Assegnazione di obiettivi di appropriatezza d'uso per area terapeutica e contenimento della spesa farmaceutica da parte della Commissione Terapeutica Regionale;
- Linee guida per area terapeutica individuata sulla base delle categorie terapeutiche a maggior impatto di spesa

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Revisione e aggiornamento delle modalità operative previste dal DCA 3/2015 di inserimento di un nuovo prodotto farmaceutico o di una nuova indicazione terapeutica nel PTR	Numero di aggiornamenti del PTR.	luglio 2022
2	Costituzione di GdL per area terapeutica a supporto della Commissione Terapeutica Regionale e rapporto semestrale sulle loro attività.	Decreto Dirigenziale	dicembre 2022
3	Assegnazione di obiettivi di appropriatezza d'uso per area terapeutica e contenimento della spesa farmaceutica da parte della Commissione Terapeutica Regionale.	DCA	Annuale

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
4	Linee guida per area terapeutica	DCA	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”;
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.6 Appropriato utilizzo dei dispositivi medici: definizione delle azioni di contenimento della spesa

La spesa per dispositivi medici nel 2019 presenta un aumento del 3,2% rispetto al 2018, in linea con l’incremento nazionale. In particolare, si rileva: Dispositivi Medici (+6,4%); Dispositivi medici impiantabili attivi (-7,3%); Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (+2,1%).

La spesa per dispositivi medici nel 2020 presenta una riduzione dell’1,4% rispetto al 2019, a fronte di un incremento nazionale del 5,3%. In particolare, si rileva: Dispositivi Medici (-1,3%); Dispositivi medici impiantabili attivi (-12,3%); Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (+5,7%).

Descrizione voce CE	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	IV trimestre 2020	Δ % C 2019- 2018		Δ % IV trim 2020- C 2019	
				Regione	Italia	Regione	Italia
B.1.A.3) Dispositivi medici	167.482.476	172.919.324	170.511.671	3,2%	3,3%	-1,4%	5,3%
B.1.A.3.1) Dispositivi medici	104.146.274	110.829.797	109.419.114	6,4%	4,5%	-1,3%	0,3%
B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	27.180.846	25.185.801	22.087.150	-7,3%	-0,8%	-12,3%	-15,9%
B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro	36.155.356	36.903.726	39.005.407	2,1%	1,0%	5,7%	28,7%

Dati flusso NSIS marzo 2021

Il Tetto di spesa per i dispositivi medici è fissato nella misura del 4,4% del fabbisogno sanitario regionale.

Anno	FRS	Tetto 4,4%	Totale dispositivi medici	Superamento tetto
2018	3.614	159	167,5	8,5
2019	3.652	161	173	12
2020	3.808	168	170,5	2,5

La Regione intende migliorare la *governance* dei dispositivi medici, attraverso la strutturazione di un sistema di monitoraggio, la centralizzazione degli acquisti, l'applicazione di metodiche di HTA, il rafforzamento del sistema di vigilanza.

Il monitoraggio dei consumi dovrà avvalersi di indicatori per valutare l'incidenza del costo dei DM rispetto al valore dell'attività assistenziale erogata, l'appropriatezza clinica, con particolare attenzione ai dispositivi medici ad alto impatto tecnologico. L'attività di monitoraggio presuppone la costituzione di un gruppo di lavoro a livello regionale che comprenda i referenti aziendali per i consumi e l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici al fine di consentire lo scambio sistematico di dati e di informazioni.

Il governo della spesa dovrà prevedere la definizione di cluster omogenei di prodotto per gli acquisti, il monitoraggio dei prezzi, le gare centralizzate. Le risorse derivanti dall'efficientamento degli acquisti potranno essere destinate anche al rafforzamento della vigilanza e del controllo, e quindi alla prevenzione degli incidenti.

In particolare, per quanto riguarda il rafforzamento dell'attività di vigilanza bisognerà ridurre l'entità del fenomeno dell'under reporting degli incidenti da parte degli operatori sanitari così come evidenziato dal Ministero della salute nell'ultimo Rapporto sulle attività di vigilanza sui dispositivi medici (anno 2019). Tale azione potrà essere implementata tramite l'erogazione di corsi di formazione con la finalità di sensibilizzare maggiormente gli operatori sanitari circa la rilevanza dell'attività di segnalazione di incidenti, utilizzando il modulo on line disponibile sul sito del Ministero della Salute, nel garantire la circolazione sul territorio nazionale di prodotti sicuri ed efficaci per i pazienti, gli utilizzatori e gli operatori sanitari.

Un sistema di vigilanza ben funzionante deve essere in grado di identificare rapidamente ogni nuovo problema legato a un dispositivo medico e di individuare quindi l'azione correttiva più idonea per eliminare o ridurre tale problematica. Inoltre, deve assicurare l'implementazione tempestiva delle azioni correttive e monitorare la loro puntuale attuazione. Infine, deve mettere in atto tutte le attività necessarie a prevenire la ripetizione di incidenti simili.

Analisi

Con DPGR n. 92/11 è stato costituito un gruppo di lavoro per la verifica e l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione e nella logistica dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale.

Con DPGR n. 38/12 "Definizione dell'organizzazione del Settore Farmaceutico Regionale e di linee guida vincolanti per l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale" - sono state approvate linee guida inerenti il "processo di acquisto per le farmacie" con l'obiettivo di uniformare i processi e le procedure adottate nella gestione del farmaco e dei dispositivi medici presso le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere della Regione.

Con il DPGR n. 41/14 è stato istituito il Gruppo di Lavoro sul repertorio dei Dispositivi Medici per la predisposizione del Repertorio Regionale dei Dispositivi Medici. Il Dipartimento della Salute, con il supporto del GdL dei Dispositivi Medici e la collaborazione, attraverso una convenzione senza oneri per il Servizio Sanitario Regionale con IMS Healths (Decreto Dirigenziale n. 4118 del 9 aprile 2014 e Decreto Dirigenziale n. 3868 del 29 aprile 2015) ha avviato l'analisi della qualità dei dati di consumo e spesa dei dispositivi medici in ambito ospedaliero e in distribuzione diretta attraverso il

confronto dei dati trasmessi in NSIS dalle Aziende e dei dati rilevati da IMS Healths. È stata rinnovata la convenzione con la Società IMS Healths (ad oggi IQVIA con DDG n. 6129 del 21/05/2019).

Con DCA n. 137/15 è stato approvato il Regolamento sul Conflitto d'interessi in ambito sanitario e, sulla base delle indicazioni sul settore farmaceutico dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, aggiornato il DPGR n. 38/12 "Linee guida per l'uniformità dei processi e delle procedure di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale".

DCA n.88/2017 "Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete" - Linee guida di appropriatezza prescrittiva per i centri prescrittori dei nuovi anticorpi monoclonali per la cura dell'ipercolesterolemia primaria".

Attraverso un costante monitoraggio dei flussi dei Consumi e dei Contratti dei Dispositivi Medici sul Portale NSIS ministeriale, il Settore ha attuato una serie di azioni (supporto per la correzione degli errori dei file trasmessi dalle Aziende Sanitarie al Ministero, acquisizione e trasmissione attraverso il Flusso delle Eccezioni dei dati mancanti) finalizzate a superare le inadempienze LEA.

Tali azioni attualmente sono penalizzate dalla mancanza di personale, in particolare di professionalità con competenze specifiche, quali Ingegneri clinici ed economisti e farmacisti dedicati esclusivamente ai Dispositivi Medici e all'HTA.

Centralizzazione degli acquisti

Con il DCA n. 42 del 11/03/2021 la Struttura Commissariale ha stipulato una convenzione, ex art. 3, comma 1, legge n. 181/2020, con la Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria (SUA), che per il biennio 2021/2022 provvederà all'espletamento di alcune procedure di gara programmate per farmaci e Dispositivi Medici per le Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali, dettagliate nel suddetto decreto.

Da un'indagine conoscitiva sulle Aziende del SSR, volta ad individuare le procedure più urgenti, sono emerse le richieste riportate nella seguente tabella:

CATEGORIE MERCEOLOGICHE	ASP CS	ASP KR	ASP CZ	ASP WV	ASP RC	AO CS	AO CZ	AO MD	AO RC	SUA
SERVIZIO VENTILOTERAPIA DOMICILIARE			•	•						
MATERIALE ORTOPEDICO PER TRAUMATOLOGIA		•	•		•				•	
GUANTI	•					•		•	•	•
MATERIALE SPECIALISTICO E PROTESICO PER CHIRURGIA VASCOLARE	•					•			•	
ANTISETTICI, DISINFETTANTI, PROTEOLITICI E DETERGENTI	•	•			•	•		•	•	
MEDICAZIONI GENERALI	•	•				•				
MATERIALE PER RIANIMAZIONE		•			•	•				
MATERIALE PER OCULISTICA		•	•	•		•		•		
DISPOSITIVI MEDICI PER DIABETICI	•	•								•
AUSILI E MATERIALE PROTESICI E RELATIVO RIUSO			•	•						

Obiettivi

- Definizione di un sistema di monitoraggio dei dispositivi medici e restituzione dei dati alle Aziende del SSR;
- Monitoraggio e miglioramento della qualità del flusso dei consumi dei dispositivi medici, anche al fine di garantire l'ottemperanza agli adempimenti LEA;
- Centralizzazione degli acquisti, a partire dalla ricognizione dei fabbisogni a livello regionale;

- Rafforzamento dell'attività di dispositivo-vigilanza;
- Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.

Azioni

- Revisione/aggiornamento Gruppi di Lavoro approvati con DPGR n. 61/2013 e DPGR n. 3186/2014, per il monitoraggio e il governo delle attività relative ai dispositivi medici (appropriatezza, alternative con miglior costo/efficacia, etc.).
- Prosecuzione dell'attività di monitoraggio della qualità e della completezza del flusso consumi e contratti dei dispositivi medici, ai fini dell'elaborazione e trasmissione dei flussi ministeriali.
- Avvio dell'attività di monitoraggio dei consumi con cadenza trimestrale e del monitoraggio delle attività di gestione dei dispositivi medici, previste dal DCA n.137/15 di aggiornamento del DPGR n. 38/12, presso le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere.
- Aggiornamento elenco responsabili aziendali dispositivo-vigilanza e loro formazione.
- Realizzazione di una banca dati regionale dei dispositivi medici in linea con il repertorio nazionale a partire dai flussi informativi regionali e aziendali.
- Definizione del fabbisogno complessivo per categorie di dispositivi medici.
- Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Revisione/aggiornamento Gruppi di Lavoro costituiti dai referenti regionali e aziendali	Decreto dirigenziale	Dicembre 2022
2	Prosecuzione dell'attività di monitoraggio della qualità della qualità e completezza del flusso consumi e contratti dei dispositivi medici, ai fini dell'elaborazione e trasmissione dei flussi ministeriali;	-copertura del 75% della spesa rilevata dal Flusso Consumi rispetto ai costi rilevati da Modello di conto economico -incremento percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti	Trimestrale
3	Avvio dell'attività di monitoraggio dei consumi con cadenza trimestrale e del monitoraggio delle attività di gestione dei dispositivi medici, previste dal DCA n.137/15 di aggiornamento del DPGR n. 38/12, presso le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere	Report	Trimestrale
4	Aggiornamento elenco responsabili aziendali dispositivo-vigilanza e loro formazione	Decreto	Ottobre 2022
5	Realizzazione di una banca dati regionale dei	DCA	Gennaio 2024

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
	dispositivi medici		
6	Definizione del fabbisogno per categorie di dispositivi medici	Nota Aziendale	Annuale
7	Adesione e implementazione dei registri dispositivi medici del Ministero della Salute per impianti protesi e dispositivi medici impiantabili	n. dispositivi registrati/n dispositivi impiantati	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.7 Health Technology Assessment ed innovazione

In tema di Health Technology Assessment (HTA), si assume tra i riferimenti regionali il Programma nazionale HTA per i dispositivi medici di cui all’Intesa Stato-Regioni del 21 settembre 2017 e l’adozione degli atti di indirizzo adottati dalla Cabina di Regia nazionale. Il trasferimento delle conoscenze scientifiche aggiornate e basate su solide prove di efficacia è un elemento di comprovato valore per la crescita delle competenze cliniche e manageriali del personale sanitario e per il miglioramento del governo dell’appropriatezza, attraverso la promozione di *Best Practices*.

Per tale motivo, appare fondamentale implementare la conoscenza dell’HTA attraverso un programma formativo che coinvolga Agenas, i Dipartimenti universitari di Scienza della Salute e di Giurisprudenza Economia e Sociologia dell’UMG e l’Università Cattolica del Sacro Cuore dove sono presenti specifiche competenze. Si intende così favorire, nell’ambito delle iniziative regionali di *governance* dei dispositivi medici e delle tecnologie innovative, la predisposizione e l’adozione di documenti di indirizzo in tema di valutazione delle innovazioni tecnologiche in sanità.

Si prevede quindi, di dotarsi di un Piano di Governo Regionale per l’HTA che definisca - per la valutazione dei dispositivi medici - adeguati equilibri fra richieste di acquisizione e risorse a disposizione, attraverso:

- la definizione di un modello organizzativo di *governance*, idoneo al coordinamento ed al raccordo della produzione;
- la messa in rete delle competenze disponibili all'interno del Sistema Sanitario Regionale, evitando duplicazioni e frammentazioni;
- la raccolta sistematica delle richieste di acquisizione di nuove tecnologie;
- la gestione della valutazione e il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni.

In tale prospettiva, sarà altresì favorito il raccordo con gli enti di coordinamento presenti nelle altre regioni, in modo tale da attivare efficienti sinergie nella produzione, promuovendo strumenti di condivisione della documentazione e buone pratiche per la loro implementazione.

Obiettivi

- Diffondere formazione e informazione tra i professionisti sull'HTA;
- Promuovere la costruzione di un Network con i Referenti aziendali per la condivisione di obiettivi e individuazioni di sinergie comuni;
- Promuovere un re-inquadramento strategico delle azioni già in essere, in coerenza con l'implementazione degli atti indirizzo adottati dalla Cabina di Regia Nazionale HTA;
- Sostenere un processo di comunicazione strategica per promuovere la condivisione delle strategie nazionali a livello regionale sulle innovazioni sia cliniche che organizzative in ambito sanitario;
- Promuovere azioni utili ad inquadrare strategicamente gli investimenti, anche a lungo termine, in infrastrutture, capitale umano, trasferimento di conoscenza, tecnologie innovative e nuovi modelli per la prestazione di servizi di assistenza;
- Sviluppare un sistema informativo, idoneo a supportare le azioni di coordinamento regionale sulle politiche di HTA;
- Predisposizione di documento HTA e diffusione e applicazione del documento presso gli enti del SSR.

Azioni

- Definizione ed attuazione di un programma di Formazione nell'ambito dell'HTA con il supporto di AGENAS anche su specifiche tematiche individuate dalla Regione.
- Definizione di un Programma Regionale per l'HTA che definisca priorità, iter di richiesta e modulistica standard, livelli di approvazione aziendale o regionale.
- Definizione del Network delle Unità Valutative Aziendali con i professionisti impegnati nella definizione dei processi di innovazione tecnologica ed organizzativa e nell'implementazione dei documenti di HTA nell'ambito delle Aziende.
- Definizione dei collegamenti con il network professionale e specialistico presente in Agenas e nelle altre Regioni.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Definizione di un Programma Regionale per l'HTA	DCA	Giugno 2023
2	Definizione ed attuazione di un programma di Formazione nell'ambito dell'HTA	n. corsi avviati	Marzo 2024
3	Definizione del Network dei professionisti impegnati	Report di avanzamento	Dicembre 2023

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
	nella definizione dei processi di innovazione tecnologica ed organizzativa e nell'implementazione dei documenti di HTA nell'ambito delle Aziende		
4	Definizione dei collegamenti con il network professionale e specialistico presente in Agenas e nelle altre Regioni	Report di avanzamento	Dicembre 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”.
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

8.8 Sperimentazione attività della farmacia dei servizi

Il Decreto Legislativo 153/2009 definisce i “Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale” e prevede, tra l’altro, che la farmacia partecipi al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attraverso la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici, la preparazione e la dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta, la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio ed a favorire l’aderenza dei malati alle terapie mediche, nonché la partecipazione delle farmacie ai programmi di educazione sanitaria e alle campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale rivolti sia alla popolazione generale sia a gruppi a particolare rischio. Si delinea così un nuovo contesto regolamentare per lo sviluppo di un nuovo modello di farmacia e un nuovo profilo per la professione del farmacista.

La farmacia dei servizi innova la stessa concezione di farmacia: fortemente integrata nel sistema sanitario che eroga servizi propri e funge da porta di accesso per tutti; in grado di contribuire all’innovazione del sistema sanitario ed affrontare i grandi temi della qualità e dell’accessibilità dei servizi, della sostenibilità e dell’efficienza economica e dell’ammortamento tecnologico.

La Legge di bilancio 2020, al comma 461, proroga la sperimentazione della farmacia dei servizi per il biennio 2021-2022, prevista inizialmente per nove regioni e la estende alle restanti regioni a statuto ordinario compresa la Calabria, non precedentemente individuate dalla Legge n.205 del 27 dicembre 2017. La Legge n. 160 di dicembre 2019 autorizza, inoltre, la spesa di € 25.300.000 per ciascuno degli anni 2021 e 2022.

Con il DCA n. 53 del 2020 ha sancito il recepimento delle linee di indirizzo nazionale per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità.

La Legge di bilancio 2021, al comma 471 e come riformato dall'articolo 20, comma 2, lettera h) del decreto legge 22 marzo 2021, n. 41 (DL "Sostegni") che prevede che "In attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, lettere b) e c), della legge 18 giugno 2009, n. 69, e dall'articolo 3, comma 3, lettera b), del decreto del Ministro della salute 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011, tenuto conto delle recenti iniziative attuate nei Paesi appartenenti all'Unione europea finalizzate alla valorizzazione del ruolo dei farmacisti nelle azioni di contrasto e di prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, ha consentito, in via sperimentale, per l'anno 2021, la somministrazione di vaccini contro il SARS-CoV-2 nelle farmacie aperte al pubblico da parte di farmacisti opportunamente formati con le modalità di cui al comma 465, anche con specifico riferimento alla disciplina del consenso informato che gli stessi provvedono ad acquisire direttamente, subordinatamente alla stipulazione di specifici accordi stipulati con le organizzazioni sindacali rappresentative delle farmacie, sentito il competente ordine professionale.

In attuazione di ciò il Dipartimento Tutela della Salute ha siglato un protocollo d'intesa con le Associazioni di categoria per la campagna vaccinale anti Covid-19 nell'ambito sperimentale della "farmacia dei servizi", recepito con DCA n. 62/2021.

Ma anche prima che sopraggiungesse l'attuale periodo di emergenza sanitaria, la sperimentazione sulla farmacia dei servizi era stata avviata, consolidando una visione della farmacia sempre più orientata ai servizi, così da farla diventare un vero e proprio presidio del Sistema Sanitario Nazionale, accorciando il percorso del paziente e alleggerendo il carico delle altre strutture.

In una visione moderna di inserimento della farmacia per la presa in carico dei pazienti cronici, la farmacia va riorientata a fornire servizi al paziente, con specifico riferimento al miglioramento delle cure primarie e alla gestione del paziente cronico, prevedendo la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali che siano di supporto al miglioramento della capacità del cittadino.

Con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 30 marzo 2022 è stata sancita l'Intesa (Rep. Atti n. 41/CSR del 30 marzo 2022), ai sensi dell'articolo 115, comma 1 lett. a), del decreto legislativo del 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta di deliberazione CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2021-2022, destinato alla proroga ed alla estensione della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, nella versione diramata il 22 marzo 2022

Nell'ambito della sperimentazione della farmacia dei servizi, un ruolo importante è svolto dal servizio di telemedicina, che consente l'effettuazione di prestazioni come ECG, holter cardiaci e pressori, telespirometria, che possono essere refertati a distanza grazie al collegamento con centri specialistici.

Con DCA n. 52 del 13 maggio 2022 è stata istituita la Commissione Regionale per la Farmacia dei Servizi allo scopo di attuare le disposizioni nazionali e quanto previsto dalla Linee di Indirizzo

Ministeriali.

Tra i servizi individuati dal Gruppo di Lavoro Ministeriale, si è deciso di avviare nella Regione Calabria l'attività di sperimentazione riguardanti i servizi di Telemedicina, in quanto la realizzazione di queste attività presso le Farmacie convenzionate aderenti rappresenta uno strumento importante per la riduzione delle liste d'attesa attualmente presenti nella Regione Calabria per questi servizi, la cui erogazione si è ridotta in particolare nel periodo dell'emergenza Covid-19.

Per tali servizi è prevista la redazione di un protocollo con le procedure operative necessarie allo svolgimento di tutte le attività in carico alle Farmacie di Comunità della Regione, in conformità alle linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità, approvate dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le P.A. di Trento e Bolzano, in data 17 ottobre 2019.

Nell'ambito della sperimentazione della Farmacia dei Servizi e in ottemperanza all'Accordo Quadro del 29 marzo 2021 sottoscritto tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Federfarma e Assofarm, la Regione Calabria ha già attivato nell'anno 2021, la somministrazione in farmacia, da parte dei farmacisti, dei vaccini anti SARS-CoV-2.

Nel crono programma per la sperimentazione della Farmacia dei Servizi, redatto dal Settore e approvato dalla Commissione Regionale, è stata determinata la programmazione delle diverse fasi operative previste, nonché l'attuazione strategica dei range di intervento necessari al conseguimento di obiettivi e finalità collegate alla sperimentazione dei Nuovi Servizi delle Farmacie di Comunità, adattandoli al contesto regionale calabrese.

Il cronoprogramma potrà subire modifiche e aggiornamenti in base ad eventuali esigenze o criticità che potrebbero emergere nel periodo di sperimentazione.

Obiettivi

- Elaborazione di un progetto condiviso con le associazioni di categoria delle farmacie di comunità per il monitoraggio dei servizi individuati dalla regione nell'ambito della sperimentazione della Farmacia dei Servizi.
- Valutazione dei dati e analisi dell'impatto al termine della sperimentazione.
- Attuazione delle linee di indirizzo nazionale per la sperimentazione della farmacia dei servizi.

Azioni

- Recepimento dell'approvazione della proposta di crono programma da parte del Comitato Paritetico e dal Tavolo Tecnico Ministeriale (in attesa dell'approvazione da parte del Ministero)
- Protocollo d'intesa tra Regione Calabria e Associazioni di categoria
- Avvio della sperimentazione.
- Report sui risultati della sperimentazione.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Recepimento della proposta di crono programma regionale a seguito dell'approvazione da parte del Comitato Paritetico e dal Tavolo Tecnico Ministeriale	DCA	Dicembre 2022
2	Protocollo d'intesa tra Regione Calabria e	DCA	Dicembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
	Associazioni di categoria per l'avvio della sperimentazione (a seguito dell'approvazione del crono programma da parte del Comitato Paritetico e dal Tavolo Tecnico Ministeriale)		
3	Avvio della sperimentazione	N farmacie aderenti alla sperimentazione	Gennaio 2023
4	Monitoraggio sui risultati della sperimentazione – report del settore competente	N prestazioni erogate	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’uso Consapevole del Farmaco”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

- Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale”.
- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze Urgenze”;
- Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.
- Settore n. 8 “Bilancio SSR – Monitoraggio dell’andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio”.
- Settore n. 11 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari”.

Responsabili aziendali

- Direttori Generali, Commissari straordinari, Direttori Sanitari delle ASP.
- Commissione Regionale del Farmaco e Commissioni aziendali del Farmaco.
- Direttori di Distretto, Responsabili Centri Prescrittori, Specialisti autorizzati alla prescrizione.
- Direttori UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.
- Referenti Locali di Farmacovigilanza.

9. GESTIONE DEGLI ACQUISTI

9.1 Pianificazione pluriennale degli acquisti ed analisi e governo dei fabbisogni

Stato di attuazione

Il D.L. 150/2020, convertito dalla L. 181/2020, all’art. 3, comma 1, prevede che “il Commissario ad acta di cui all’articolo 1, provvede in via esclusiva all’espletamento delle procedure di approvvigionamento avvalendosi degli strumenti di acquisto e di negoziazione aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione dalla società CONSIP S.p.a. nell’ambito del programma di razionalizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione ovvero, previa convenzione, dalla centrale di committenza della regione Calabria o di centrali di committenza delle regioni limitrofe, per l’affidamento di appalti di lavoro, servizi e forniture, strumentali all’esercizio delle proprie funzioni, di importo pari o superiore alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all’articolo 35 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. (...) Il Commissario ad acta può delegare ai Commissari straordinari degli enti del servizio sanitario regionale le procedure di cui al presente comma, da svolgersi nel rispetto delle medesime disposizioni”.

All’interno della cornice normativa il Commissario ad acta ha stipulato apposita Convenzione con la Stazione Unica Appaltante (SUA) della Regione Calabria, approvata con DCA n. 42

dell'11/03/2021, con la quale viene regolamentato e disciplinato l'ambito di operatività, nonché le funzioni, attività e servizi resi dalla SUA in qualità di centrale di committenza in favore degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, la Convenzione prevede la collaborazione tra la SUA e il Dipartimento Tutela della Salute in continuità con le disposizioni adottate con il decreto dirigenziale del 28/01/2016 n. 460, che prevedeva l'istituzione di appositi Gruppi Tecnici costituiti da referenti Aziendali, esperti nelle diverse materie oggetto di appalto, e da personale del Dipartimento e della SUA con funzione di supporto tecnico amministrativo, deputati alla predisposizione dei documenti propedeutici di gara (capitolato tecnico) .

Con DCA n. 85 del 27/05/2021, si è proceduto a modificare e integrare la predetta Convenzione al fine di perfezionare le procedure in essa contenute, aggiungendo all' art. 5 la lettera d), che prevede che la Struttura Commissariale "prenda atto, con il supporto del Dipartimento Tutela della Salute, del capitolato tecnico di gara, trasmettendolo consequenzialmente alla SUA".

Con Parere n. 50 del 30/03/2022 i Ministeri affiancati hanno espresso parere favorevole ai suddetti decreti.

Per il biennio 2022/2023 è stato concordato, in via prioritaria, l'espletamento da parte della SUA delle seguenti gare:

- Fornitura in service di un Sistema Integrato Regionale RIS/PACS per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Forniture di servizi e materiale di consumo per trattamenti emodialitici e dialisi peritoneale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura in service di sistemi analitici per i test coagulazione, citofluorimetria, emocromi, ecc. per i laboratori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di Microbiologia, Virologia e Analisi chimico-cliniche per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di analisi per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura di protesi d'anca per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura di suture e suturatrici per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Servizio di brokeraggio assicurativo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Servizio di copertura assicurativa RCT/O per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Servizio di elisoccorso per la Regione Calabria.
- Fornitura di vaccini, farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche ed infusionali e mezzi di contrasto per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.
- Fornitura di dispositivi medici per diabetici per le Aziende Sanitarie della Calabria.
- Servizio di ossigeno terapia a lungo termine per le Aziende Sanitarie della Calabria.

Successivamente, considerato che da parte di alcune Aziende Sanitarie è pervenuta la richiesta di procedere all'espletamento della gara riguardante le polizze assicurative rami diversi, con il DCA n. 107 del 29/09/2021 si è proceduto ad integrare l'elenco delle procedure di gara inserendo i "Servizi di assicurazione riguardanti le polizze All Risk, incendio, furto, Kasko, libro matricola, infortuni".

Con nota prot. 11383 del 12/01/2022, il Dirigente Generale Reggente della Stazione Unica

Appaltante ha comunicato un ulteriore elenco di procedure di gara da espletarsi per il biennio 2022/2023, partecipato e condiviso con la Direzione Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. In tale ottica, con DCA n. 50 del 5/5/2022 è stata integrata ulteriormente la Convenzione con un ulteriore elenco di procedure come di seguito riportato:

- 1) Servizio di ristorazione;
- 2) Radiofarmaci;
- 3) Medicazioni Generali;
- 4) Defibrillatori;
- 5) Pace maker;
- 6) Disinfettanti – antisettici – proteolitici e detergenti;
- 7) Sistemi analitici, gruppi sanguigni, sacche;
- 8) Vigilanza armata;
- 9) Medicazioni avanzate;
- 10) Guanti chirurgici e non, materiale monouso,
- 11) Trasporto sangue ed emocomponenti per la rete trasfusionale regionale.

Nell'anno 2022 la fase di attuazione delle procedure di gara è la seguente:

- 1) Fornitura in service di un Sistema Integrato Regionale RIS/PACS per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico;

- 2) Forniture di servizi e materiale di consumo per trattamenti emodialitici e dialisi peritoneale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 99 del 29/7/2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Con decreto dirigenziale SUA n. 1960 del 28/02/2022 è stata nominata la Commissione giudicatrice - Status dei lavori: bandita e in corso di valutazione le offerte presentate.

- 3) Fornitura in service di sistemi analitici per i test coagulazione, citofluorimetria, emocromi, ecc. per i laboratori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Tempistica da definire. Subordinata al superamento delle problematiche relative all'organizzazione della rete dei laboratori.

- 4) Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di Microbiologia, Virologia per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico. Tempistica da definire. Subordinata al superamento delle problematiche relative all'organizzazione della rete dei laboratori.

- 5) Fornitura in service di sistemi analitici per i laboratori di analisi chimico-cliniche per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico. Tempistica da definire. Subordinata al superamento delle problematiche relative all'organizzazione della rete dei laboratori.

- 6) Fornitura di protesi d'anca per le Aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 98 del 27/7/2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Con decreto dirigenziale SUA n.

12586 del 07/12/2021 è stata nominata la Commissione giudicatrice. Bandita e in corso di valutazione le offerte presentate.

7) Fornitura di suture e suturatrici per le aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Calabria.

Iter procedurale: nomina di un nuovo RUP e aggiornamento Capitolato tecnico;

8) Servizio di brokeraggio assicurativo per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 88 del 16.06.2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Da aggiudicare entro settembre 2022 da parte della SUA.

9) Servizio di copertura assicurativa RCT/O per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

DCA n. 130 del 28.10.2021 di presa atto del Capitolato Tecnico. Gara aggiudicata.

10) Servizio di elisoccorso per la Regione Calabria.

In corso la redazione del Capitolato tecnico.

11) Farmaci (diverse procedure)

a. DCA n. 18/2022 di presa atto del capitolato tecnico di gara per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alle Aziende del SSR nell'ambito del Sistema Dinamico di Acquisizione della Pubblica Amministrazione. Individuato nuovo RUP che dovrà aggiornare tutti gli atti di gara già approvati con il predetto DCA.

Da pubblicare nell'ultimo trimestre 2022.

b. Fornitura di farmaci, emoderivati, soluzioni galeniche ed infusionali e mezzi di contrasto per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria.

Da pubblicare entro l'ultimo trimestre 2022.

c. Farmaci A-PHT: Individuato nuovo RUP, in fase di redazione il capitolato;

d. Altri prodotti farmaceutici: Individuato nuovo RUP, in fase di redazione il capitolato;

e. Radiofarmaci: Individuato nuovo RUP, in fase di redazione il capitolato. Da pubblicare entro il primo trimestre 2023.

12) Fornitura di vaccini antiinfluenzali

DCA n. 87 del 28.10.2021 di presa atto del Capitolato Tecnico di gara. Gara aggiudicata con decreto dirigenziale SUA n. 8371 del 20/07/2022.

13) Servizio di ossigenoterapia a lungo termine per le Aziende Sanitarie della Calabria.

DCA n. 93 del 06/07/2021 di presa atto del Capitolato Tecnico di gara. Da pubblicare entro il primo trimestre 2023.

DCA n. 17/2022 di presa atto del capitolato tecnico di gara per l'affidamento del servizio di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Insufficienza Respiratoria Cronica. Rettifica capitolato tecnico di cui al DCA n. 93/2021.

Individuato nuovo RUP che dovrà aggiornare tutti gli atti di gara già approvati con il predetto DCA.

13) Fornitura di dispositivi medici per diabetici per le Aziende Sanitarie della Calabria.

Individuato RUP, in fase di redazione il capitolato. Da pubblicare entro il primo trimestre 2023 da parte della SUA.

14) Servizi di assicurazione riguardanti le polizze All Risk, incendio, furto, Kasko, libro matricola, infortuni. Costituzione Tavolo Tecnico.

Il contributo di risparmio derivante dall'applicazione della *centralizzazione degli acquisti (economie di scala)* e del *monitoraggio dei volumi di acquisto e dei relativi costi delle voci di beni e servizi* è tra i principali punti di attenzione individuati dalla Regione Calabria non completamente perseguito

in passato e che pertanto, viene ribadito per la programmazione 2022/2025.

Obiettivi

Il Dipartimento regionale Tutela della Salute, in collaborazione con la SUA e la Struttura Commissariale, continua a fungere da perno gestionale della rete degli acquisti svolgendo in particolare un'azione di raccordo tra le esigenze espresse dalle Aziende del SSR, e la programmazione regionale.

Nel nuovo modello organizzativo che si sta delineando la gestione delle attività degli acquisti centralizzati rientrerà nella competenza di "Azienda Zero" che avrà funzione di governance nella gestione della rete degli acquisti e sarà sopposta, nell'esercizio delle sue funzioni, agli indirizzi e al controllo della Giunta regionale o del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario della Regione Calabria.

Azienda Zero diventerà responsabile nella gestione di detta rete svolgendo in particolare un'azione di raccordo tra le esigenze espresse dalle Aziende del SSR, e la programmazione regionale.

Obiettivo generale sarà organizzare e far partire l'attività di Azienda Zero al fine di costituire la rete regionale degli acquisti in sanità.

Nella fase transitoria la SUA e il Dipartimento Tutela della Salute continueranno a svolgere la propria attività attraverso, anche, il rafforzamento dei Gruppi Tecnici Interaziendali di Acquisto (GTIA).

A seguito di alcuni incontri con i provveditori delle UOC ABS delle singole Aziende del Servizio sanitario regionale è stata avviata l'attività di individuazione e raccolta di ulteriori categorie merceologiche per l'espletamento di gare sopra soglia mediante aziende capofila che supportino la SUA.

Verranno individuati i RUP delle procedure attingendo anche a personale specializzato in servizio presso gli uffici "Acquisizione Beni e Servizi" delle Aziende.

La nuova programmazione per il biennio 2022/2023, riferita sia alle categorie merceologiche di cui al DPCM 11/7/2018, sia alle procedure di gara effettuate negli anni precedenti i cui contratti risultano in scadenza è la seguente:

- **Servizio di ristorazione**

In attesa della nomina del RUP. In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura;

- **Medicazioni Generali**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura.

- **Defibrillatori**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura.

- **Pace Maker**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura.

- **Disinfettanti, antisettici, proteolitici e detergenti**

Procedura da avviare previa individuazione del RUP;

- **Medicazioni avanzate**

Procedura da avviare previa individuazione del RUP;

- **Guanti chirurgici e non, materiale monouso**

In sede di incontro presso la Stazione Unica Appaltante i Rappresentanti della SUA hanno manifestato la volontà di affidare ad altro soggetto aggregatore, ancora da individuare, l'espletamento della procedura;

- **Trasporto sangue ed emocomponenti per la rete trasfusionale regionale**

In fase di redazione il capitolato.

- **Aghi e Siringhe**

Procedura affidata ad altro soggetto aggregatore (Regione Lazio).

- **Stent**

Procedura affidata ad altro soggetto aggregatore (Regione Lazio).

Si provvederà all'adozione del decreto commissariale di aggiornamento del Piano degli acquisti adottato con la Convenzione di cui al DCA 42/2021 e ss.mm.ii.

Azioni

- Adozione dei DCA di presa d'atto dei capitolati definiti dai Tavoli tecnici;
- Predisposizione da parte delle Aziende del programma biennale di acquisti di beni e di servizi per gli anni 2022-2023, coerentemente all'art. 21 del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
- aggiornamento della programmazione biennale degli acquisti centralizzati in sanità a integrazione della programmazione del Soggetto Aggregatore Regionale (SUA), di cui alle categorie merceologiche previste dal DPCM 11 luglio 2018 nonché alle ulteriori categorie riferite al comparto sanità;

Nella fase transitoria, in attesa dell'attivazione di Azienda Zero, il Dipartimento regionale Tutela della Salute, in collaborazione con Azienda Zero, svolgerà le seguenti attività:

- incontri con i Provveditori aziendali per l'individuazione di ulteriori procedure di acquisto riferite a contratti in scadenza (non contemplati nella programmazione biennale) e indicazione di un RUP aziendale che riceverà formale incarico per l'espletamento delle procedure presso la SUA;
- attivazione dei gruppi tecnici costituiti da referenti aziendali, esperti nelle diverse materie oggetto di gara, e da personale del Dipartimento e della SUA;
- monitoraggio dell'iter procedimentale delle gare svolte dalla SUA;
- monitoraggio dello stato di esecuzione dei contratti da parte delle aziende sanitarie regionali con il supporto delle informazioni contrattuali quali-quantitative possedute dall'Osservatorio Contratti pubblici presso la SUA;
- Monitoraggio presso tutte le Aziende del SSR degli acquisti mediante l'utilizzo degli strumenti di negoziazione predisposti da Consip o altri Soggetti Aggregatori Regionali.
- Verifica della corretta applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. e) del D.L. n. 95/2012, in merito alla redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management delle Aziende del SSR, in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni

richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	presa d'atto del capitolato di gara: RIS/PACS	DCA	Aprile 2023
2	presa d'atto del capitolato di gara: servizi e materiale di consumo per trattamenti emodialitici e dialisi peritoneale per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Calabria	DCA	In corso di valutazione le offerte presentate.
3	presa d'atto del capitolato di gara service di sistemi analitici per i test coagulazione, citofluorimetria, emocromi, ecc. per i laboratori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere	DCA	In corso di valutazione le offerte presentate
4	presa d'atto del capitolato di gara: service di sistemi analitici per i laboratori di Microbiologia e Virologia	DCA	In corso di valutazione le offerte presentate
5	presa d'atto del capitolato di gara service di sistemi analitici per i laboratori di analisi chimico-cliniche	DCA	In corso di valutazione le offerte presentate
6	presa d'atto del capitolato di gara Suture e suturatrici	DCA	Dicembre 2022
7	presa d'atto del capitolato di gara Servizio di elisoccorso	DCA	Dicembre 2023
8	presa d'atto del capitolato di gara Farmaci (varie procedure)	DCA	Dicembre 2022
9	presa d'atto del capitolato di gara Radiofarmaci	DCA	Dicembre 2022
10	presa d'atto del capitolato di gara Ossigenoterapia	DCA	Dicembre 2022
11	presa d'atto del capitolato di gara dispositivi medici per diabetici	DCA	Dicembre 2022
12	presa d'atto del capitolato di gara Servizi di assicurazione rami diversi	DCA	Dicembre 2022
13	presa d'atto del capitolato di gara Servizio di ristorazione	DCA/Decreto Dirigenziale	Dicembre 2023

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
14	presa d'atto del capitolato di gara Medicazioni Generali	DCA/Decreto Dirigenziale	Dicembre 2023
15	presa d'atto del capitolato di gara Defibrillatori	DCA/Decreto Dirigenziale	Dicembre 2023
16	presa d'atto del capitolato di gara Pace Maker	DCA/Decreto Dirigenziale	Dicembre 2023
17	presa d'atto del capitolato di gara Disinfettanti, antisettici, proteolitici e detergenti	DCA/Decreto Dirigenziale	Giugno 2023
18	presa d'atto del capitolato di gara Guanti chirurgici e non, materiale monouso	DCA/Decreto Dirigenziale	Giugno 2023
19	presa d'atto del capitolato di gara Trasporto sangue ed emocomponenti per la rete trasfusionale regionale	DCA	Dicembre 2022
20	presa d'atto del capitolato di gara Aghi e siringhe	DCA/Decreto Dirigenziale	Dicembre 2022
21	presa d'atto del capitolato di gara: Stent	DCA/Decreto Dirigenziale	Dicembre 2022
22	Incontri con i Provveditori aziendali per l'individuazione di ulteriori procedure di acquisto	Report di analisi	Semestrale
23	Aggiornamento della programmazione biennale degli acquisti centralizzati in sanità a integrazione della programmazione del Soggetto Aggregatore Regionale	DCA	Dicembre 2022
24	Individuazione RUP e attivazione dei gruppi tecnici costituiti da referenti aziendali, esperti nelle diverse materie oggetto di gara da personale del Dipartimento e della SUA	Report di analisi	Secondo necessità
25	monitoraggio delle gare svolte dalla SUA	Report di analisi	Semestrale
26	monitoraggio dello stato di attivazione/esecuzione dei contratti derivanti dall'aggiudicazione delle gare centralizzate	Report di analisi	Annuale
27	Monitoraggio degli acquisti mediante l'utilizzo degli strumenti di negoziazione predisposti da Consip o altri Soggetti Aggregatori Regionali	Report di analisi	Annuale
28	Verifica della corretta applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. e) del D.L. n. 95/2012, in merito alla redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management delle Aziende del SSR	Report di analisi	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Azienda Zero/Dipartimento (Settore n. 7)/SUA

Strutture a Supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU;

Responsabili uffici acquisti beni e servizi aziendali;

Responsabili delle strutture aziendali ordinatrici di spesa, preposte anche alla definizione e certificazione dei fabbisogni di acquisti di beni e servizi.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il cronoprogramma riportato costituisce obiettivo dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

9.2 Audit

Al fine di conseguire la massima efficacia delle azioni previste e garantire un controllo effettivo nella fase di esecuzione del contratto, l'Azienda Zero/Dipartimento Settore 7, predisporrà delle linee guida da inserire nel PAC (Ciclo passivo) e appositi report da compilare a cura dei Responsabili Unico del procedimento (RUP) e dai Direttori dell'esecuzione del contratto (DEC) aziendali, per la fase di verifica dell'avanzamento dei contratti attivati.

Pertanto, Azienda Zero/Dipartimento, avrà funzione di governance anche nella fase dell'esecuzione dei contratti e curerà l'organizzazione di specifici incontri e corsi di formazione e/o aggiornamento per le Aziende del SSR

10. RETE OSPEDALIERA

10.1 Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro

La legge regionale n. 33 del 16 dicembre 2021, "*Razionalizzazione e miglioramento dell'offerta assistenziale del territorio Regionale*" stabilisce che, al fine di migliorare l'offerta assistenziale sul territorio regionale, è necessario assicurare la razionalizzazione della spesa assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse, in conformità alle previsioni del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale. Ciò in ottemperanza della sentenza della Corte Costituzionale n. 50 del 9 febbraio 2021 che impone - tenuto conto dall'intervenuta intesa tra il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nella Regione Calabria e l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro riguardante l'integrazione tra le due aziende ospedaliere catanzaresi – il suo perfezionamento mediante una fusione per incorporazione, di cui agli artt. 2501 e ss., del Codice civile.

Il ricorso alla procedura di fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini, comporterà significative variazioni dello stato giuridico-economico: l'assunzione della denominazione di Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco"; il complessivo organico del personale determinato dalla somma di quello in servizio presso le stesse; una situazione patrimoniale costituita dalla aggregazione dei rispettivi saldi.

A tal fine, attesa la necessità di pervenire ad un provvedimento governativo che garantisca la conservazione ex tunc dei valori giuridici conseguiti dall'incorporante a tutt'oggi, si rende necessario ricorrere all'istituto della conversione, da perfezionarsi con un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, del provvedimento di costituzione dell'AOU "Mater Domini", da ritenersi

nullo, emesso dal Presidente della Giunta regionale n. 170 dell'8 febbraio 1995, che intercettava erroneamente il suo presupposto giuridico su una norma (art. 4, comma 4, del d.lgs. n. 502/92), già dichiarata incostituzionale dalla Consulta con la sentenza n. 355 del 28 luglio 1993.

Viene rimesso allo strumento Protocollo d'intesa, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, del d.lgs. 517/1999, il compito di stabilire i criteri generali per l'adozione degli atti normativi interni, compreso l'atto aziendale, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco", con in esso protocollo dettagliati – oltre alle attività di didattica e di ricerca – quelle a vocazione assistenziale e di alta specializzazione, ivi compresa l'istituzione del pronto soccorso.

Obiettivi

- Fusione/integrazione tra le due Aziende, da perfezionarsi - a conclusione dell'intrapreso anzidetto procedimento di conversione da ufficializzare con un apposito DCA - con l'emissione di un DPCM, a mente dell'art. 8 del vigente d.lgs. 517/1999, su proposta del Ministro della salute di concerto con quello dell'università e della ricerca;
- Sottoscrizione del suddetto protocollo d'Intesa tra il Commissario ad acta e il Rettore dell'Università Magna Graecia di Catanzaro;

Azioni

1. Istanza del Commissario ad acta intesa a perfezionare la necessaria conversione dell'atto presidenziale regionale nullo pervenendo ad un DPCM che abbia efficacia costitutiva ex tunc della costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini", incorporante;
2. Istanza del Commissario ad acta al MIUR, perché lo stesso autorizzi, sentito quello della Salute e la Conferenza Stato-Regioni, ad intraprendere la ripetuta procedura di fusione per incorporazione, pretesa dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 50/2021;
3. Costituzione della commissione tecnica paritetica per la definizione del protocollo d'intesa (L.R. n.33/2021, art. 2 comma 3);
4. Adozione del Presidente del Consiglio dei Ministri del DPCM che formalizzi l'intervenuta costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco";
5. Approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con relativo cronoprogramma;
6. Adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco".

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione della commissione tecnica paritetica per la definizione del protocollo d'intesa (L.R. n.33/2021, art. 2 comma 3)	DCA	Marzo 2022
2	Istanza del Commissario ad acta intesa a perfezionare la necessaria conversione dell'atto presidenziale regionale nullo pervenendo ad un DPCM che abbia efficacia costitutiva ex tunc della costituzione dell'azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini", incorporante.		Aprile 2022
3	Istanza del Commissario ad acta al MIUR, perché lo stesso autorizzi, sentito quello della Salute e la Conferenza Stato-Regioni, ad intraprendere la ripetuta procedura di fusione per incorporazione, pretesa dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 50/2021;		Maggio/giugno 2022
4	Adozione del Presidente del Consiglio dei Ministri del DPCM che formalizzi l'intervenuta costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco"	DCA	Settembre 2022
5	Approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con relativo cronoprogramma		Dicembre 2022
6	Adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco".	DCA	Marzo 2023

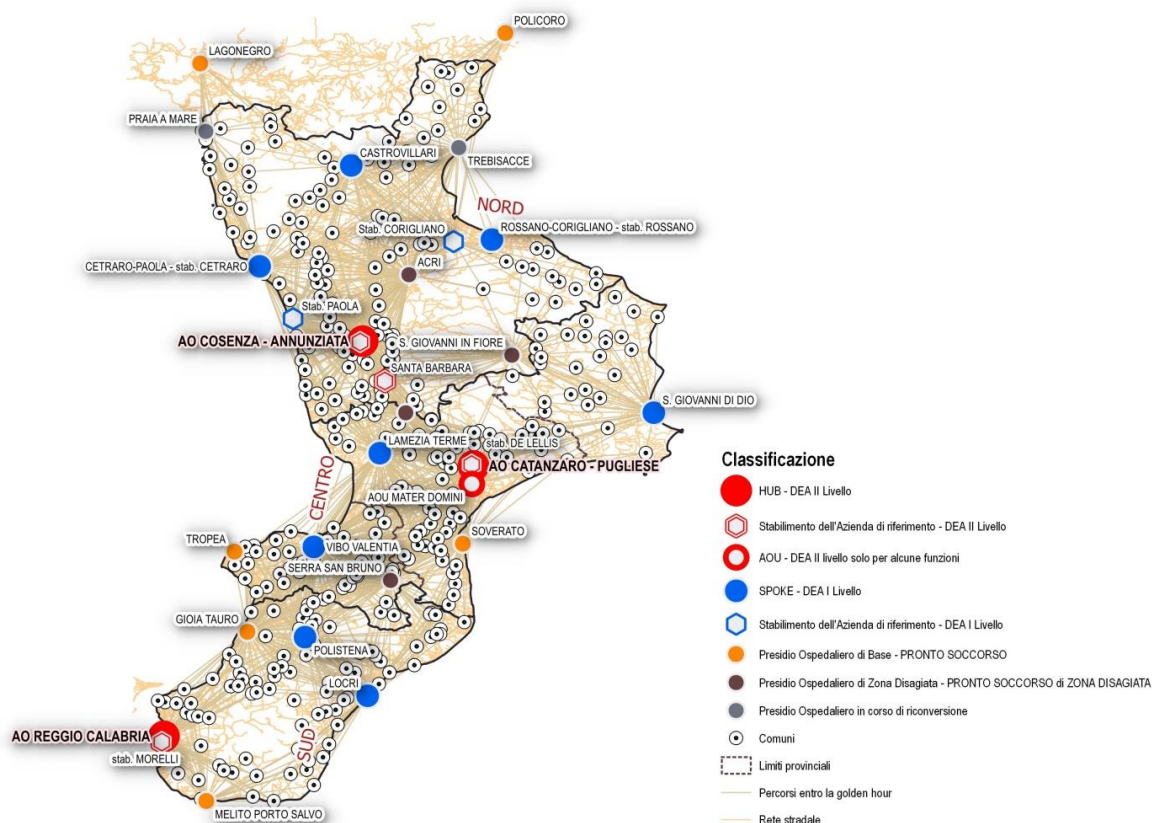
10.2 Rete ospedaliera - stato di attuazione e programmazione

La programmazione della rete ospedaliera attualmente in vigore è definita con il DCA 64/2016 che identifica anche il ruolo delle diverse strutture ospedaliere nella rete dell'emergenza-urgenza e nello specifico: 3 DEA di II livello, 8 DEA di I livello, 4 Pronto Soccorso di base, 4 Pronto Soccorso di Zona disagiata.

Alla luce delle criticità rilevate e sulla base dell'esperienza maturata anche in relazione alla pandemia da SARS-COV 2, è necessario effettuare un approfondimento sull'attualità della rete ospedaliera adottata con DCA n. 64/2016, anche al fine di verificare la necessità di una revisione/aggiornamento della citata programmazione. La regione ha pertanto proseguito le attività di monitoraggio dell'attuazione della rete ospedaliera mediante la richiesta alle Aziende Sanitarie di fornire un quadro aggiornato su quanto attuato rispetto al DCA 64/2016 ai fini dell'individuazione delle necessarie azioni per il superamento delle criticità riscontrate. I risultati del monitoraggio saranno utilizzati ai fini dell'aggiornamento della programmazione prevista.

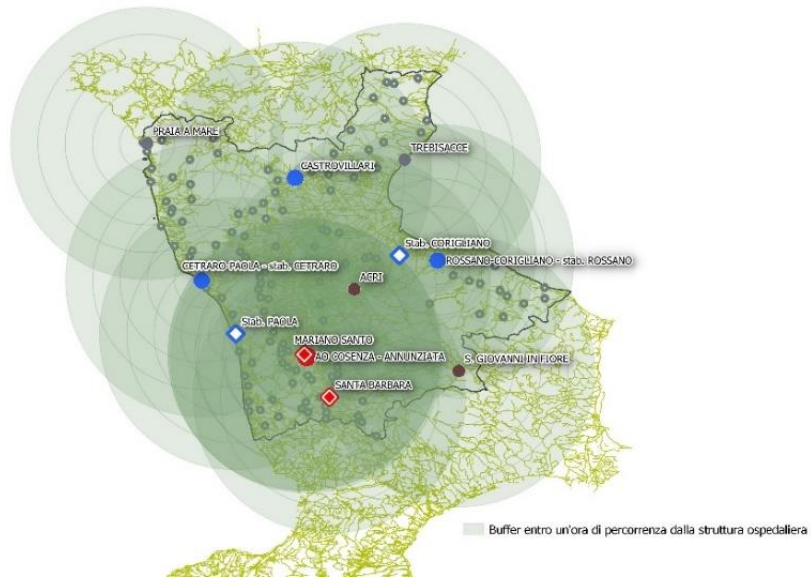
10.3 Distribuzione geografica dei servizi ospedalieri

Si riporta di seguito un approfondimento circa la distribuzione geografica dei servizi e la copertura del territorio.

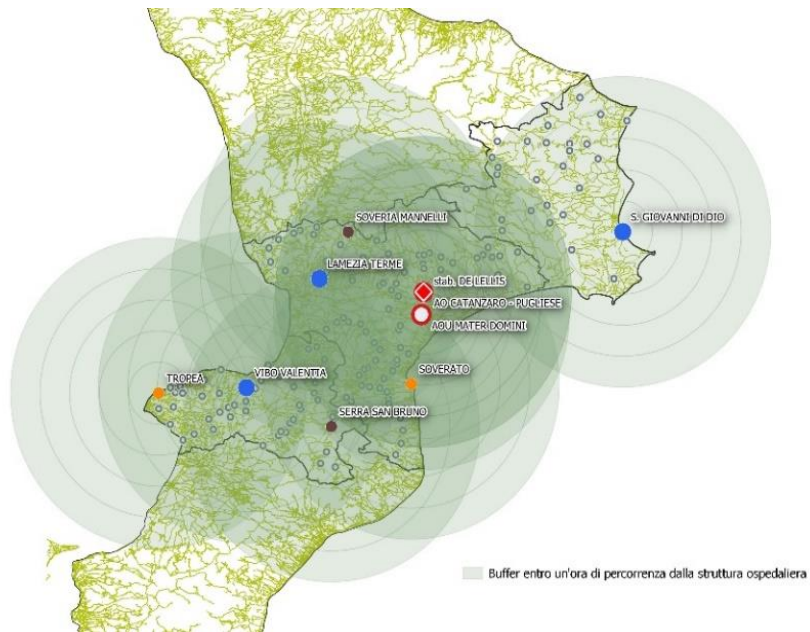


Si riportano di seguito le mappe rappresentative della copertura delle aree geografiche Nord, Centro, Sud che mostrano la completa copertura del territorio in termini di strutture raggiungibili entro un'ora dai diversi bacini di popolazione e dai singoli Comuni.

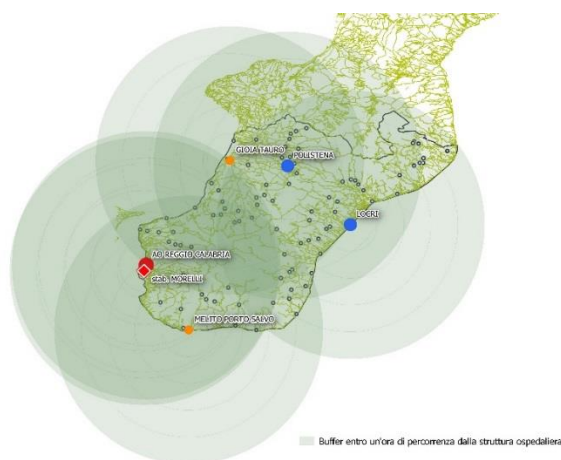
Area Nord



Area Centro



Area Sud



10.3.1 Analisi dei posti letto e del tasso di occupazione

Si riporta di seguito l'analisi dei posti letto attivi al 2019 rispetto ai posti letto programmati. Il DCA 64/2016 ha previsto una programmazione pari a 6.504 posti letto in degenza ordinaria e diurna. Dai flussi HSP.12 e 13, anno 2019, risultano 5.607 posti letto attivati in degenza ordinaria e diurna (al netto delle discipline nido ed emodialisi) per le strutture pubbliche e private accreditate. Si rileva, pertanto, una percentuale di attivazione dei posti letto pari in totale all'86% del programmato e, in particolare, al 97% per le strutture private accreditate e pari all'82% per le strutture pubbliche.

Posti letto ospedalieri complessivi - acuti e post acuti

	PL HSP 12 e 13 2019	PL DCA 64/2016	Δ PL DCA 64/2016- PL HSP 2019
numero	5607	6504	897
per 1.000 ab	3,0	3,4	0,5

Nota: Posti letto al netto di nido ed emodialisi

Posti letto acuti Ordinari, DH, DS

		PL HSP 12 e 13 2019	PL DCA 64/2016	Δ PL DCA 64/2016- PL HSP 2019
Ordinari	numero	3.965	4.469	504
	per 1.000 ab	2,1	2,4	0,3
DH	numero	449	382	-67
	per 1.000 ab	0,2	0,2	0,0
DS	numero	216	385	169
	per 1.000 ab	0,1	0,2	0,1
tot		4630	5236	606
per 1.000 ab		2,4	2,8	0,3

Posti letto post acuti Ordinari, DH

		PL HSP 12 e 13 2019	PL DCA 64/2016	Δ PL DCA 64/2016- PL HSP 2019
Ordinari	numero	897	1181	284
	per 1.000 ab	0,5	0,6	0,1
DH	numero	80	87	7
	per 1.000 ab	0,0	0,0	0,0
tot		977	1.268	291
per 1.000 ab		0,5	0,7	0,2

Posti letto complessivi, suddivisi tra pubblici e privati

	PL HSP 12 e 13 2019	PL DCA 64/2016	64/2016 - PL HSP 2019
pubblici	3.755	4.598	843
privati	1.852	1.906	54
tot	5.607	6.504	897
per 1.000 ab	3,0	3,4	0,5

Posti letto acuti per regime di ricovero, suddivisi tra pubblici e privati

	PL HSP 12 e 13 2019				PL DCA 64/2016				Δ PL DCA 64/2016 - PL HSP 2019				
	DH	DS	DO	tot	DH	DS	DO	tot	DH	DS	DO	tot	
pubblici	389	145	3.073	3.607	366	293	3.600	4.259	-23	148	527	652	
privati	60	71	892	1.023	16	92	869	977	-44	21	23	46	
tot	449	216	3.965	4.630	382	385	4.469	5.236	-	67	169	504	606
per 1.000 ab	0,2	0,1	2,1	2,4	0,2	0,2	2,4	2,8	-	0,0	0,1	0,3	0,3

Posti letto post acuti, per regime di ricovero, suddivisi tra pubblici e privati

	PL HSP 12 e 13 2019			PL DCA 64/2016			Δ PL DCA 64/2016 - PL HSP 2019		
	DH	DO	tot	DH	DO	tot	DH	DO	tot
pubblici	6	142	148	8	331	339	2	189	191
privati	74	755	829	79	850	929	5	95	100
tot	80	897	977	87	1.181	1.268	7	284	291
per 1.000 ab	0,0	0,5	0,5	0,0	0,6	0,7	0,0	0,1	0,2

POPOLAZIONE CALABRIA AL 01/01/2020: 1.894.110 (FONTE: ISTAT)

Attuare la programmazione delle attività pubbliche di ricovero ordinario: confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati per area funzionale e area geografica

Rispetto alla programmazione, nel 2019 risulta attivo l'82% dei posti letto delle strutture pubbliche: in particolare, per l'area Nord è attivo il 78% dei posti letto, per l'area Centro l'86%, per l'area Sud l'80%. I maggiori scostamenti si rilevano per l'area emergenza-urgenza e per l'area post-acuzie, per cui si rilevano rispettivamente il 49% e il 43% dei posti letto attivi. Per l'area chirurgica, per cui sono attivi in totale l'82% dei posti letto, il dato più basso si rileva nell'area Sud (73%). Per l'area materno infantile, per cui sono attivi in totale il 92% dei posti letto, il dato più basso si rileva nell'area Nord (82%). Per l'area medica risulta attivo l'87% dei posti letto (85% dei posti letto attivi nell'area Nord e nell'area Sud e 89% nell'area Centro).

Rispetto alla programmazione, nel 2019 risulta attivo il 96% dei posti letto delle strutture private. A

livello regionale risulta attivo l'89% dei posti letto per l'area post acuzie; il dato più basso si rileva per l'area Nord (75% dei posti letto attivi).

Sul totale dei posti letto delle strutture pubbliche e private, nel 2019 risulta attivo l'86% dei posti letto programmati; il maggior scostamento si rileva per l'area nord (81%), a seguire l'area sud (86%) e l'area centro (90%)

Confronto tra posti letto programmato e posti letto attivati – strutture pubbliche

Area funzionale	Area Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati
	DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP		
	64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019		
CHIRURGICA	323	265	- 58	82%	449	394	- 55	88%	313	230	- 83	73%	1.085	889	- 196	82%
EMERGENZA-URGENZA	44	16	- 28	36%	34	20	- 14	59%	36	20	- 16	56%	114	56	- 58	49%
MATERNINO INFANTILE	211	173	- 38	82%	202	198	- 4	98%	174	169	- 5	97%	587	540	- 47	92%
MEDICA	550	468	- 82	85%	628	561	- 67	89%	375	318	- 57	85%	1.553	1.347	- 206	87%
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	5	0	- 5	0%	0	0	0	-	0	0	0	-	5	0	- 5	0%
POST ACUZIE	151	78	- 73	52%	110	36	- 74	33%	70	28	- 42	40%	331	142	- 189	43%
TERAPIE INTENSIVE	77	67	- 10	87%	106	101	- 5	95%	73	73	0	100%	256	241	- 15	94%
Totale	1.361	1.067	- 294	78%	1.529	1.310	- 219	86%	1.041	838	- 203	80%	3.931	3.215	- 716	82%

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati – strutture private

Area funzionale	Area Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati
	DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP		
	64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019		
CHIRURGICA	215	215	-	100%	219	242	23	111%	229	229	-	100%	663	686	23	103%
MATERNINO INFANTILE	34	34	-	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	34	34	-	-
MEDICA	40	40	-	100%	62	62	-	100%	50	50	-	100%	152	152	-	100%
POST ACUZIE	303	227	- 76	75%	375	355	- 20	95%	172	173	1	101%	850	755	- 95	89%
TERAPIE INTENSIVE	5	5	-	100%	15	15	-	-	-	-	-	-	20	20	-	-
Totale	597	521	- 76	87%	671	674	3	100%	451	452	1	100%	1.719	1.647	- 72	96%

Confronto tra posti letto programmati e posti letto attivati – strutture totale

Area funzionale	Area Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati	PL DO	PL DO	delta	% pl attivati
	DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP			DCA	HSP		
	64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019			64/2016	2019		
CHIRURGICA	538	480	- 58	89%	668	636	- 32	95%	542	459	- 83	85%	1.748	1.575	- 173	90%
EMERGENZA-URGENZA	44	16	- 28	36%	34	20	- 14	59%	36	20	- 16	56%	114	56	- 58	49%
MATERNINO INFANTILE	245	207	- 38	84%	202	198	- 4	98%	174	169	- 5	97%	621	574	- 47	92%
MEDICA	590	508	- 82	86%	690	623	- 67	90%	425	368	- 57	87%	1.705	1.499	- 206	88%
MEDICINA DIAGNOSTICA E SERVIZI	5	-	- 5	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	- 5	0%
POST ACUZIE	454	305	- 149	67%	485	391	- 94	81%	242	201	- 41	83%	1.181	897	- 284	76%
TERAPIE INTENSIVE	82	72	- 10	88%	121	116	- 5	96%	73	73	-	100%	276	261	- 15	95%
Totale	1.958	1.588	- 370	81%	2.200	1.984	- 216	90%	1.492	1.290	- 202	86%	5.650	4.862	- 788	86%

Aumentare l'efficiente utilizzo dei posti letto: il tasso di occupazione

È stata fatta un'analisi approfondita del tasso di occupazione⁶ dei posti letto in degenza ordinaria per area funzionale e per area geografica, sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate.

Nell'analisi sono state incluse tutte le SDO 2019 rilevate dal flusso ministeriale per il ricovero ordinario, ad esclusione delle discipline 'nido' ed 'emodialisi'.

⁶ Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni - Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Analisi dei posti letto attivati e dei tassi di occupazione per area funzionale e per area geografica

Tra le strutture pubbliche si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 ($\geq 90\%$) e pari all'80%. In particolare, il tasso di occupazione risulta pari al 45% per l'area post-acuzie (con un valore più basso nell'Area Nord, 37%), al 70% per l'area materno infantile (con un valore più basso nell'Area Sud, 59%) e pari al 75% per l'area chirurgica (con un valore più basso nell'Area Nord, 69%).

Tra le strutture private si rileva un tasso di occupazione totale inferiore allo standard previsto dal DM 70/2015 ($\geq 90\%$) e pari al 63%. In particolare, il tasso di occupazione risulta pari al 27% per l'area materno infantile e pari al 34% per l'area chirurgica (con un valore più basso nell'Area Nord, 26%).

Considerando il dato complessivo, ad esclusione delle terapie intensive, tassi di occupazione più bassi ed inferiori allo standard del DM 70/2015 si riscontrano per l'area chirurgica (58%) ed in particolare nell'Area Nord (50%), per l'area materno infantile (67%) ed in particolare per l'Area Sud (59%) e per l'area post acuzie (82%) ed in particolare per l'Area Sud (77%).

Strutture pubbliche

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL
CHIRURGICA	265	66.412	69%	394	112.862	78%	230	65.498	78%	889	244.772	75%
EMERGENZA-URGENZA	16	4.773	82%	20	8.253	113%	20	6.665	91%	56	19.691	96%
MATERNO INFANTILE	173	45.900	73%	198	55.478	77%	169	36.173	59%	540	137.551	70%
MEDICA	468	152.604	89%	561	199.492	97%	318	106.532	92%	1.347	458.628	93%
POST ACUZIE	78	10.603	37%	36	6.402	49%	28	6.241	61%	142	23.246	45%
TERAPIE INTENSIVE	67	11.230	46%	101	20.941	57%	73	18.554	70%	241	50.725	58%
Totale	1.067	291.522	75%	1.310	403.428	84%	838	239.663	78%	3.215	934.613	80%

Strutture private

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL
CHIRURGICA	215	20.767	26%	242	37.512	42%	229	27.635	33%	686	85.914	34%
MATERNO INFANTILE	34	3.377	27%	-	-	0%	-	-	0%	34	3.377	27%
MEDICA	40	12.769	87%	62	13.175	58%	50	15.703	86%	152	41.647	75%
POST ACUZIE	227	83.302	101%	355	113.262	87%	173	49.904	79%	755	246.468	89%
TERAPIE INTENSIVE	5	-	0%	15	1.534	28%	-	-	0%	20	1.534	21%
Totale	521	120.215	63%	674	165.483	67%	452	93.242	57%	1.647	378.940	63%

Totale strutture

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL
CHIRURGICA	480	87.179	50%	636	150.374	65%	459	93.133	56%	1.575	330.686	58%
EMERGENZA-URGENZA	16	4.773	82%	20	8.253	113%	20	6.665	91%	56	19.691	96%
MATERNO INFANTILE	207	49.277	65%	198	55.478	77%	169	36.173	59%	574	140.928	67%
MEDICA	508	165.373	89%	623	212.667	94%	368	122.235	91%	1.499	500.275	91%
POST ACUZIE	305	93.905	84%	391	119.664	84%	201	56.145	77%	897	269.714	82%
TERAPIE INTENSIVE	72	11.230	43%	116	22.475	53%	73	18.554	70%	261	52.259	55%
Totale	1.588	411.737	71%	1.984	568.911	79%	1.290	332.905	71%	4.862	1.313.553	74%

10.3.2 Area Chirurgica (chirurgia generale e ortopedia) e Area Materno-Infantile (ginecologia e punti nascita)

Per l'area chirurgica il tasso di occupazione risulta complessivamente basso e pari al 58%, con notevole differenza tra le strutture pubbliche (75%) e quelle private accreditate (34%).

L'area Nord presenta il tasso di occupazione più basso e pari al 50% (pubblico e privato).

Per quanto riguarda il numero di posti letto, risultano ancora da attivare 196 posti letto tra le strutture pubbliche, mentre, tra le strutture private accreditate si rilevano 23 posti letto in più attivati rispetto ai programmati considerando tuttavia che il Marrelli Hospital è stato attivato successivamente all'entrata in vigore del decreto di programmazione della rete.

- *Chirurgia generale:*

Per l'area Nord, tra le strutture che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, tra le strutture pubbliche, si rileva un tasso di occupazione basso per l'AO di Cosenza (62%), con una mancata attivazione di 18 posti letto. Per il Presidio di Cetraro-Paola si rileva che l'Ospedale di Paola presenta un tasso di occupazione pari al 65%, con ulteriori 16 posti letto da attivare, mentre per l'Ospedale di Cetraro il tasso di occupazione è pari al 76%, con 8 posti letto in più attivati rispetto alla programmazione. Analogamente, per il Presidio di Rossano-Corigliano si rileva che l'Ospedale di Rossano presenta un tasso di occupazione pari al 113% con 18 posti letto ancora da attivare, mentre per l'Ospedale di Corigliano risulta un tasso di occupazione pari al 51%, con 17 posti letto attivati in più rispetto ai programmati. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate, per le quali sono stati attivati tutti i posti letto programmati.

Per l'area Centro, l'AO Pugliese Ciaccio rappresenta la struttura che eroga volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza a livello regionale, con un tasso di occupazione pari al 120% e 5 posti letto in più attivati rispetto a quanto programmato. Un tasso di occupazione basso si riscontra invece per l'AOU Mater Domini (46%), con un numero di posti letto programmati ed attivati in linea con i posti letto dell'AO Pugliese Ciaccio. Per la provincia di Crotona, l'Ospedale S. Giovanni di Dio di Crotona presenta un tasso di occupazione pari al 62% e tutti i posti letto programmati sono attivi. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

Per l'area Sud, tra le strutture che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, si rileva un tasso di occupazione pari all'87% per l'AO di Reggio Calabria e pari al 93% per il Presidio Santa Maria degli Ungheresi. Per l'Ospedale Civile di Locri si rileva un tasso di occupazione pari al 79% con una mancata attivazione di 17 posti letto rispetto a quanto programmato. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

- *Ortopedia e traumatologia:*

Per l'area Nord, tra le strutture pubbliche che erogano volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, si rileva un tasso di occupazione pari allo standard per l'AO di Cosenza, con un posto letto in più attivato rispetto a quanto programmato ed inferiore allo standard per l'Ospedale di Rossano (77%) con 2 posti letto da attivare. Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

Per l'area Centro, l'AO Pugliese Ciaccio presenta un tasso di occupazione pari al 118% con 2 posti letto ancora da attivare, mentre per le altre strutture pubbliche si rilevano tassi di occupazione inferiori allo standard (ad esempio, 70% per l'Ospedale Civile San Giovanni di Dio di Crotona, 45% per il Presidio di Lamezia Terme). Infine, tassi di occupazione bassi si riscontrano tra le strutture private accreditate.

Per l'area Sud, la struttura per la quale si rilevano volumi maggiori di attività in termini di giornate di degenza è l'Istituto Ortopedico del Mezzogiorno, con un tasso di occupazione pari al 55% e tutti i posti letto programmati attivi. Ad esclusione dell'AO di Reggio, con un tasso di occupazione pari al 100%, le altre strutture dell'area presentano tassi di occupazione bassi. Per l'Ospedale di Melito e

il PO di Gioia Tauro i posti letto programmati non risultano attivi.

Per l'Area Materno Infantile, il tasso di occupazione risulta complessivamente pari al 67% ed in particolare pari al 70% per le strutture pubbliche e al 27% per l'unica struttura privata accreditata (iGreco Ospedali Riuniti).

L'area Sud presenta il tasso di occupazione più basso e pari al 59%.

Per quanto riguarda il numero di posti letto, risultano ancora da attivare 47 posti letto tra le strutture pubbliche.

- *Ostetricia e ginecologia:*

Nell'ambito dell'area Nord, l'AO di Cosenza - che rappresenta la struttura con volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza a livello regionale - presenta un tasso di occupazione pari al 97% e 4 posti letto ancora da attivare. Per le altre strutture si rilevano tassi di occupazione bassi ed inferiori allo standard.

Per l'area Centro, l'AO Pugliese-Ciaccio presenta un tasso di occupazione pari all'89% con 2 posti letto in più attivati rispetto ai programmati. Per le altre strutture si rilevano tassi di occupazione bassi ed inferiori allo standard, in particolare, per l'Ospedale Basso Ionio sono stati attivati 12 posti letto non previsti dalla programmazione, con un tasso di occupazione pari al 29%.

Per l'area Sud, l'AO di Reggio Calabria è quella che presenta volumi più elevati di attività in termini di giornate di degenza, con un tasso di occupazione pari al 78% e tutti i posti letto programmati attivi. Per il Presidio Santa Maria degli Ungheresi si rileva un tasso di occupazione pari al 61%, con 3 posti letto attivati in più rispetto a quanto programmato.

Area Chirurgica: pubblico e privato

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale		
	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL
CHIRURGIA GENERALE	228	39.659	48%	198	42.972	59%	186	30.831	45%	612	113.462	51%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	129	26.058	55%	218	40.328	51%	155	33.273	59%	502	99.659	54%
UROLOGIA	31	5.727	51%	77	19.977	71%	8	2.047	70%	116	27.751	66%
NEUROCHIRURGIA	21	6.493	85%	26	10.989	116%	19	6.604	95%	66	24.086	100%
CARDIOCHIRURGIA	-	-	0%	34	17.065	138%	20	5.606	77%	54	22.671	115%
CHIRURGIA VASCOLARE	13	2.684	57%	32	6.993	60%	19	2.861	41%	64	12.538	54%
CHIRURGIA TORACICA	10	2.309	63%	8	3.688	126%	14	3.394	66%	32	9.391	80%
UROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RI)	-	-	0%	-	-	0%	18	5.871	89%	18	5.871	89%
OTORINOLARINGOIATRIA	19	1.546	22%	10	1.739	48%	6	1.867	85%	35	5.152	40%
CHIRURGIA PEDIATRICA	15	2.551	47%	9	1.744	0%	10	201	0%	34	4.496	36%
CHIRURGIA PLASTICA	-	-	0%	10	1.940	53%	-	-	0%	10	1.940	53%
OCULISTICA	14	152	3%	8	1.516	52%	2	219	30%	24	1.887	22%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	-	-	0%	6	1.423	65%	-	-	0%	6	1.423	65%
NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO)	-	-	0%	-	-	0%	2	359	49%	2	359	49%
Totale	480	87.179	50%	636	150.374	65%	459	93.133	56%	1.575	330.686	58%

Le discipline dell'area chirurgica con maggior numero di giornate sono la Chirurgia generale e l'Ortopedia, delle quali si riportano i dati per singoli ospedali.

Chirurgia Generale per singoli ospedali

Pubblico / Privato	Denominazione struttura	Codice Azienda	Descrizione Azienda	Area	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta PL	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
Pubblico	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	Area Nord	54	36	-18	8.185	62%
Pubblico	Ospedale Rossano	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	35	17	-18	7.022	113%
Pubblico	Ospedale Paola	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	35	19	-16	4.496	65%
Privato	CASA DI CURA CASCINI SRL	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	20	20	0	3.861	53%
Privato	CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	20	20	0	3.668	50%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	23	19	-4	3.333	48%
Pubblico	Ospedale Corigliano	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	0	17	17	3.174	51%
Privato	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	40	40	0	2.311	16%
Pubblico	Ospedale Cetraro	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	0	8	8	2.206	76%
Privato	IGRECO OSPEDALI RIUNITI EX LA MADONNINA	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	24	24	0	1.035	12%
Pubblico	P.O. BEATO ANGELICO	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	0	8	8	368	13%
Totale Area Nord					251	228	-23	39.659	48%
Pubblico	AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE DE LELLIS"	913	Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis	Area Centro	23	28	5	12.234	120%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	202	A.S.P. CROTONE	Area Centro	30	30	0	6.827	62%
Pubblico	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	20	20	0	6.257	86%
Pubblico	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	Area Centro	14	14	0	5.416	106%
Pubblico	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	914	A.O.U. MATER DOMINI CATANZARO	Area Centro	26	26	0	4.323	46%
Pubblico	OSPEDALE BASSO IONIO	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	18	18	0	3.318	51%
Privato	Marrelli hospital	202	A.S.P. CROTONE	Area Centro	0	32	32	2.136	18%
Privato	VILLA DEI GERANI	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	Area Centro	38	20	-18	1.908	26%
Privato	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	10	10	0	553	15%
Pubblico	OSPEDALE TROPEA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	Area Centro	8	0	-8	-	na
Totale Area Centro					187	198	11	42.972	59%
Pubblico	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	915	Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli	Area Sud	28	28	0	8.909	87%
Pubblico	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	18	18	0	6.112	93%
Privato	POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	20	20	0	4.651	64%
Privato	CASA DI CURA 'VILLA AURORA'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	40	40	0	3.604	25%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE LOCRI	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	27	10	-17	2.868	79%
Privato	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	27	27	0	2.039	21%
Pubblico	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	16	8	-8	1.648	56%
Privato	CASA DI CURA 'VILLA S.ANNA'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	35	35	0	1.000	8%
Pubblico	P.O. 'GIOVANNI XXII'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	16	0	-16	-	na
Totale Area Sud					227	186	-41	30.831	45%
Totale					665	612	-53	113.462	51%

Ortopedia e traumatologia per singoli ospedali

Pubblico / Privato	Denominazione struttura	Codice Azienda	Descrizione Azienda	Area	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta PL DO	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
Pubblico	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	Area Nord	28	29	1	9.476	90%
Pubblico	Ospedale Rossano	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	18	16	-2	4.503	77%
Privato	CASA DI CURA SCARNATI	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	40	30	-10	3.931	36%
Pubblico	Ospedale Paola	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	16	14	-2	3.006	59%
Privato	CASA DI CURA CASCINI SRL	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	20	20	0	2.760	38%
Privato	IGRECO OSPEDALI RIUNITI EX LA MADONNINA	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	18	18	0	1.948	30%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	18	2	-16	434	59%
Totale Area Nord					158	129	-29	26.058	55%
Pubblico	AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE DE LELLIS"	913	Azienda Ospedaliera Pugliese De Lellis	Area Centro	26	24	-2	10.299	118%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	202	A.S.P. CROTONE	Area Centro	30	30	0	7.654	70%
Privato	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	37	37	0	5.619	42%
Pubblico	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	29	29	0	4.785	45%
Privato	CASA DI CURA VILLA SERENA	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	30	30	0	3.196	29%
Pubblico	OSPEDALE BASSO IONIO	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	11	11	0	2.258	56%
Pubblico	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	Area Centro	14	8	-6	2.080	71%
Privato	CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	27	27	0	1.828	19%
Privato	Marrelli hospital	202	A.S.P. CROTONE	Area Centro	0	16	16	1.567	27%
Pubblico	A.O. "MATER DOMINI" CATANZARO	914	A.O.U. MATER DOMINI CATANZARO	Area Centro	7	6	-1	1.042	48%
Pubblico	OSPEDALE TROPEA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	Area Centro	8	0	-8	-	na
Totale Area Centro					219	218	-1	40328	51%
Privato	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	70	70	0	14.034	55%
Pubblico	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	915	Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli	Area Sud	28	28	0	10.270	100%
Pubblico	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	18	18	0	5.159	79%
Privato	CASA DI CURA 'VILLA CAMINITI'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	27	27	0	2.106	21%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE LOCRI	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	16	12	-4	1.704	39%
Pubblico	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	18	0	-18	-	na
Pubblico	P.O. 'GIOVANNI XXII'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	10	0	-10	-	na
Totale Area Sud					187	155	-32	33273	59%
Totale					564	502	-62	99.659	54%

Area materno infantile

Area funzionale	Area Nord			Area Centro			Area Sud			Totale		
	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL	PL DO HSP 2019	Giornate di degenza DO	TO PL
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	138	28.072	56%	123	28.841	64%	87	18.485	58%	348	75.398	59%
PEDIATRIA	44	11.481	71%	38	12.379	89%	52	12.326	65%	134	36.186	74%
NEONATOLOGIA	15	8.482	155%	25	12.544	137%	16	4.098	70%	56	25.124	123%
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10	1.242	34%	6	552	25%	10	642	18%	26	2.436	26%
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	-	-	0%	6	1.162	53%	4	622	43%	10	1.784	49%
Totale	207	49.277	65%	198	55.478	77%	169	36.173	59%	574	140.928	67%

Ostetricia e Ginecologia per singoli ospedali

Pubblico / Privato	Denominazione struttura	Codice Azienda	Descrizione Azienda	Area	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta PL DO	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
Pubblico	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	912	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	Area Nord	45	41	-4	14.449	97%
Pubblico	Ospedale Corigliano	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	25	25	0	5.097	56%
Privato	IGRECO OSP. RIUNITI EX SACRO CUORE	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	34	34	0	3.377	27%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	20	16	-4	3.150	54%
Pubblico	Ospedale Cetraro	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	26	22	-4	1.997	25%
Pubblico	P.O. BEATO ANGELICO	201	A.S.P. COSENZA	Area Nord	0	0	0	2	na
Totale Area Nord					150	138	-12	28.072	56%
Pubblico	AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE DE LELLIS"	913	Azienda Osped. Pugliese De Lellis	Area Centro	36	38	2	12.399	89%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	202	A.S.P. CROTONE	Area Centro	26	26	0	6.403	67%
Pubblico	PRESIDIO OSPEDALIERO LAMEZIA TERME	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	29	29	0	4.963	47%
Pubblico	OSPEDALE SPOKE VIBO VALENTIA	204	A.S.P. VIBO VALENTIA	Area Centro	18	18	0	3.824	58%
Pubblico	OSPEDALE BASSO IONIO	203	A.S.P. CATANZARO	Area Centro	0	12	12	1.252	29%
Totale Area Centro					109	123	14	28.841	64%
Pubblico	AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI	915	Azienda Osped. Bianchi Melacrino Morelli	Area Sud	36	36	0	10.227	78%
Pubblico	P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	17	20	3	4.489	61%
Pubblico	OSPEDALE CIVILE LOCRI	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	27	28	1	3.703	36%
Pubblico	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLVI' - MELITO P.S.	205	A.S.P. REGGIO CALABRIA	Area Sud	9	3	-6	66	6%
Totale Area Sud					89	87	-2	18.485	58%
Totale					348	348	0	75.398	59%

Punti Nascita

Si riportano di seguito i volumi e la percentuale di parti cesarei eseguiti per struttura (dati anno 2019 - PNE edizione 2020).

STRUTTURA	PROV.	Ruolo nella rete	N. parti	% cesarei*	Standard DM 70/2015
P.O. ANNUNZIATA - COSENZA	CS	HUB	1.981	30,4%	25%
Ospedale Pugliese - CATANZARO	CZ	HUB	1.952	28,3%	25%
Presidio Ospedaliero E. Morelli - REGGIO DI CALABRIA	RC	HUB	2.194	30,8%	25%
OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	CS	SPOKE	519	48,0%	15%
Ospedale Corigliano - COSENZA	CS	SPOKE	1.517	33,1%	25%
Ospedale Cetraro - CETRARO	CS	SPOKE	262	62,5%	15%
OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO - CROTONE	KR	SPOKE	1.274	8,3%	25%
Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME	CZ	SPOKE	972	37,5%	15%
P.O. JAZZOLINO - VIBO VALENTIA	VV	SPOKE	779	37,2%	15%
OSPEDALE BASSO IONIO - SOVERATO	CZ	SPOKE	190	31,4%	15%
OSPEDALE CIVILE LOCRI - LOCRI	RC	SPOKE	901	31,0%	15%
P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI' - POLISTENA	RC	SPOKE	963	39,3%	15%

* % di parti cesarei viene calcolata a partire dai volumi dei parti ad esclusione delle dimissioni di donne con pregresso parto cesareo.

L'attività dei P.N. dei P.O. di Soverato e Cetraro è stata sospesa nell'agosto del 2019.

Per il P.N. di Cetraro è in corso la richiesta di riapertura in deroga a seguito dell'avvenuta ristrutturazione delle sale parto e dell'imminente espletamento del concorso per l'incarico di direttore della UOC di ostetricia e ginecologia.

10.3.3 Analisi dell'attività chirurgica degli HUB

AO Cosenza

Cod. disc.	Descrizione disciplina	Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12			Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
		DIMESSI DO SDO 2019	DIMESSI DH SDO 2019	DIMESSI TOT SDO 2019	PL DH DCA 64/2016	PL DS DCA 64/2016	PL DO DCA 64/2016	PL DH HSP 2019	PL DS HSP 2019	PL DO HSP 2019		
09	CHIRURGIA GENERALE	1.361	40	1.401	0	6	54	0	1	36	8.185	62%
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	653	256	909	0	5	15	0	5	15	2.551	47%
13	CHIRURGIA TORACICA	261	8	269	0	1	9	0	1	10	2.309	63%
14	CHIRURGIA VASCOLARE	383	0	383	0	1	9	0	0	8	2.288	78%
30	NEUROCHIRURGIA	792	0	792	0	1	24	0	0	21	6.493	85%
34	OCULISTICA	22	143	165	0	6	4	0	1	1	42	12%
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.122	129	1.251	0	2	28	0	1	29	9.476	89,5%
38	OTORINOLARINGOIATRIA	197	0	197	0	4	6	0	4	4	755	52%
43	UROLOGIA	636	179	815	0	1	9	0	1	13	4.436	93%
48	NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO RENE)	0	0	0	0	0	2	0	0	0		
Totale Azienda		20.208	3.550	23.758	74	46	585	45	31	484	152.005	86%

AO Pugliese

Cod. disc.	Descrizione disciplina	Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12			Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
		DIMESSI DO SDO 2019	DIMESSI DH SDO 2019	DIMESSI TOT SDO 2019	PL DH DCA 64/2016	PL DS DCA 64/2016	PL DO DCA 64/2016	PL DH HSP 2019	PL DS HSP 2019	PL DO HSP 2019		
09	CHIRURGIA GENERALE	1.356	227	1.583	0	2	23	0	3	28	12.234	120%
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	607	204	811	0	2	8	0	2	9	1.744	53%
12	CHIRURGIA PLASTICA	437	0	437	0	2	8	0	1	6	1.406	64%
13	CHIRURGIA TORACICA (MATER DOMINI)	340	144	484	0	0	10	0	1	8	3.688	126%
14	CHIRURGIA VASCOLARE	411	26	437	0	2	8	0	1	8	2.802	96%
30	NEUROCHIRURGIA	769	0	769	0	1	24	0	1	20	9.282	127%
34	OCULISTICA	166	406	572	0	4	6	2	2	4	1.067	73%
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.047	104	1.151	0	4	26	0	4	24	10.299	118%
38	OTORINOLARINGOIATRIA	245	48	293	0	4	6	2	2	6	1.646	75%
43	UROLOGIA	922	408	1.330	0	1	13	2	2	13	4.712	99%
Totale Azienda		19.203	7.320	26.523	53	22	443	63	23	389	142.235	100%

AOU Mater Domini

Cod. disc.	Descrizione disciplina	Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12			Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
		DIMESSI DO SDO 2019	DIMESSI DH SDO 2019	DIMESSI TOT SDO 2019	PL DH DCA 64/2016	PL DS DCA 64/2016	PL DO DCA 64/2016	PL DH HSP 2019	PL DS HSP 2019	PL DO HSP 2019		
07	CARDIOCHIRURGIA	298	0	298	0	0	14	0	0	14	6.114	120%
09	CHIRURGIA GENERALE	917	151	1.068	0	4	26	2	4	26	4.323	46%
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	233	7	240	0	2	6	0	2	6	1.423	65%
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
12	CHIRURGIA PLASTICA	150	97	247	0	2	6	0	2	4	534	37%
14	CHIRURGIA VASCOLARE	74	51	125	0	2	6	0	2	4	362	25%
30	NEUROCHIRURGIA	227	161	388	0	1	9	0	1	6	1.707	78%
34	OCULISTICA	230	329	559	0	4	4	0	4	4	449	31%
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	304	49	353	0	1	7	0	1	6	1.042	48%
38	OTORINOLARINGOIATRIA	82	2	84	0	1	4	0	1	4	93	6%
43	UROLOGIA	373	232	605	0	2	6	0	2	6	1.703	78%
Totale Azienda		7.544	4.394	11.938	22	19	227	28	19	189	52.780	77%

AO di Reggio Calabria

Cod. disc.	Descrizione disciplina	Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12			Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
		DIMESSI DO SDO 2019	DIMESSI DH SDO 2019	DIMESSI TOT SDO 2019	PL DH DCA 64/2016	PL DS DCA 64/2016	PL DO DCA 64/2016	PL DH HSP 2019	PL DS HSP 2019	PL DO HSP 2019		
07	CARDIOCHIRURGIA	298	0	298	0	0	14	0	0	14	6.114	120%
09	CHIRURGIA GENERALE	917	151	1.068	0	4	26	2	4	26	4.323	46%
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	233	7	240	0	2	6	0	2	6	1.423	65%
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
12	CHIRURGIA PLASTICA	150	97	247	0	2	6	0	2	4	534	37%
14	CHIRURGIA VASCOLARE	74	51	125	0	2	6	0	2	4	362	25%
30	NEUROCHIRURGIA	227	161	388	0	1	9	0	1	6	1.707	78%
34	OCULISTICA	230	329	559	0	4	4	0	4	4	449	31%
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	304	49	353	0	1	7	0	1	6	1.042	48%
38	OTORINOLARINGOIATRIA	82	2	84	0	1	4	0	1	4	93	6%
43	UROLOGIA	373	232	605	0	2	6	0	2	6	1.703	78%
Totale Azienda		7.544	4.394	11.938	22	19	227	28	19	189	52.780	77%

10.3.4 Analisi degli esiti

Dal Programma Nazionale Esiti (PNE, edizione 2020 su dati 2019), elaborato da Agenas, sono tratte le informazioni delle seguenti tabelle che mostrano il grado di aderenza agli indicatori di qualità misurati e ai rispettivi valori di riferimento.

Ospedali con DEA II livello

	AREA NORD	AREA CENTRO		AREA SUD
	AO COSENZA	AOU MATER DOMINI	AO PUGLIES	GOM RC
cardiocircolatorio	medio	alto	medio	alto
gravidanza e parto	basso	na	medio	basso
nervoso	medio	na	medio	basso
osteomuscolare	molto basso	na	medio	molto basso
respiratorio	medio	na	medio	basso
ch. Oncologica	basso	basso	basso	basso
ch. Generale	medio	molto basso	alto	molto alto

Per l'area osteomuscolare si rileva un livello di aderenza molto basso agli standard di qualità per l'AO di Cosenza e per il GOM di Reggio Calabria e medio per l'AO Pugliese. Per l'area della chirurgia oncologica risulta un livello basso per tutti gli Hub, mentre per la Chirurgia generale si evidenzia una situazione eterogenea tra le strutture. Per l'area gravidanza e parto e l'area nervoso il livello risulta medio-basso.

Ospedali con DEA I livello

	AREA NORD					AREA CENTRO			AREA SUD	
	PO di Castrovillari	PO di Rossano	PO di Corigliano	PO di Paola	PO di Cetraro	San Giovanni di Dio di Crotone	Ospedale di Lamezia	PO Jazolino di Vibo Valentia	Ospedale Civile di Locri	S. Maria degli Ungheresi di Polistena
cardiocircolatorio	alto	medio	medio	medio	na	medio	medio	alto	medio	basso
gravidanza e parto	molto basso	na	basso	na	molto basso	molto alto	molto basso	basso	basso	molto basso
nervoso	na	na	basso	na	na	medio	molto basso	medio	molto alto	na
osteomuscolare	na	molto basso	na	molto basso	na	molto basso	basso	molto basso	molto basso	molto basso
respiratorio	molto basso	na	alto	na	na	medio	molto alto	medio	molto basso	molto basso
ch. Oncologica	na	na	na	na	na	na	basso	na	na	na
ch. Generale	molto basso	molto basso	molto basso	na	molto basso	molto basso	alto	medio	molto alto	alto

Per l'area osteomuscolare si rileva un livello di aderenza basso / molto basso agli standard di qualità per tutti i DEA di I livello. Per la Chirurgia generale si evidenzia una situazione eterogenea tra le aree della regione: livelli molto bassi per l'Area Nord, alti per l'area Sud). Per l'area gravidanza e parto il livello risulta basso /molto basso ad eccezione del PO San Giovanni di Dio per cui si rileva un livello molto alto. Per l'area nervoso il livello risulta prevalentemente medio/basso. Non risultano attive le Stroke Unit di

Locri, Polistena, Corigliano, Cetraro, Castrovillari. Per l'area cardiocircolatorio il livello risulta prevalentemente medio/basso, ad eccezione dei PO di Vibo Valentia e Castrovillari.

PS e PS di Zona disagiata

	AREA NORD			AREA CENTRO			AREA SUD		
	P.O. BEATO ANGELICO	OSPEDALE CIVILE SGF	OSPEDALE GUDO CHIDICHIMO TREBISACCE	P.O. TROPEA	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	P.O. SERRA SAN BRUNO	OSPEDALE BASSO IONIO di Soverato	OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	
cardiocircolatorio	alto	alto	na	na	na	na	na	medio	na
gravidenza e parto	na	na	na	na	na	na	molto basso	na	na
nervoso	na	na	na	na	na	na	na	na	na
osteomuscolare	na	na	na	na	na	na	molto basso	na	na
respiratorio	medio	na	na	molto alto	na	molto alto	na	na	na
ch. Oncologica	na	na	na	na	na	na	na	na	na
ch. Generale	na	na	na	na	na	na	alto	molto basso	na

Livello di aderenza a standard di qualità

Molto alto
 Alto
 Medio
 Basso
 Molto basso

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

Per la maggior parte dei presidi non risultano calcolabili gli indicatori a causa del ridotto o assente volumi dei ricoveri.

10.4 Riconfigurazione della rete ospedaliera

A seguito delle criticità riscontrate nell'attuazione del DCA 64/2016 per come rappresentato nei paragrafi precedenti ed in particolare:

- le sentenze del giudice amministrativo relative alla riapertura del PO di Praia a mare (Delibera del Commissario Straordinario dell'A.S.P. di Cosenza n.1030 del 4.08.21 e da ultimo sentenza del CdS n.384/2022), riaperto con DCA n. 51/2022 e del PO di Trebisacce (Delibera del Commissario ad acta n.3/2021);
- la mancata riconversione del P.O. di Cariati;
- l'organizzazione dei centri di emodinamica concentrati, con riferimento all'area centro, nella città di Catanzaro, pur in presenza di una forte domanda assistenziale nell'area del crotonese;
- carenza offerta assistenziale nell'area della Piana, anche in conseguenza dello sviluppo delle attività economiche dell'area stessa;
- Forte mobilità passiva nelle patologie neuromuscolari e nei trapianti di cellule staminali e previsione di specifici centri presso il GOM di Reggio Calabria;
- nell'attuazione di quanto programmato, a livello funzionale ed organizzativo, per lo Spoke Rossano/Corigliano e per lo Spoke Cetraro/Paola, con esplicitazione dei percorsi assistenziali nel caso di strutture con più stabilimenti.

Il nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera provvederà, tra l'altro, a potenziare e riorganizzare:

- la neuroradiologia diagnostica e interventistica e della Neurochirurgia.
- l'attività chirurgica oncologica ed in particolare della chirurgia oncologica senologica, ginecologica e della chirurgia oncologica toracica e della pneumologia interventistica, anche in termini di incremento dei volumi di attività.
- l'assistenza al trauma maggiore, compresa chirurgia ortopedica delle fratture di bacino e attivazione della radiologia interventistica periferica.

- l'area quali-quantitativo onco-ematologica e la funzione di Hub della Terapia del dolore.
- la rete dei Laboratori Pubblici
- l'istituzione, presso l'AOU Mater Domini di Catanzaro, del centro ECMO che fa capo alla UOC di Anestesia e Rianimazione quale centro di riferimento per la Regione Calabria (DCA n 90 del 2021): monitoraggio e controllo ed approvato inserimento dello stesso nella Rete Nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmonite da virus A (H1N1) (Rete Nazionale Respiratoria) di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5/11/2009.
- Le Breast Unit.
- Il Centro di riferimento emato-oncologico (C.R.E.O.) quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico giusto DCA n. 76 del 11.05.2021 sul quale i Ministeri affiancanti, con parere prot. 137-P del 26.05.21, hanno espresso il proprio nulla osta ai fini del proseguimento dell'iter amministrativo.
- L'attivazione di un Centro Antiveleni
- L'attivazione della medicina delle migrazioni

Al fine di garantire la piena attuazione della nuova programmazione si potranno prevedere, anche attraverso una nuova cornice legislativa, nuovi modelli di gestione dei presidi ospedalieri, che vedono il coinvolgimento di soggetti esterni espressione di eccellenze a livello nazionale.

Pertanto, si procederà alla revisione/aggiornamento del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera (DCA 64/2016).

Obiettivo 1: modifica/integrazione della rete ospedaliera

Azione: Integrazione e aggiornamento del DCA 64/2016.

1	Costituzione gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	DCA	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Aggiornamento linee guida atti aziendali	DCA	Gennaio 2023
5	Adozione degli atti aziendali da parte delle aziende del SSR	Delibere	Aprile 2023
6	Approvazione atti aziendali	DCA	Giugno 2023
7	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	N posti letto attivati/n posti letto programmati	Trimestrale
		Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	trimestrale

		DRG ad alto rischio di inappropriatazza	trimestrale
		N incarichi dirigenziali attivati/su n. incarichi programmati	annuale

Per il prossimo triennio l'obiettivo, oltre il monitoraggio dell'attuazione della nuova rete ospedaliera sarà l'analisi e la valutazione dei livelli di inappropriatazza in termini quantitativi e qualitativi ma anche un'analisi delle attività da potenziare in termini di risposta clinico-assistenziale attraverso il costante monitoraggio sia degli indicatori del NSG sia del PNE

11. RETI ASSISTENZIALI

11.1 Rete Emergenza-Urgenza

Stato di attuazione

Accessi al PS – triennio 2017/2019

Di seguito sono riportati i dati relativi al numero di accessi al PS per il triennio 2017-2019 rispetto agli standard del DM 70/2015 e i volumi di attività regionali divisi per colore triage per il periodo 2018-2019.

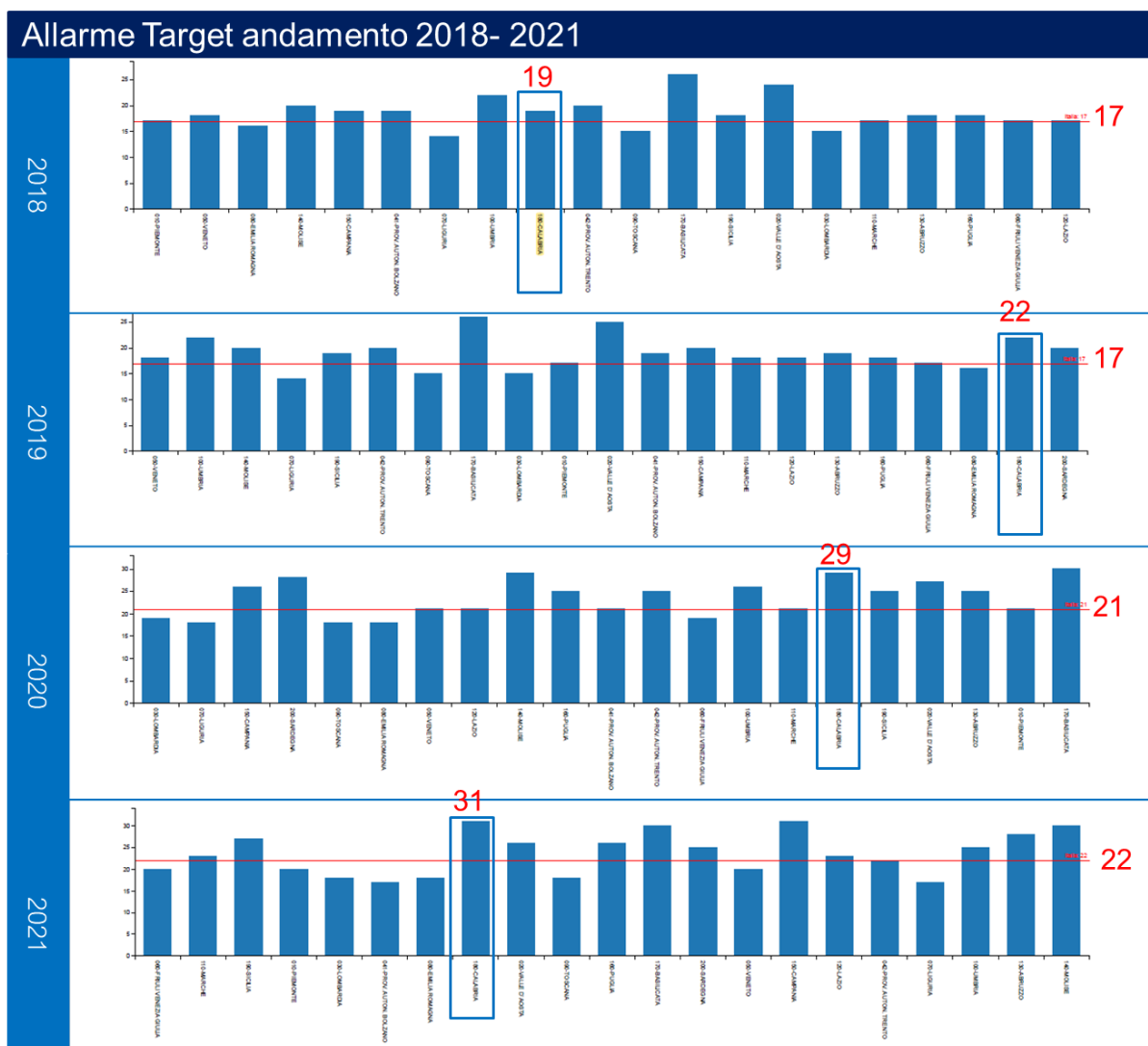
Strutture pubbliche	Provincia	Ruolo nella rete EM-UR	Standard DM 70/2015	N. accessi PS 2017	N. accessi PS 2018	N. accessi PS 2019
Totale Regione				518.456	428.739	488.135
OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	CS	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	16.508	18.475	17.931
P.O. PRAIA A MARE	CS					
Ospedale Rossano Corigliano	CS	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	34.336	37.030	36.454
P.O. BEATO ANGELICO	CS	PO ZONA DISAGIATA		7.723	9.129	9.247
Ospedale Cetraro Paola	CS	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	27.795	30.931	29.220
OSPEDALE CIVILE SGF	CS	PO ZONA DISAGIATA		5.848	6.653	6.515
OSPEDALE GUDO CHIDICHIMO TREBISACCE	CS	PO ZONA DISAGIATA		-	-	-
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	CS	DEA II LIVELLO	N. accessi > 70.000	66.717	71.047	69.480
INRCA COSENZA	CS					
OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	KR	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	40.863	51.534	21.553
Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME	CZ	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	38.363	42.066	42.515
OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	CZ	PO ZONA DISAGIATA		7.067	7.316	6.849
OSPEDALE BASSO IONIO	CZ	PS	N. accessi > 20.000	18.964	21.621	21.899
AO PUGLIESE DE LELLIS	CZ	DEA II LIVELLO	N. accessi > 70.000	50.751	53.982	46.753
A.O.U. MATER DOMINI CATANZARO	CZ	DEA II LIVELLO				
P.O. JAZZOLINO	VV	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	33.846	nd	31.769
P.O. TROPEA	VV	PS	N. accessi > 20.000	9.773	nd	9.270
P.O. SERRA SAN BRUNO	VV	PO ZONA DISAGIATA		4.634	nd	5.164
OSPEDALE CIVILE LOCRI	RC	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	34.441	nd	28.272
P.O. S. MARIA DEGLI UNGHERESI	RC	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	26.168	nd	24.815
OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.	RC	PS	N. accessi > 20.000	12.597	nd	11.717
P.O. 'GIOVANNI XXIII' di GIOIA TAURO	RC	PS	N. accessi > 20.000	13.088	nd	12.373
AO BIANCHI MELACRINO MORELLI	RC	DEA II LIVELLO	N. accessi > 70.000	68.974	64.309	56.339

11.1.1 Centrali Operative (CO) 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e PPI

Il sistema dell'emergenza territoriale è stato definito con DCA 64/2016 che prevedeva:

- n. 5 Centrali Operative 118: Cosenza, Catanzaro, Crotona, Vibo Valentia e Reggio Calabria. Si programma l'accorpamento delle CO 118 di Crotona e Vibo Valentia nella CO 118 di Catanzaro e si prevede la riconversione di queste due centrali in Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria CURAP.
- n. 50 postazioni PET complessive dislocate sui territori provinciali e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa e dotate di ambulanze medicalizzate con Autista, Infermiere e Medico (MSA).
- Per l'area Nord: erano previste ed autorizzate ma non sono state ancora attivate 3 PET; sono presenti inoltre 2 PPI e 7 ambulanze convenzionate con volontari a bordo.
- Nell'area Centro sono presenti un PPI nella PET di Chiaravalle Centrale (CZ) in quella di Soriano Calabro.
- Nell'area Sud sono presenti PPI, Scilla e Oppido Mamertina e a Palmi.

L'andamento dei tempi di risposta "allarme target", come rappresentato nella figura sottostante, indica un incremento dei tempi passando dai 22 minuti del 2018 ai 31 minuti del 2021. Tali dati necessitano di un ulteriore approfondimento a causa della carenza di invio delle informazioni da parte delle centrali operative, ma sono indicativi della necessità di una revisione del sistema generale di risposta e di gestione del sistema del 118. Come riportato anche nel paragrafo ricognitivo "Centrali Operative (CO) 118 e Postazioni di Emergenza Territoriale (PET) e PPI" il processo di riduzione dei tempi "allarme -target" deve passare anche attraverso un potenziamento delle dotazioni tecnologiche di mezzi e di personale sul territorio e soprattutto ad un ripensamento del modello organizzativo del sistema della emergenza urgenza.



Fonte: Cruscotto NSIS (anni 2018-2021)

11.1.2 Elisoccorso ed Elisuperfici

La Regione Calabria ha fornito una relazione (nota prot. Siveas 25 del 5 marzo 2019) dello stato di attuazione del programma definito con DCA 64/2016. A seguito di una successiva rilevazione, la situazione attuale non risulta sostanzialmente mutata, come di seguito riportato:

- n. 4 Basi di elisoccorso HEMS (Cosenza, Lamezia Terme, Cirò Marina e Locri), di cui la base di Lamezia operativa in h24;
- n. 56 siti di atterraggio attivabili all’occorrenza.

Dai dati in nostro possesso si evidenzia un limitato utilizzo dell’elisoccorso con una media per mezzo di 0,87 viaggi al giorno nel 2018 e di 0,7 (-11%) nel 2019.

Obiettivi

Gli obiettivi che la Regione si pone nel **prossimo triennio** sono una completa trasformazione del servizio di urgenza ed emergenza pre-ospedaliero e delle modalità di contatto del cittadino e di interazione con le strutture sanitarie e di urgenza ed emergenza ospedaliero, attraverso la realizzazione e integrazione del Numero Unico di Emergenza (NUE) 112, in linea con le migliori *practice* nazionali.

In riferimento al 118, la regione ha già avviato il processo di cambiamento intervenendo con la

Legge Regionale 32/2021 e s.m.i che, all'art.7 prevede che la costituenda Azienda Zero diriga, coordini e monitori il sistema regionale della Emergenza Urgenza 118 e dell'elisoccorso. L'Azienda Zero sarà anche il gestore dell'organizzazione della centrale unica di risposta del Numero unico di emergenza NUE 112, a seguito del trasferimento delle competenze in carico, nella fase implementativa, al Dipartimento della Presidenza.

Azienda Zero sarà, inoltre, garante della operatività del numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti NEA (116117).

Sono competenze della Azienda Zero anche:

- il coordinamento delle attività trasfusionali e dei flussi di scambio e compensazione di sangue emocomponenti ed emoderivati,
 - il coordinamento logistico delle attività di prelievo e trapianti degli organi e tessuti,
 - il convenzionamento delle associazioni di volontariato per l'attività di soccorso pre-ospedaliero.
- L'obiettivo della regione è quello di attuare una completa trasformazione del servizio della emergenza urgenza che, in linea con gli standard delle altre regioni, possa dare una risposta efficace alla popolazione e all'intero sistema sanitario regionale.

Essenziale è addivenire a strumenti unificati di gestione (software, hardware, fonia) di tutte le fasi del soccorso al fine di una omogeneizzazione del servizio.

Sulla base della situazione attuale gli obiettivi principali della regione possono essere così articolati:

- 1) rafforzamento della capacità di raccolta, elaborazione e analisi dei flussi informativi regionali utili al monitoraggio e controllo delle attività;
- 2) avvio del numero unico di emergenza 112 sulla attuale configurazione delle centrali operative 118 e successiva unificazione delle stesse,
- 3) revisione delle modalità operative e potenziamento di personale e mezzi necessari alla gestione delle emergenze, anche attraverso l'impegno di operatori del terzo settore
- 4) razionalizzazione della tipologia di mezzi di soccorso impiegati, in linea con le esigenze regionali;
- 5) avvio della trasformazione del servizio 118 con la creazione della Centrale Operativa Integrata presso Catanzaro e l'individuazione delle centrali "slave", potenziamento e revisione delle piattaforme e infrastrutture tecnologiche a supporto;
- 6) razionalizzazione del sistema dell'elisoccorso con un aggiornamento dell'assetto organizzativo e tecnologico con dotazioni adeguate alle esigenze del territorio ed in linea con gli standard nazionali e delle regioni *best practice*;
- 7) sviluppo dei percorsi formativi delle équipes di soccorso (personale sanitario e tecnico, soccorritori volontari etc.) e delle pratiche per la standardizzazione dei comportamenti organizzativi, gestionali e operativi nell'ambito dell'intera organizzazione regionale;
- 8) Introduzione del NEA 116117 per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari, la cui attivazione concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità.

L'incremento e l'investimento nelle risorse umane, in termini di crescita professionale e delle competenze è da considerarsi una leva strategica per consentire un *paradigm shift* regionale al fine di divenire una delle regioni virtuose. Per la realizzazione dei suddetti obiettivi la regione Calabria sta già collaborando con altre realtà regionali per un supporto specialistico professionale ed esperienziale nell'ambito di una convenzione di collaborazione nello sviluppo di modelli innovativi di gestione della emergenza urgenza.

Nelle more dell'attivazione dell'Azienda Zero, il Settore n. 6 del Dipartimento Salute provvederà ad effettuare la governance della Rete Emergenza Urgenza 118, al fine di garantire la continuità della stessa, mediante l'immediata istituzione di un Coordinamento multidisciplinare con la partecipazione dei dirigenti dei DEA, mentre il Dipartimento della Presidenza sarà gestore e coordinatore della introduzione del sistema NUE 112 fino al momento di passaggio delle

competenze ad Azienda Zero.

La revisione e l'aggiornamento della rete di emergenza – urgenza sarà ricompresa nel nuovo documento di riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza urgenza in aggiornamento al DCA 64/2016.

Azioni

La regione Calabria, nel documento di aggiornamento del DCA 64/2016, al fine di potenziare e migliorare i servizi sanitari, considera il sistema della emergenza urgenza il pilastro del cambiamento, terrà conto delle seguenti Azioni:

1. Trasformazione di tutti i PPI (7) ancora esistenti in PET;
2. Definizione di specifici accordi e protocolli di intesa interregionale per la gestione e la cooperazione nei servizi NUE 112, 118, elisoccorso e del NEA 116117;
3. Ricognizione dello stato dell'arte sull'attuale sistema dell'emergenza urgenza (effettiva attività delle centrali operative in termini di chiamate, interventi e missioni, del numero di personale, livello di competenza e mansioni e anzianità, delle equipe di soccorso, verifica del livello di accreditamento del terzo settore a supporto, etc.);
4. Ricognizione sullo stato dell'arte delle infrastrutture tecnologiche e informatiche a supporto delle centrali operative;
5. Definizione di una modalità operativa, anche parallela agli attuali sistemi; per il completamento dei flussi informativi al fine di inviare da giugno 2022 flussi qualitativamente e quantitativamente corretti al sistema EMUR, e che possano essere utilizzati per un effettivo monitoraggio, controllo e programmazione delle attività;
6. Definizione di un piano tattico di breve periodo per l'introduzione dei primi interventi immediati e necessari per il miglioramento del servizio 118;
7. Definizione ed approvazione piano di implementazione del sistema NUE 112 comprensivo di cronoprogramma attuativo;
8. Indizione dei bandi necessari all'adeguamento tecnologico e delle opere per la realizzazione della CUR 112;
9. Definizione ed approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 118 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo comprensivo della valutazione del fabbisogno di personale, tecnologico e infrastrutturale;
10. Elaborazione e indizione delle procedure di approvvigionamento necessarie per l'adeguamento tecnologico, di mezzi e infrastrutturale del servizio 118;
11. Approvazione del nuovo piano di organizzazione e gestione del servizio di elisoccorso, delle modalità operative e della nuova mappa delle superfici;
12. Elaborazione e indizione della gara per l'aggiornamento del servizio di gestione dell'elisoccorso in linea con le migliori practice nazionali;
13. Approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 116117 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo e valutazione del fabbisogno di personale e risorse umane e tecnologico;
14. Elaborazione e indizione delle gare necessarie per l'adeguamento tecnologico e delle infrastrutture del servizio 116117;
15. Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario al 112;
16. Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario al 118;
17. Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario al 116117;

18. Avvio del programma di formazione del personale anche attraverso la collaborazione, tramite convenzioni, con altre regioni italiane.

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	DDG	settembre 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Trasformazione di tutti i PPI (7) ancora esistenti in PET	delibera aziendale delle ASP interessate (numero di PPI trasformati/ PPI da trasformare)	Marzo 2023
5	Definizione di specifici accordi e protocolli di intesa interregionale per la gestione e la cooperazione nei servizi NUE 112, 118, elisoccorso e del NEA 116117	Realizzazione protocolli d'intesa Firma dei protocolli di intesa Numeri di protocolli firmati /Numero di protocolli da firmare Data di effettiva sottoscrizione vs. data prevista di firma	Agosto 2022- settembre 2022
6	Ricognizione dello stato dell'arte sull'attuale sistema dell'emergenza urgenza (effettiva attività delle centrali operative in termini di chiamate, interventi e missioni, del numero di personale, livello di competenza e mansioni e anzianità, delle equipe di soccorso, verifica del livello di accreditamento del terzo settore a supporto, etc.);	Documento di ricognizione tecnico Rispetto del tempo per la ricognizione dello stato attuale	ottobre 2022
7	Ricognizione sullo stato dell'arte delle infrastrutture tecnologiche e informatiche a supporto delle centrali operative;	Documento di ricognizione Rispetto del tempo per la predisposizione della ricognizione	ottobre 2022
8	Definizione di una modalità operativa, anche parallela agli attuali sistemi; per il completamento dei flussi informativi al fine di inviare da giugno 2022 flussi qualitativamente e quantitativamente corretti al sistema EMUR, e che possano essere utilizzati per un effettivo monitoraggio, controllo e programmazione delle attività;	stesura Documento modalità operative alternative Rispetto del tempo per la predisposizione della ricognizione	novembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
9	Definizione di un piano tattico di breve periodo per l'introduzione dei primi interventi immediati e necessari per il miglioramento del servizio 118;	Piano tattico Rispetto del tempo per la predisposizione del piano tattico	dicembre 2022
10	Definizione ed approvazione piano di implementazione del sistema NUE 112 comprensivo di cronoprogramma attuativo	DCA Rispetto del tempo per la predisposizione del piano	dicembre 2022
11	Indizione dei bandi necessari all'adeguamento tecnologico e delle opere per la realizzazione della CUR 112	Gara Numero di bandi/procedure consip attivate rispetto al completamento definitivo del piano (procedure da attivare) L'indicatore deve rendere possibile la valutazione della copertura di quanto attivato rispetto alla progettualità complessiva	febbraio 2023
12	Definizione ed approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 118 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo comprensivo della valutazione del fabbisogno di personale, tecnologico e infrastrutturale;	DCA Rispetto del tempo per la predisposizione del piano	dicembre 2022
13	Elaborazione e indizione delle procedure di approvvigionamento necessarie per l'adeguamento tecnologico, di mezzi e infrastrutturale del servizio 118	Gara Numero di bandi/procedure consip attivate rispetto al completamento definitivo del piano (procedure da attivare) L'indicatore deve rendere possibile la valutazione della copertura di quanto attivato rispetto alla progettualità complessiva	marzo 2023
14	Approvazione del nuovo piano di organizzazione e gestione del servizio di elisoccorso, delle modalità	DCA	dicembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
	operative e della nuova mappa delle superfici	Rispetto del tempo per la predisposizione del piano	
15	Elaborazione e indizione della gara per l'aggiornamento del servizio di gestione dell'elisoccorso in linea con le migliori practice nazionali	Gara Rispetto del tempo per la predisposizione del capitolato e di pubblicazione del bando	marzo 2023
16	Approvazione del piano di riqualificazione e riorganizzazione del sistema 116117 e delle centrali operative con relativo cronoprogramma attuativo e valutazione del fabbisogno di personale e risorse umane e tecnologico	DCA Rispetto del tempo per la predisposizione del piano	giugno 2023
17	Elaborazione e indizione delle gare necessarie per l'adeguamento tecnologico e delle infrastrutture del servizio 116117	Gara Rispetto del tempo per la predisposizione del capitolato e di pubblicazione del bando	settembre 2023
18	Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario 112	Avviso/Concorso Rispetto del tempo per la predisposizione e pubblicazione delle procedure di selezione	aprile 2023
19	Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario 118	Avviso/Concorso Rispetto del tempo per la predisposizione e pubblicazione delle procedure di selezione	aprile 2023
20	Espletamento delle procedure di selezione e inquadramento del personale necessario 116117	Avviso/Concorso Rispetto del tempo per la predisposizione e pubblicazione delle procedure di selezione	settembre 2023
21	Avvio del programma di formazione del personale anche attraverso la collaborazione, tramite convenzioni, con altre regioni italiane.	Corsi Rispetto della predisposizione e avvio dei corsi Popolazione formata/ popolazione da formare	aprile 2023 – ottobre 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto
- Dipartimento della Presidenza

11.2 Rete pediatrica e Rete dell'emergenza pediatrica

Allo stato attuale non esiste né la rete della pediatria né la rete dell'emergenza pediatrica. Si costituirà un coordinamento regionale la cui finalità sarà quella di mettere in rete tutte le pediatrie e stabilire il percorso per l'emergenza-urgenza pediatrica. Anche questa Rete sarà oggetto di integrazione nel DCA 64/2016.

Parte qualificante del progetto di rete pediatrica sarà l'accordo con l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù.

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	settembre 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Coordinamento per l'attuazione della rete pediatrica e del percorso emergenza-urgenza pediatrica	Decreto Dirigenziale	Gennaio 2023
5	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	n. pl attivati/n. pl programmati	trimestrale
		numero di accessi di residenti da 0-16 nell'area di riferimento del PS Pediatrico/numero di accessi totali 0-16	annuale
		% rientri al P.S. entro 72 ore con la stessa diagnosi	annuale
		numero trasporti secondari attivati	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

- Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.
- Strutture regionali/aziendali a supporto

11.3 Le Reti Tempo-Dipendenti

11.3.1 Rete Sindrome Coronarica Acuta (SCA)

Stato di attuazione

La rete SCA è attiva e funzionante, con ottimi risultati anche in termini di esiti, verificati a livello di PNE. Le emodinamiche sono tutte attive tranne quella di Polistena dell'A.S.P. di Reggio Calabria e quella del Sant'Anna di Catanzaro.

Di seguito si riporta la rete di offerta complessiva dell'assistenza cardiologica in Calabria articolata come da DCA 64/2016.

STRUTTURA DELLA RETE SCA - AREA NORD

AREA NORD						
ASP – AO – AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
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 MARIITTIMO	22	5	si

Fonte: DCA 64/2016

Gli Ospedali della Provincia di Cosenza hanno come Hub di riferimento per l'emergenza cardiologica l'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

All'interno della rete SCA regionale pubblica vi è anche il ruolo operativo della struttura privata Tricarico a copertura dei bacini di utenza dell'alta costa tirrenica dell'area Nord.

STRUTTURA DELLA RETE SCA - 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 SANT'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	

AREA CENTRO						
ASP – AO – AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
CATANZARO						
A.O.	180913	A.O. DI CATANZARO	CATANZARO	20	12	si
A.O.U.	180914	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	20	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	9	8	no

Fonte: DCA 64/2016

Gli ospedali delle Province di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia hanno attualmente come Hub di riferimento l'AO Pugliese-Ciaccio e l'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Attualmente la struttura S. Anna Hospital di Catanzaro ha sospeso le attività ai sensi dell'art.6 comma 1 lettera f della legge regionale n 24/2008 per carenza dei requisiti organizzativi. Il P.O di Polistena non ha attualmente i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'attivazione dell'emodinamica.

L'area centro della regione in virtù della fusione in corso tra le aziende AO Pugliese-Ciaccio e AOU Mater Domini di Catanzaro nella futura AOU Dulbecco sarà oggetto di un piano di riorganizzazione **senza aumentare il numero complessivo di emodinamiche attive sul territorio e pertanto mantenendo il rispetto dei limiti stabiliti dal DM 70/2015.**

Obiettivo della riorganizzazione è l'apertura di una emodinamica presso l'Ospedale San Giovanni di Dio di Crotone, in quanto i pazienti eleggibili al trattamento di PTCA devono essere trasferiti fino a Catanzaro (Pugliese/Mater Domini) distante oltre 75 minuti. Per questo motivo è spesso impossibile iniziare la procedura di PTCA entro i 90 minuti come previsto dalle buone pratiche ampiamente documentate in letteratura scientifica ed evidenziate dallo specifico indicatore PNE. Tutto questo sarà oggetto di modifica del DCA 64/2016.

STRUTTURA DELLA RETE SCA - AREA SUD

AREA SUD						
ASP – AO – AZIENDE Private e Miste	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	CARDIOLOGIA	UNITA' CORONARICA	EMODINAMICA
A.O.	180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	REGGIO CALABRIA	22	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

Fonte: DCA 64/2016

Gli ospedali della Provincia di Reggio Calabria hanno come Hub di riferimento il Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria.

Obiettivi

modifica/integrazione del DCA 64/2016 al fine anche di una ottimizzazione dell'attuale organizzazione della rete SCA anche attraverso l'istituzione di un Coordinamento Regionale della Rete SCA.

Azioni

- Modifica ed integrazione del DCA 64

- Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete SCA (**CR-SCA**)

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Istituzione Coordinamento regionale Rete SCA	Decreto Dirigenziale	Giugno 2022
5	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	Annuale
		STEMI: proporzione di PTCA entro 2 giorni	Annuale
		Numero di interventi di bypass aorto-coronarico isolato.	Annuale
		Bypass aorto-coronarico isolato: distribuzione delle strutture per volume di attività	Annuale
		Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

11.3.2 Rete Traumatologica

Stato di attuazione

La tabella mostra i volumi di ricovero aggregati, da flusso SDO - anno 2019, per i codici di traumatismo, analizzando principalmente, quali di questi pazienti vengono ricoverati in reparti di Terapia Intensiva, Rianimazione e Neurochirurgia.

Anno 2019			
Strutture	Totali ricoveri	di cui ricoveri in T.I. e Rianimazione	di cui ricoveri in Neurochirurgia
A.O. MATER DOMINI CATANZARO	141	4	7
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	1899	30	275
CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL	2	1	0
Ospedale Cetraro	62	1	0
Ospedale Rossano	872	8	0
OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROV	155	2	0
OSPEDALE CIVILE LOCRI	474	6	0
OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI D	1316	13	0
Ospedale Pugliese	1783	66	359
P.O. JAZZOLINO	448	5	0
P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	804	20	0
Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME	767	11	0
Presidio Ospedaliero Riuniti	1498	29	164
Totale ricoveri Regione	10.221	196	805

Ad integrazione della rete si sottolinea che le case di cura private hanno avuto un ruolo attivo negli interventi di fratture.

Obiettivi

- potenziamento della rete Politrauma attraverso la messa a regime della rete su tutto il territorio regionale.
- Istituire un Coordinamento Regionale della Rete Traumatologica, per l'elaborazione, definizione e monitoraggio del Piano di Rete.
- attuazione nova rete politrauma

Azioni

1. Modifica ed integrazione DCA 64/ 2016
2. Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete POLITRAUMA

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete POLITRAUMA	Decreto Dirigenziale	Gennaio 2023
		118: - Tempo chiamata 118 - Tempo arrivo sul posto - Tempo arrivo sul posto- - arrivo in PS - Deceduti sul posto	Annuale

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
5	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	- % arrivo al centro HUB	
		PS - Tempo permanenza in PS - Tempo intercorrente tra arrivo in PS e prima immagine diagnostica (TAC, RX, etc) - % trasferimenti vs centro HUB e tra centri HUB	Annuale
		SDO - Tipologia di reparto di ricovero - Durata degenza - Tempo arrivo in PS e ingresso in sala operatoria (solo casi chirurgici)	Annuale
		Fase post acuta - Mortalità a 90 giorni - Reingressi in ospedale a 90 giorni - Valutazione indici di disabilità e qualità della vita	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende

11.3.3 Rete Stroke

Stato di attuazione

Secondo il DCA n. 64/2016, l’offerta delle strutture pubbliche ed equiparate dedicate anche all’assistenza a pazienti con evento ictale di tipo ischemico o emorragico presenta la seguente composizione:

- attive cinque Stroke Unit presso le Aziende Ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria e Catanzaro e presso i Presidi Ospedalieri di Crotona e Vibo Valentia, Cetraro;
- ancora da attivare le S.U. programmate presso i Presidi Ospedalieri di Castrovillari, Corigliano, Locri e Polistena.

Volumi di attività Rete ICTUS - anno 2019											
ICTUS ISCHEMICO											
Strutture	Codici diagnosi				Codici intervento						
	_433.x1	_434.x1	_436	_434.91	_99.10	_39.50	_39.74	_38.42	_38.32	_39.72	_012.X
CENTRO	277	770	260	189	146	128			7		81
NORD	68	898	118	131	141	241	87			73	202
SUD	116	640	77	97	54	110	21	4	7	1	196
Totale complessivo Regione	461	2308	455	417	341	479	108	4	14	74	479

Volumi di attività Rete ICTUS - anno 2019									
ICTUS EMORRAGICO									
Strutture	Codici diagnosi			Codici intervento					
	_430	_431	_432.x	_39.51	_39.52	_38.31	_38.61	_38.62	_012.X
A.O. MATER DOMINI CATANZARO	2	9	2		1				17
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	71	250	122	8	1				202
CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO		23	7						
CASA DI CURA PRIVATA VILLA MICHELINO SRL		1							
CASA DI CURA S.RITA DOTT. CAPARRA		2	1						
CASA DI CURA SAN FRANCESCO	3	3	1						
CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL		1	1		5				
CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL		6							
CASA DI CURA 'VILLA AURORA'		25			1				
CASA DI CURA 'VILLA ELISA' S.P.A.	1	11	4						
CASA DI CURA VILLA SERENA	1	1							
IGRECO OSP. RIUNITI MADONNA DELLA CATENA	2	18	99						
INRCA COSENZA	1								
IST. SANT'ANNA SS 106 , KM 143 KR	3	37	1						
ISTITUTO SANT'ANNA	1	6							
ISTITUTO SANT'ANNA DI EZIO PUGLIESE			1						
MEDICAL HOTEL CLIMAT. SPES PIETR.'ARENA'	1		2						
Ospedale Cetraro	1	4	5						
Ospedale Rossano		2	1						
OSPEDALE BASSO IONIO	3	14	3						
OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI		6							
OSPEDALE CIVILE LOCRI	1	27	10						
OSPEDALE CIVILE SAN GIOVANNI DI DIO	6	28	59						
OSPEDALE CIVILE SGF		3	6						
Ospedale Corigliano	1	12	3						
Ospedale De Lellis		1							
OSPEDALE GUDO CHIDICHIMO TREBISACCE		2	2						
Ospedale Paola		8	1						
Ospedale Pugliese	10	149	82	2	3			3	64
OSPEDALE 'TIBERIO EVOLI' - MELITO P.S.		5	1						
P.O. BEATO ANGELICO			2						
P.O. 'GIOVANNI XXIII'		2							
P.O. JAZZOLINO	3	66	17						
P.O. PRAIA A MARE	1		1						
P.O. 'S. MARIA DEGLI UNGHERESI'	2	28	3						
P.O. SERRA SAN BRUNO		23	1						
POLICLINICO 'MADONNA DELLA CONSOLAZIONE'	3	24	6						
Presidio Ospedaliero E. Morelli		11	1						
Presidio Ospedaliero LAMEZIA TERME	1	17	3						
Presidio Ospedaliero Riuniti	33	132	69	27	10			1	196
VILLA DEI GERANI			8						
Totale complessivo	151	957	525	37	21			4	479

Volumi di attività Rete ICTUS - anno 2019									
ICTUS EMORRAGICO									
Strutture	Codici diagnosi			Codici intervento					
	_430	_431	_432.x	_39.51	_39.52	_38.31	_38.61	_38.62	_012.X
CENTRO	29	354	179	2	9			3	81
NORD	81	337	252	8	1				202
SUD	41	266	94	27	11			1	196
Totale complessivo Regione	151	957	525	37	21			4	479

L'eventuale modifica ed integrazione sarà oggetto della revisione del DCA 64/2016.

Dotazione tecnologica

In relazione all'organizzazione delle cure in fase acuta:

- le 5 SU o UTN sono in grado di garantire accesso ad ANGIO TC cranio/collo h24 ai pazienti con sospetto ictus cerebrale ischemico/emorragico;
- le 5 SU dispongono di tecnologie per neuroimaging avanzato (TC/RM perfusione) accessibile h24;
- l'AO di Cosenza e il GOM di Reggio Calabria dispongono di accesso a laboratorio angiografico con caratteristiche tecniche tali da soddisfare i bisogni dei pazienti con ictus cerebrale (ischemico/ESA).

Strutture	TAC Perfusione	RMN Encefalo	RMN Perfusione
Grande Ospedale Metropolitano Reggio Calabria	attiva H24	attiva H24	attiva H24
Azienda Ospedaliera Cosenza	attiva H24	attiva H24	Non presente
Ospedale Jazzolino Vibo Valentia	Non eseguibile (apparecchiatura dedicata solo percorso COVID-19)	attiva H24	Non presente
A.O. Pugliese – Ciaccio Catanzaro	attiva H24	attiva H24	attiva H24

Obiettivi

- Potenziamento della rete stroke
- Istituire un Coordinamento Regionale della Rete Ictus, per l'elaborazione e monitoraggio del Piano di Rete
- Potenziare la governance con l'istituzione dello **Stroke Ready Hospital negli ospedali dove ancora non è stata attivata la Stroke Unit di I livello.**

Azioni

Modifica ed integrazione del DCA n. 64/2016

Istituzione di un Coordinamento Regionale della Rete Ictus, per l'elaborazione e monitoraggio del Piano di Rete

Potenziamento Governance con l'istituzione di una **Stroke Ready Hospital.**

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
4	Coordinamento Regionale della Rete Ictus	Decreto Dirigenziale	Gennaio 2023
5	Istituzione Stroke Ready Hospital	DCA PDPA interaziendale piano di formazione	Gennaio 2023
6	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	Numero di ricoveri per ictus ischemico.	Annuale
		ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Annuale
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).	Annuale
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (<i>Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE</i>) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende.

11.3.4 Rete Trasporto Neonatale

Stato di attuazione

La Rete di trasporto neonatale è operativa sul 100% del territorio regionale.

Con DCA n. 9/2015 e n. 30/2016, successivamente integrati con DCA 64/2016, è stata approvata la Rete del Trasporto Neonatale. Con DCA n. 48 del 25 maggio 2016 sono state approvate le linee di indirizzo sulla organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN) applicate in tutta la Regione Calabria.

Attualmente in Calabria il trasporto neonatale (STEN) è assicurato dagli ospedali Hub in collaborazione con il 118, sia con ambulanza che, quando necessario, con

Elisoccorso, e dalle Unità Operative di Neonatologia e TIN degli Ospedali HUB.

Negli ultimi anni sono stati effettuati circa 150 trasporti/anno.

Le criticità rilevabili attualmente sono:

- grave carenza di personale, sia medico che infermieristico e di OSS
- elevata età media del personale in servizio

- numero di posti letto disponibili inferiori alla reale necessità (attualmente il n. di p.l. attivi sono n. 18. Previsti 1 p.l. ogni 700 nati, attualmente abbiamo 15 mila nati /anno, per cui il n. dei p.l. a cui tendere è di circa 22).

Obiettivi

Aggiornamento ed integrazione del DCA 64/2016 per migliorare la rete regionale dei punti nascita, comprensiva dei posti letto di terapia intensiva neonatale (TIN). Aggiornamento dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e di emergenza neonatale (STEN).

Definizione di protocolli operativi condivisi tra i centri di I e II livello.

Azioni

1. Modifica ed integrazione del DCA 64/2016
2. Potenziamento del coordinamento regionale

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Potenziamento del coordinamento regionale	Decreto Dirigenziale	Gennaio 2023
5	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Annuale
		Percentuale di parti fortemente pretermine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Annuale
		N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno.	Annuale
		N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.	Annuale
		N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno	Annuale
		N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno	Annuale
		N. neonati < 34 settimane non trasferiti al centro T.I.N. di II livello / N. totale neonati < 34 settimane nell'anno	Annuale
		N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda	Annuale

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
		compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello	

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali delle Aziende sanitarie.

11.3.5 Rete dei Consulori Familiari e dei Punti Nascita

Stato di attuazione

Con DCA n. 60 del 6 marzo 2020 è stata approvata la revisione e l’aggiornamento del Diario della Gravidanza di cui al DPGR n. 28 del 21 marzo 2012.

Il DCA n.125 del 29 settembre 2020 “Comitato Percorso Nascita Regionale-Integrazioni e modifiche al DCA 112 del 25.07.2019” ha aggiornato e modificato il Comitato Percorso Nascita Regionale.

Secondo quanto previsto dal DPGR n. 28/2012 si effettuerà monitoraggio e controllo delle attività dei consulori per garantire l’apertura h 12.

Il DPGR 28/2012 prevedeva altresì l’istituzione di ambulatori per la gestione delle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO), fino alla trentaseiesima settimana di gravidanza presso i consulori e dopo la trentaseiesima, presso tutti i punti nascita regionali, farà seguito un PDTA regionale.

Per il punto nascita di Cetraro per il punto nascita di Cetraro, questo sarà oggetto di verifica ed integrazione del DCA 64/ 2016.

Con DCA n. 90 del 18 agosto 2022 sono state approvate le linee di indirizzo sull’induzione del travaglio di parto che hanno lo scopo di descrivere le evidenze disponibili sulle indicazioni all’induzione dello stesso e le nuove conoscenze sulle diverse metodiche disponibili, con l’obiettivo di facilitare l’appropriatezza del ricorso a questa procedura ostetrica e di ottimizzare l’utilizzo clinico.

Obiettivi

- Aggiornamento del DCA n.125 del 29 settembre 2020.
- Attuazione del percorso ospedale territorio;

Azioni

1. Aggiornamento del DCA n.125/2020
2. Modifica ed integrazione del DCA 64/2016 relativamente alla rete regionale dei punti nascita, secondo le indicazioni del Comitato Percorso Nascita Nazionale

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Aggiornamento del DCA n.125/2020	DCA	Dicembre 2022
1	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	N punti nascita	Annuale
		Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura.	Annuale
		Numero di ricoveri per parto	Annuale
		Distribuzione dei punti nascita per volume di parti.	Annuale
		Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Annuale
		Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso cesareo	Annuale
		Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno 1.000 parti	Annuale
		Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	Annuale
5	Definizione PDTA	DCA	Gennaio 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 9 “Assistenza Territoriale – Salute Mentale - Dipendenza Patologica -Salute nelle Carceri”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

11.4 Rete Laboratoristica Pubblica/Privata

Stato di attuazione

Nel rispetto di quanto previsto nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", che stabilisce i criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio, prevedendo una soglia minima di attività per tutte le strutture pubbliche e private, pari a 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, con il DCA n. 112/2016 è stata approvata la rete regionale dei laboratori pubblici e privati. Tale decreto è stato successivamente modificato dal DCA n. 122/2017 che ha riorganizzato la sola Rete regionale dei laboratori privati, sostituita dal successivo DCA n. 142/2017.

Con successivi atti emanati nel corso degli anni, in applicazione a quanto stabilito nel predetto DCA 142/2017, è stato dato avvio al processo di costituzione delle aggregazioni dei laboratori privati e al successivo aggiornamento delle stesse, fino ai DDCA n. 68/2021 e n.22/2022.

La Regione procede annualmente alla ricognizione delle Reti verificando sia i volumi di attività ai fini del tetto stabilito sia la documentazione prodotta dalle singole strutture per la costituzione delle reti stesse. Ad oggi, alcune criticità / riserve non risultano ancora superate.

Per la parte pubblica, il DCA n. 112/2016 ha previsto la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DCA n. 64/2016 "P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1. - Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016".

Al fine di migliorare l'organizzazione e la qualità della rete, il DCA n. 62/2020 ha approvato e aggiornato la Nuova Rete dei Laboratori Pubblici. In considerazione della mancata applicazione della rete laboratoristica pubblica, a seguito della mappatura definitiva delle strutture erogatrici pubbliche, con indicazione dei dati di produzione, si valuterà entro dicembre 2022 la necessità di un aggiornamento della rete medesima.

Il catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato approvato con DCA n. 149/2019 ed aggiornato con DCA n. 59 del 6/3/2020.

Obiettivi

1. Aggiornamento dei DDCA n. 62/2020 e n. 68/2021.

Azioni

1. Aggiornamento della rete dei Laboratori pubblici e privati: innalzamento delle soglie di produzione nel rispetto delle tempistiche indicate nel cronoprogramma.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Aggiornamento della rete dei Laboratori pubblici e privati: innalzamento delle soglie di produzione	DCA	dicembre 2022
2	Elaborazione di un prospetto di rilevazione intermedio (30 giugno) per una valutazione delle attività, delle azioni e dei risultati raggiunti	Prospetto	30 luglio 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
3	Rilevazione del dato definitivo (31 dicembre) per la valutazione dei risultati finali conseguiti rispetto all'obiettivo di efficienza operativa atteso	Prospetto	31 gennaio 2023
4	Definizione della rete dei laboratori privati	DCA	28 febbraio 2023
5	Monitoraggio rete laboratori	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. (assistenza specialistica ambulatoriale)	trimestrale
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.		annuale	
Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio		annuale	
Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti		annuale	
Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza.		annuale	

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

Commissari straordinari / Direttori Generali delle ASP.

12. ALTRE RETI ASSISTENZIALI

12.1 Rete Oncologica

Stato di attuazione

Con DCA n. 100/2020 è stata approvata la nuova rete oncologica, alla luce delle indicazioni previste nell'Accordo Stato Regioni del 17 aprile 2019 sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" repertorio atto n. 59/CSR.

Tuttavia, l'emergenza epidemiologica Covid-19 non ha consentito la piena attuazione della rete, per cui i Centri oncologici regionali non costituiscono ancora ad oggi punti di riferimento per molti pazienti, tanto che la mobilità sanitaria per la cura dei tumori continua ad essere tra le più cospicue.

È stato formalmente costituito il Coordinamento regionale della rete oncologica con DDG n. 3939 del 15/04/2021, che avrà il compito di governare la rete oncologica.

I volumi di chirurgia oncologica per singolo centro sono da incrementare, in specie per le forme oncologiche più frequenti (colon-retto, polmone, prostata, tumori ginecologici) per le quali talora non si raggiungano valori soglia raccomandati per la migliore qualità clinico-assistenziale (Vedi tabelle di seguito riportate).

Si rende necessario un monitoraggio dello stato di attuazione del DCA 100/2020 e un aggiornamento del DCA 64/2016 con l'identificazione nei singoli HUB di specifica branca chirurgica per patologia; ogni HUB rappresenterà il centro di eccellenza regionale per la specifica patologia oncologica. Il monitoraggio vedrà un'attenzione particolare ai dati relativi alla chirurgia senologica.

Di seguito riportate le mobilità regionali per patologie oncologiche prevalenti che sottolineano l'assoluta necessità di una organizzazione di Rete efficiente con percorsi per la malattia oncologica organizzati e che diano risposte concrete.

1.1 Mobilità dei residenti per la regione Calabria per patologia oncologica (anni 2019 – 2020)

TM POLMONE		TM COLON		TM mammella		TM PROSTATA	
2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
104	109	520	474	708	612	207	167

TM RETTO		PROSTECTOMIA TM		TM OVAIO		TM UTERO	
2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
88	80	169	143	59	42	240	185

Obiettivi

Dare forte impulso al Coordinamento regionale e realizzare la rete oncologica in coerenza con le indicazioni del DM n. 70/2015 e dell'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019.

Individuare e potenziare gli Hub, dal punto di vista chirurgico, per le principali neoplasie e assicurarvi la concentrazione della casistica e la presa in carico globale e tempestiva.

Modifica ed integrazione del DCA 64/2016

Azioni

1. Potenziamento del coordinamento della Rete Oncologica Regionale.
2. Potenziare l'oncologia chirurgica presso gli Hub:
 - l'AO di Cosenza per la chirurgia oncologica toracica;
 - l'AO dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco" di Catanzaro (ex Pugliese Ciaccio e Materdomini) per la chirurgia oncologica ginecologica;
 - l'AO di Reggio Calabria per la chirurgia oncologica addominale ed urologica;

3. Potenziare le Breast Unit, come da DCA 100/2020.
4. Potenziare l'Oncologica Medica e l'oncoematologia per i quali si individuano come centro di riferimento gli ospedali regionali HUB.
5. Attivare i molecular tumor board specifici in tutti i centri Hub;
6. Presa in carico precoce dei neodiagnosticati (da screening o da diagnosi incidentali) tramite l'istituzione di un numero verde, sito presso la sede del coordinamento della rete, in contatto con gli HUB usufruibile dai pazienti, da MMG e da strutture sanitarie.
7. Regolamentazione e messa a norma delle Unità Farmaci Antitumorali (UFA).
8. Costituzione di un gruppo oncologico multidisciplinare (GOM) per ogni area Nord Centro e Sud
9. Istituzione del Registro Tumori Regionale (Legge 27 dicembre 2019 n. 160, art.1, comma 463)
10. Implementazione del Raccordo della Rete Oncologica con le Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore.
11. Implementazione della Ricerca Clinica

12.2 Rete Tumori Rari

La peculiarità dei tumori rari e la loro esiguità numerica porta alla necessità di un raccordo con la Rete Nazionale dei Tumori Rari con i centri di coordinamento regionali e interregionali. Il coordinamento verrà posto presso l'AOU "Renato Dulbecco" di Catanzaro. Implementare il Registro dei Tumori Rari (in atto è attivo a Cosenza presso l'AO Annunziata e a Catanzaro presso l'AO Mater Domini).

Raccordo mediante teleconsulto con la Rete Nazionale dei Tumori Rari (tumori solidi dell'adulto, tumori pediatrici ed ematologici) centri ERN, con centri di coordinamento regionali (Cosenza) ed interregionali entro il 2022 (teleconsulto) entro il 2022.

Strutture regionali responsabili

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali di collaborazione

Settore n.11 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei Flussi Sanitari".

Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Potenziamento del coordinamento della rete oncologica	Decreto Dirigenziale	Giugno 2022
3	Costituzione tavolo e gruppo di lavoro per modifica/integrazione DCA 64/2016	Decreto Dirigenziale	Luglio 2022
4	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
5	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022

6	Potenziamento della chirurgia sugli HUB	Elaborazione di un Piano di potenziamento aziendale delle singole oncologie	Giugno 2022
		Elaborazione di un Piano di potenziamento aziendale delle singole chirurgie	Giugno 2022
7	Potenziamento delle breast unit	Delibera istitutiva per ogni azienda	Settembre 2022
8	Potenziare l'oncologia medica e l'oncoematologia.	Delibere aziendali	Giugno 2022
9	Istituire molecular tumor board aziendali specifici per patologia oncologica	Formalizzazione dell'azione da parte del coordinamento regionale	settembre 2022
10	Presa in carico precoce dei neodiagnosticati	Decreto dirigenziale	Settembre 2022
11	Garantire la presenza di Unità Farmaci Antiblastici (UFA).	DCA	Dicembre 2022
12	Costituzione di un gruppo oncologico multidisciplinare per area Nord Centro e Sud	Delibere aziendali	Giugno 2022
13	Organizzazione Registro Tumori regionali	Proposta di disegno di legge di modifica della Legge Regionale n. 2/2016	Dicembre 2023
		Progetto operativo	Dicembre 2023
14	Attivazione del centro di coordinamento regionale dei tumori rari in raccordo con la Rete nazionale tumori rari (RNTR) e centri ERN	DCA	Dicembre 2022
15	Implementazione registro tumori rari	DCA	Dicembre 2022
16	Raccordo con le Reti di Cure Palliative e di Terapia del Dolore	DCA	giugno 2022
17	Implementazione della Ricerca clinica	Formalizzazione dell'azione da parte del gruppo di coordinamento regionale	Dicembre 2023
18	Creazione di un sistema di raccolta dati per gli interventi senologici		Gennaio 2023
19	Monitoraggio stato attuazione DCA 100/2020	Volumi di attività Brest Unit	Annuale
		Ricoveri in fuga/ volumi di attività	Annuale

12.3 Rete Nefrologica e dialitica

Stato di attuazione

Con DCA n. 123 del 17/9/2020 "Programma Operativo 2019-2021. Punto 11.4.2 "Rete Nefrologica e Dialitica" Approvazione Rete Nefrodialitica regionale e Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente affetto da malattia renale cronica" sono stati approvati la Rete Nefrodialitica regionale e il PDTA per le malattie renali croniche.

Lo stesso Decreto ha previsto l'istituzione di una Commissione Regionale per il monitoraggio e lo sviluppo della Rete nefrodialitica, formalizzata con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento n. 3209 del 29/03/2021 e rappresentativa delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholders, con il compito di:

- Sviluppare tutte le azioni programmatiche previste nel documento della rete nefrodialitica, fra le quali il potenziamento dei centri dialisi, l'attivazione della dialisi domiciliare e gli interventi di prevenzione primaria e secondaria per controllare l'epidemia di Malattia Renale Cronica.
- Monitorare il corretto funzionamento dei Centri della rete e l'applicazione del PDTA per le malattie renali croniche, nelle aziende sanitarie.

L'implementazione della metodologia di teledialisi, in particolare l'utilizzo del monitoraggio in remoto, rappresenta una strategia irrinunciabile per i pazienti nefropatici, Questo faciliterà l'avvio della dialisi domiciliare che, in una prima fase sperimentale nell'anno 2022, coinvolgerà solo alcune aree distrettuali del territorio regionale come sarà esplicitato con apposito progetto sperimentale.

Obiettivi:

1. Potenziare la rete nefrodialitica
2. Identificare precocemente i pazienti a rischio elevato di malattia renale cronica.
3. Attivare la dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale), anche con il supporto di sistemi di telemedicina e specifica formazione
4. Incrementare il numero dei trapianti.
5. Avviare interventi mirati alla prevenzione della malattia renale cronica (MRC), attraverso un progetto di prevenzione che sarà effettuato dal Dipartimento della salute con la collaborazione di ANED e altri rappresentanti di associazioni di pazienti dializzati.

Azioni

1. Riorganizzazione dei centri dialisi al fine di individuare e porre rimedio alle situazioni di carenza e di inadeguatezza strutturale.
2. Realizzazione del progetto di screening
 - 3.1 Emanazione di indirizzi sulla dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale) da avviare in una prima fase sperimentale in alcune aree distrettuali del territorio regionale.
 - 3.2 Attivazione in attuazione del PNRR di un progetto di telemedicina territoriale per pazienti in dialisi.
4. Informazione e Formazione
5. Stesura progetto prevenzione della malattia renale cronica (MRC)

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempi
1	Riorganizzazione dei centri dialisi	DCA	Giugno 2023
2	Realizzazione del progetto di screening	DDG	Dicembre 2023
3.1	Emanazione di indirizzi sulla dialisi domiciliare (emodialisi e dialisi peritoneale)	DDG	Settembre 2023

	da avviare in una prima fase sperimentale in alcune aree distrettuali del territorio regionale.		
3.2	Attivazione in attuazione del PNRR di un progetto di telemedicina territoriale per pazienti in dialisi.	DCA	Dicembre 2023
4	Informazione e Formazione	Corsi	Dicembre 2023
5	Stesura progetto	DDG	Settembre 2023
6	Monitoraggio PDTA - relazione settore regionale competente	% di pazienti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC	Annuale
		% di pazienti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (dieterica e farmacologica)	Annuale
		n. di pazienti con insufficienza renale cronica in teledialisi assistita	Annuale
7	Monitoraggio Nefrodialitica - relazione settore regionale competente	Insufficienza renale cronica: mortalita' a 30 giorni dal ricovero	Annuale
		Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	Annuale
		Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto:

Settore n.4 - "Prevenzione e Sanità Pubblica".

Settore n.9 - "Assistenza territoriale - Salute mentale - Dipendenze patologiche - Salute nelle carceri.

Settore n. 10 - "Gestione SIRS-Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari - modernizzazione e digitalizzazione sistema salute - telemedicina".

12.4 Rete di Medicina Trasfusionale**Stato di attuazione Stato di attuazione**

La rete trasfusionale regionale, disegnata e approvata con il DPGR n. 58/2014, comprende tre Dipartimenti interaziendali funzionali di Medicina Trasfusionale collocati nelle tre aree geografiche della Regione (Area Nord - Area Centro - Area Sud), con i tre Centri di lavorazione ubicati nei

Servizi Trasfusionali di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, e il Centro Regionale di Qualificazione Biologica ubicato presso il Servizio Trasfusionale di Catanzaro. Tale sistema trasfusionale regionale, ricorrendo prevalentemente alla raccolta associativa, permette la raccolta di emocomponenti labili ad uso clinico (GR, piastrine e plasma) che, numericamente garantisce l'autosufficienza regionale.

A tal fine, il Centro Regionale Sangue mette in atto campagne di promozione di donazione di sangue ed emocomponenti, soprattutto nei periodi più critici dell'anno, in collaborazione con le Associazioni dei donatori; con quest'ultime è stata avviata anche la raccolta di plasma presso le UdR associative, previa addestramento del personale.

In tutte le Aziende Sanitarie è stato implementato il programma di Patient Blood Management, che ha consentito di ottimizzare l'utilizzo della risorsa sangue e di migliorare i risultati clinici.

La rete informatica regionale unica consente di mettere in collegamento tutte le strutture trasfusionali ospedaliere e le unità di raccolta associative ad esse afferenti, gestisce la trasmissione dei flussi informativi e la tracciabilità dell'intero sistema.

Il DCA n. 19/2022 ha recepito l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 100/CSR dell'8 luglio 2021 per *"la definizione dei criteri e dei principi generali per la regolamentazione delle convenzioni tra regioni, province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue e adozione del relativo schema-tipo. Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 14 aprile 2016 (Rep. atti 61/CSR)"* e ha stabilito le azioni relative alla stipula delle convenzioni con le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue operanti nel territorio regionale, garantendo la loro più ampia partecipazione alla programmazione regionale e locale per l'autosufficienza, affinché l'attività sanitaria di raccolta del sangue e degli emocomponenti delle Associazioni sia rispondente, per gli aspetti quantitativi e qualitativi, alle necessità trasfusionali regionali.

Le convenzioni stipulate ed eventualmente rinnovate, rimangono vigenti fino all'adozione di un nuovo Accordo Stato-Regioni.

Il trasporto delle unità di sangue e degli emocomponenti nonché dei campioni biologici e dei dispositivi correlati è attualmente assicurato dalle Associazioni dei donatori.

Sarà effettuata una gara regionale per la successiva assegnazione del servizio di trasporto.

A tal fine è stato costituito, con il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento n.2548/2021, un gruppo di lavoro per l'elaborazione del Capitolato tecnico, che, una volta approvato, verrà trasmesso alla Stazione Unica Appaltante per la procedura di gara.

In riferimento al percorso di accreditamento del sistema trasfusionale regionale, con il DCA n. 58/2021 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 29/CSR del 25 marzo 2021, concernente *"Aggiornamento e revisione dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (rep. atti n.242/CSR) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica"*.

Allo stato attuale, successivamente al recepimento dell'Accordo de quo, l'Organismo Tecnicamente Accreditante con i valutatori nazionali del Sistema Trasfusionale ha espletato nel 2021 le verifiche per circa l'80% dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta associative.

Obiettivi

1. Attivazione della gara per il servizio di trasporto regionale del sangue ed emocomponenti
2. Prosieguo delle attività di verifica dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 29/CSR del 25 marzo 2021
3. Riduzione dei consumi di sangue ed emocomponenti negli interventi di elezione.

Azioni

1. Determinazione del fabbisogno per l'acquisizione del servizio di trasporto regionale
2. Effettuazione delle visite di verifica dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta associative ai sensi del D.lgs. n. 261/2007.
3. Applicazione costante del programma di Patient Blood Management

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Determinazione del fabbisogno per l'acquisizione del servizio di trasporto regionale	Decreto	Febbraio 2023
2	Effettuazione delle visite di verifica dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta associative ai sensi del D.lgs. n. 261/2007	100 % dei Servizi e delle Unità di raccolta	Giugno 2022
3	Applicazione costante del programma di Patient Blood Management	Riduzione dei consumi di sangue ed emocomponenti negli interventi di elezione rispetto agli anni precedenti	Dicembre 2023 Dicembre 2024 dicembre 2025

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

12.5 Rete Trapianti

Stato di attuazione

In Calabria, grazie anche al potenziamento dei coordinamenti Aziendali degli Ospedali Hub di Cosenza e Reggio Calabria previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018 "Riorganizzazione Rete Regionale Trapianti e sistema di procurement", si è registrato un sostanziale incremento dell'attività di procurement che ha portato a 16,9 p.m.p. il dato regionale relativo ai donatori utilizzati, prima che la pandemia da Covid-19 colpisse pesantemente anche la Regione Calabria.

La seconda ondata pandemica, purtroppo, ha determinato una riduzione del numero dei donatori effettivi a causa dell'aumento dei ricoveri di pazienti Covid positivi che hanno drasticamente saturato i posti disponibili soprattutto nei reparti di Terapia Intensiva degli Hub. Tale situazione ha reso ancora più difficile la collaborazione tra Ospedali Hub e Spoke finalizzata all'aumento degli indici di procurement che, in quest'ultimi ospedali, era già particolarmente scarsa. Infatti a dicembre 2019 il numero dei donatori procurati è stato di 35 a fronte dei 28 assegnati come obiettivo, mentre nel 2020, a causa della pandemia, è stato soltanto di 26 a fronte dei 39 assegnati.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 24 Gennaio 2018 Rep. Atti n. 16/CSR sono stati indicati i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi a cui devono adeguarsi le strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Il Centro Regionale Trapianti con nota prot. 16028/RG del 19/07/2019 ha comunicato ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria la necessità di adeguamento delle due strutture regionali autorizzate al trapianto di rene in base a quanto previsto dal suddetto Accordo.

Lo stesso CRT con nota prot. n. 24933/RG del 6/12/2019 ha chiesto all'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) il supporto per la verifica dei piani di adeguamento e con nota prot. n. 14502/RG del 2/04/2021 ha chiesto alle due Aziende interessate notizie circa lo stato di avanzamento dei lavori intrapresi per il necessario adeguamento delle due strutture.

In data 30 settembre 2022 l'ASP di Reggio Calabria ha deliberato in merito al fabbisogno del personale prevedendo per l'area trapianti il personale adeguato. Farà seguito immediatamente l'attivazione delle procedure di reclutamento. Sarà cura del centro trapianti di Reggio Calabria comunicare l'avvenuta assunzione al CNT.

Con il DCA n. 167/2018 è stata definita anche la dotazione organica del Centro Regionale Trapianti con l'identificazione del personale necessario.

Con nota prot. 223949 del 17 maggio 2021 è stata prevista "l'Autorizzazione straordinaria al reclutamento di personale a stralcio - Piano Assunzionale 2022", che ancora oggi non ha trovato attuazione.

Obiettivi

1. Valutazione ed eventuale modifica di quanto previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018 "Riorganizzazione Rete Regionale Trapianti e sistema di procurement" e completa attuazione della dotazione tecnica e di risorse umane.
2. Implementare le procedure di accertamento di morte con equipe itineranti dalle Aziende Ospedaliere verso gli Spoke.
3. Adeguamento delle Strutture autorizzate al trapianto di Cosenza e Reggio Calabria, in base a quanto previsto dall'Accordo di Conferenza Stato-Regioni n. 16 del 24/01/2018.

Azioni

1. Istituzione Gruppo di lavoro per la valutazione ed eventuale modifica di quanto previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018.
- 1.2 Reclutamento personale per la dotazione organica del Centro Regionale Trapianti, già definita con DCA n. 167/2018.
2. Istituzione con Delibere aziendali presso ciascuna delle Aziende Ospedaliere di Cosenza (Area Nord), di Catanzaro "Pugliese-Ciaccio" (Area Centro) e di Reggio Calabria (Area Sud), di equipe multidisciplinari itineranti per la costituzione del Collegio Medico finalizzato all'accertamento di morte con criteri neurologici il cui obiettivo sarà quello di supportare gli Ospedali Spoke dell'area di appartenenza a garanzia della corretta gestione dell'intera procedura dall'accertamento di morte al prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto. Per tale attività è in fase di adozione un nuovo DCA che prevede l'istituzione di tali equipe in ogni Hub; identificazione degli operatori che fanno parte delle equipe itineranti.
 3. Adeguamento ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018 delle due strutture autorizzate alle attività di trapianto di rene delle Aziende Ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria. Verifiche dell'adeguamento dei requisiti necessari al rinnovo dell'autorizzazione al trapianto.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	1.1 Istituzione Gruppo di lavoro per la valutazione ed eventuale modifica di quanto previsto dal DCA n. 167 del 20/09/2018. 1.2 Reclutamento personale per la dotazione organica del Centro Regionale Trapianti, già definita con DCA n. 167/2018	DCA	Dicembre 2022
2	Istituzione in ogni Ospedale Hub di una equipe e/o professionisti itineranti per l'accertamento di morte con criteri neurologici	DCA	Dicembre 2022
3	Adeguamento ai requisiti delle strutture AO Cosenza e GOM Reggio Calabria e verifiche sull'avvenuto adeguamento	Verifiche in loco	Giugno 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

12.5.1 Rete trapianti di fegato in Calabria

La Regione Calabria afferisce al Centro Nazionale Trapianti che ha, tra le sue finalità, la promozione della donazione di organi, di tessuti e cellule e lo sviluppo dei trapianti nonché lo scambio di conoscenze ed esperienze.

In considerazione del numero di abitanti (circa 2.000.000), del numero delle donazioni di organi (in media 15 l'anno) e del rapporto costo-beneficio, è attivo soltanto il programma per trapianto di rene, sia da donatore cadavere (polo Azienda Ospedaliera di Cosenza e polo GOM di Reggio Calabria) che da donatore vivente (polo GOM di Reggio Calabria).

Dal 2016 è attiva una Convenzione tra le Regioni Calabria e Lazio (DPRG – CA n. 118 del 2 agosto 2013) per le attività di Trapianto di Fegato per i cittadini residenti in Calabria (che era nata anche con l'intento, di promuovere la realizzazione di un Centro trapianto di fegato in Calabria).

Da giugno 2019 nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza esiste l'expertise chirurgica ed organizzativa per la realizzazione di Trapianto di fegato in Calabria.

Gli standard minimi di attività annuale definiti dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/2/2002 e previsti all'art. 16 della legge N° 91 del 1/4/99 "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti" sono di 25 trapianti di fegato da cadavere/anno.

In realtà i pazienti calabresi in attesa di trapianto di fegato, iscritti nei vari centri italiani, variano da 40 a 50 in considerazione del numero dei trapianti, dei decessi e delle nuove iscrizioni.

Il numero di organi che annualmente si rendono disponibili sul territorio regionale, circa 15, destinati ad aumentare, con punte di 22 donazioni in alcuni anni (es nel 2009, 2013, 2019), è da ritenere, quindi, sufficiente per garantire il diritto al trapianto di fegato nella regione Calabria ai cittadini ivi residenti.

Tutto quanto premesso è indispensabile per ridurre la migrazione sanitaria dei cittadini calabresi che necessitano di trapianto di fegato, con risparmio dei relativi DRG (circa 100.000 euro per trapianto).

Ci si propone, quindi, di attivare un Centro Trapianto di Fegato in Calabria, nello specifico nell'U.O.C. di Chirurgia Generale "Falcone" dell'Az. Ospedaliera di Cosenza, con il coinvolgimento delle UU.OO.CC. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di tutte le Aziende della Calabria, in modo che i fegati prelevati in Calabria, vengano trapiantati in Regione a pazienti iscritti nella lista d'attesa calabrese per trapianto di fegato per tumore.

Con successivo provvedimento verranno definiti gli obiettivi e le azioni della suddetta rete regionale.

Obiettivi

1. Realizzazione della Rete Regionale Trapianti di fegato.

Azioni

1. Istituzione Gruppo di lavoro per la proposta progettuale e la formazione.
2. Studio fattibilità attraverso analisi dei dati e raccordo con il Centro Nazionale Trapianti
3. Proposta progettuale

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Istituzione Gruppo di lavoro per la proposta progettuale e la formazione	DCA	Giugno 2022
2	Studio fattibilità analisi dati e raccordo con il Centro Nazionale Trapianti	documento	Dicembre 2022
3	Proposta progettuale	DCA	Febbraio 2023

12.6 Rete per le Malattie Rare

Stato di attuazione

Con DCA n. 61 del 06/03/2020, integrato con successivo DCA n. 127 del 29/09/2020, sono state definite le *Linee di indirizzo per la presa in carico dei pazienti nei Presidi della Rete Regionale Malattie Rare*, che ad oggi è strutturata sui 3 Hub (AO Cosenza - AO di Catanzaro e GOM) e sull'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Al fine di provvedere alle successive azioni di sviluppo della Rete, con Decreto Dirigenziale n. 4016 del 19/04/2021 è stato aggiornato il Gruppo tecnico di lavoro regionale in materia di Malattie Rare, che, già istituito con DDG n. 4773 del 29/04/2016 e comprensivo del Coordinamento regionale MR, ha il compito di creare un modello organizzativo regionale che si faccia carico di delineare percorsi clinico-assistenziali condivisi nei principali ambiti di intervento (PDTA) con una connessione sinergica delle strutture ospedaliere con quelle territoriali (Hub & Spoke), al fine di garantire una presa in carico globale del paziente.

Tra le attività istituzionali della Rete regionale Malattie Rare v'è, altresì, quella relativa agli screening neonatali previsti dai LEA - vedi sezione dedicata allo Screening Neonatale Esteso (SNE) nonché agli screening neonatali audiologico ed oftalmologico -, per la realizzazione dei quali si ricorrerà al finanziamento previsto dall'*art. 6, comma 2, legge n. 167/2016*.

Obiettivi

- ✓ Aggiornamento della Rete regionale delle Malattie Rare mediante la strutturazione di PDTA specifici per le principali patologie che consentano l'ottimale gestione del paziente. Rafforzamento della *governance* regionale in attuazione di quanto già programmato.
- ✓ Attivazione e messa a regime dello screening neonatale, per le cui attività si ricorrerà al finanziamento previsto dall'*art. 6, comma 2, legge n. 167/2016*.

Azioni

- Elaborazione dei PDTA sotto il monitoraggio del Coordinamento Regionale e multidisciplinare della Rete Malattie Rare sulle patologie rare a carattere genetico e/o pediatrico a maggiore incidenza nella regione Calabria.
- Messa a regime del Registro Regionale Malattie Rare, istituito con DGR n. 409/2009, mediante individuazione ed abilitazione dei referenti clinici (Direttori delle UU.OO. o loro delegati) responsabili dell'inserimento dei dati dei Presidi della Rete sul Registro medesimo.
- Monitoraggio e verifica dei volumi di attività dei Presidi della Rete.
- Ridefinizione della Rete regionale MR sulla base degli esiti del monitoraggio.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Elaborazione dei PDTA	DCA	Dicembre 2022
2	Messa a regime del Registro Regionale MR ed individuazione dei referenti di Presidio MR	Referenti abilitati totale direttori UUOO (100%)	Dicembre 2022
3	Monitoraggio dell'attività dei Presidi mediante il Registro Regionale Malattie Rare – report	Volume di attività	Gennaio 2024
		Verifica trasmissione dei dati dai Registri regionali/interregionali al Registro Nazionale delle Malattie Rare	
		Numero di PDTA attivi per pazienti seguiti nei Centri regionale per le malattie rare	
4	Ridefinizione della Rete regionale MR	DCA di aggiornamento della rete	Dicembre 2024

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Gruppo tecnico regionale.

12.7 Rete Endocrinologica

Stato di attuazione

In Calabria, nelle strutture ospedaliere e sul territorio sono presenti numerosi ambulatori di endocrinologia e di endocrinologia pediatrica la cui attività, a causa di una insufficiente organizzazione per intensità e complessità di cure, rischia di diventare poco efficiente con aumento della migrazione sanitaria.

L'elevata diffusione delle tireopatie in Calabria (fino al 50-60% patologia nodulare, fino al 10% alterazioni funzionali) pone gli esami tiroidei ai primi posti tra le indagini di laboratorio, spesso con un alto rischio di inappropriatazza e conseguente grave rincaro della spesa sanitaria.

Con decreto dirigenziale n. 3221 del 29/03/2021 è stato istituito il Gruppo tecnico regionale per la "Rete Endocrinologica" con l'obiettivo, appunto, di realizzare una Rete endocrinologica che preveda la creazione di un modello organizzativo regionale nonché di percorsi clinico-assistenziali condivisi nei principali ambiti di intervento con una connessione sinergica delle strutture ospedaliere con quelle territoriali, al fine di garantire una presa in carico globale del paziente su tutto il territorio regionale, dallo screening, alla diagnosi ed alla terapia medica, chirurgica e radio-metabolica.

Obiettivi

- ✓ Programmazione della rete endocrinologica ed elaborare il PDTA specifico per la patologia tiroidea.

Azioni

- Elaborazione della rete endocrinologica regionale.
- Elaborazione del PDTA sulla patologia tiroidea.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Elaborazione di una proposta di Rete endocrinologica regionale	DCA	Ottobre 2022
2	Elaborazione del PDTA sulla patologia tiroidea	DCA	Gennaio 2023

Strutture regionali/aziende responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 "Assistenza territoriale - Sistemi alternativi al ricovero e Gestione territoriale delle epidemie".

Settore n. 3 "Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa protesica – farmacie convenzionate – educazione all'uso consapevole del farmaco".

Settore n. 3 "Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa protesica – farmacie convenzionate – educazione all'uso consapevole del farmaco".

12.8 Rete Diabetologica

Stato di attuazione

Con DCA n. 13/2015 sono stati approvati i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica.

Con DCA n.172/2017 è stato approvato il PDTA sul Piede Diabetico che prevede la creazione di un PAC specifico per standardizzare e facilitare il percorso del paziente stesso.

Il DCA 11/2018, che ha approvato la Rete Assistenziale Diabetologica Integrata Territorio-Ospedale, ha fornito le linee di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale e del diabete pre-gestazionale tipo 1 e tipo 2 per i quali è stata prevista la creazione di PAC specifici.

L'*Allegato 1* del predetto DCA ha previsto, fra l'altro, la costituzione di un Coordinamento regionale della rete assistenziale diabetologica con il compito, tra l'altro, di implementare la Rete Assistenziale Diabetologica, implementare e monitorare i PDTA secondo gli indicatori previsti e configurare una rete informatica regionale quale strumento essenziale per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici e per la prescrizione informatizzata dei farmaci.

Tale rete informatica si basa su una piattaforma condivisa dalle Aziende Sanitarie che prevede, all'interno del sito web, un link "Rete Assistenziale Diabetologica" a cui gli operatori autorizzati possano accedere mediante inserimento di uno User ID e di una password come previsto dal DCA 11/2018. All'interno della piattaforma è previsto un servizio di telemedicina destinato ai clinici, ai pazienti e ai loro caregiver al fine di migliorare la qualità di vita del paziente e risparmiare risorse.

Al fine di avviare il monitoraggio della rete diabetologica regionale, è stato ricostituito il Coordinamento Regionale della Rete Assistenziale Diabetologica, presieduto dal Dirigente del competente Settore n. 6 e costituito dai professionisti comunicati dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e dalle Associazioni dei pazienti. Il Coordinamento regionale avrà il compito di monitorare il funzionamento dei Centri della rete diabetologica e l'applicazione dei PDTA nelle aziende sanitarie secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa.

Obiettivi

- ✓ Monitoraggio della rete diabetologica dell'adulto e nell'età pediatrica su tutto il territorio regionale.
- ✓ Implementazione dei PDTA sul piede diabetico e sul Diabete in gravidanza con attivazione dei PAC "Diabete in gravidanza" e "Piede Diabetico".
- ✓ Attivazione della rete informatica diabetologica anche con l'ausilio della telemedicina.

Azioni

- Attivazione dei PAC "Diabete in gravidanza" e "Piede Diabetico".
- Attivazione della rete informatica diabetologica.
- Attivazione della telemedicina per i pazienti diabetici.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attivazione dei PAC "Diabete in gravidanza" e "Piede Diabetico"	Decreto	Dicembre 2022
2	Attivazione della Rete informatica diabetologica anche con l'ausilio della telemedicina	Decreto	Marzo 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 - "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

12.9 Rete Medicina di Genere

La Medicina di Genere, dimensione interdisciplinare della branca medica, studia e approfondisce l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana ovvero sui meccanismi generativi delle patologie, sulle azioni di prevenzione, diagnosi e terapia più opportune a seconda del sesso biologico e del genere di appartenenza.

In particolare, l'ambito di studi eseguiti finora riguarda:

- le malattie cardiovascolari,
- tumori,
- le malattie metaboliche,
- le osteoarticolari,
- neurologiche,
- infettive,
- autoimmuni

Questa "nuova" dimensione della medicina prevede che, oltre all'influenza esercitata dalle determinanti di genere e al sesso biologico, rientrino nella valutazione etiopatogenica anche parametri, quali età, etnia, livello culturale, confessione religiosa, orientamento sessuale, condizioni sociali ed economiche ciò al fine di riparametrare l'equità di accesso al servizio sanitario.

La medicina genere-specifica è focalizzata sull'identificazione e sulla comprensione dei meccanismi attraverso cui le differenze legate al genere agiscono su: stato di salute, evoluzione patologica e *outcome* dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

In base alle recenti indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS la Medicina deve essere declinata in modo da includere il Genere come determinante di salute attraverso lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. La promozione della cultura della medicina di genere contribuisce, al contrasto delle disuguaglianze di salute e necessita di un approccio intersettoriale e inclusivo in linea con la logica '*one health*'.

La comunicazione per la diffusione della Medicina di Genere, rappresenta, uno straordinario strumento di *governance* delle politiche di prevenzione, promozione della salute e contrasto alle disuguaglianze, come sostenuto già dal Piano Sanitario Nazionale e dal Rapporto Salute 2020, oltre che un supporto alla diffusione e alla promozione della medicina di genere.

Infatti l'Unione propone di inserire una dimensione di genere nel piano dell'UE per la lotta contro il cancro già avviato nel 2020 in modo da facilitare attraverso la condivisione di buone pratiche tra Stati membri e *stakeholder*, sugli aspetti di genere della salute, ivi compresa quella sessuale e riproduttiva.

La normativa nazionale, con la Legge 11 gennaio 2018 n.3 art. 3, ha adottato il Piano Nazionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere in attuazione dell'articolo 3, comma 1), documento predisposto dal Ministero della Salute, con il fondamentale supporto del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, che fornisce "un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche

sanitarie nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura che tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio". Il Ministero della Salute, con nota del 26 giugno 2019, ha richiesto di indicare un referente regionale per la medicina di genere così come previsto dal Piano.

All'adozione del Piano, si è aggiunta l'istituzione, da parte del Ministero della Salute, dell'Osservatorio nazionale della Medicina di Genere presso l'Istituto Superiore Sanità il 22.09.2020, il cui obiettivo principale è assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano.

Il presente Piano per la diffusione e l'applicazione della medicina di Genere, a supporto del PRP 2020-2025 e del Piano di Comunicazione per la Salute 2021, si configura come strumento di riferimento sui tre assi

- clinica e ricerca,
- diffusione e formazione,
- informazione e comunicazione – in continuità con quanto stabilito nel Piano Nazionale.

Il Piano Regionale per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere che la nostra Regione attuerà riporterà le indicazioni operative sull'attivazione di Gruppi di Lavoro specifici con funzioni di osservatorio locale e di supporto alle Azioni intraprese dal Tavolo Regionale.

È stato identificato un Referente che si propone di coordinare il Tavolo tecnico regionale per una diffusione capillare della medicina di genere e la creazione di una Rete regionale.

OBIETTIVI

1. Realizzazione della Rete di Medicina di Genere:
2. Istituzione Coordinamento Regionale per best- practice di genere
3. Realizzazione sito web Regionale su Medicina di genere
4. Definizione dei percorsi clinici orientati al genere
5. Prevenzione patologie di genere
6. Formazione operatori sanitari sul Genere
7. Osservatorio Regionale in accordo con Tavolo Regioni e ISS

AZIONI

1. Definizione del progetto: Linee di indirizzo regionali sulla Medicina di Genere in accordo con il Piano Nazionale
2. Attivare ambulatori di medicina di genere aziendali e di quant'altro stabilito dal Coordinamento Regionale
3. Creazione e aggiornamento biblioteche interattive
4. PDTA delle patologie di genere
5. Screening organizzati per genere sul: colon retto, prostata e osteoporosi
6. Organizzazione Corsi Formazione operatori sanitari sul Genere
7. Raccolta epidemiologica Regionale e raccolta dei dati disaggregati per sesso per studi di popolazione

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Definizione del progetto: Linee di indirizzo regionali sulla	DCA	Dicembre 2022

	Medicina di Genere in accordo con il Piano Nazionale		
2	Attivare ambulatori di medicina di genere aziendali e di quant'altro stabilito dal Coordinamento Regionale	DCA	Giugno 2024
3	Creazione e aggiornamento biblioteche interattive	Attivazione sito web	Dicembre 2022
4	PDTA delle patologie di genere	DCA	Dicembre 2022
5	Screening organizzati per genere sul: colon retto, prostata e osteoporosi	DDG	Giugno 2023
6	Organizzazione Corsi Formazione operatori sanitari sul Genere	DDG	Novembre 2022
7	Raccolta epidemiologica Regionale e raccolta dei dati disaggregati per sesso per studi di popolazione	DDG	Giugno 2024

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze"

Strutture regionali di collaborazione

Settore n.10 "Gestione SISR – Monitoraggio e implementazione dei Flussi Sanitari –

Modernizzazione e Digitalizzazione Sistema della Salute - Telemedicina".

13.RETI ASSISTENZIALI AD INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

13.1 Rete Riabilitazione e Lungodegenza

Stato di attuazione

Al fine di procedere alla costruzione della rete regionale di riabilitazione e lungodegenza è stata necessaria una prima fase di ricognizione delle strutture pubbliche e private presenti nel territorio regionale e di rilevazione delle prestazioni quali-quantitative erogate dalle stesse.

È stato costituito con DDG n. 608 del 29/01/2020 un gruppo tecnico di lavoro, con il compito di effettuare un'analisi della situazione attuale e programmare una proposta di rete.

La proposta di rete definirà l'articolazione delle strutture di riabilitazione nell'ambito della rete delle post-acuzie in stretta coerenza con gli standard di cui al D.M. n.70/2015, nonché alle recenti Intese Rep. Atti n. 126/CSR del 4/08/2021 e Rep. Atti n. 124/CSR del 4/08/2021.

Pertanto nel nuovo documento di aggiornamento/integrazione del DCA 64/2016, sarà definita anche la rete della riabilitazione e della lungodegenza

Obiettivi:

aggiornamento/integrazione DCA 64/2016

Azioni:

Elaborazione proposta di rete con attivazione posti letto per incrementare l'offerta pubblica post-

acuzie, differenziando la lungodegenza a carattere prevalentemente internistico dalla lungodegenza da quella a carattere di riabilitazione estensiva.

Attivazione dei posti letto programmati. Parte di questi posti letto saranno previsti nei presidi ospedalieri da riconvertire per effetto delle sentenze del giudice amministrativo.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1.	Costituzione gruppo tecnico di lavoro	Decreto Dirigenziale n. 608 del 29/01/2020	Gennaio 2020
2.	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 64/2016	Documento	Ottobre 2022
3.	Approvazione nuova rete ospedaliera e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4.	Monitoraggio rete post-acuzie	n. pl attivati/n. pl programmati	Annuale
		Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acute inappropriati dal punto vista clinico	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto:

Settore n. 7 - "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

Settore Politiche Sociali Regione Calabria (esclusivamente sulla programmazione della rete della non autosufficienza).

Organismi Rappresentativi delle strutture convenzionate della Regione Calabria.

13.2 Rete Sclerosi Multipla

Stato di attuazione

Il DCA n. 140 del 19/10/2017 ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Sclerosi Multipla (PDTA SM) e ha previsto il monitoraggio dell'implementazione nelle Aziende Sanitarie attraverso una Commissione Regionale appositamente istituita con DDG n. 15639 del 19/12/2018, che ha anche il compito di integrare sia le innovazioni assistenziali che eventualmente quelle terapeutiche. I Centri di I e II livello sono tutti funzionanti e dotati di team multidisciplinari. Quasi tutte le Aziende Sanitarie hanno formalizzato un PDTA aziendale per la presa in carico delle persone con SM alle quali, pur nelle differenziazioni degli assetti aziendali, devono essere assicurati i livelli essenziali di salute.

Tenuto conto dell'importanza che assume il trattamento riabilitativo per la condizione di salute e di vita delle persone con sclerosi multipla in tutti i setting di eleggibilità (domiciliare, ambulatoriale, residenziale), si rende necessario garantire un percorso riabilitativo personalizzato, in una logica di continuità assistenziale e integrazione all'interno della rete riabilitativa regionale.

La pandemia di Covid-19, fin dai primi mesi del 2020, ha notoriamente stravolto e sovraccaricato il sistema sanitario italiano, con implicazioni significative nella gestione di molte patologie croniche, inclusa la SM. Secondo un'indagine svolta dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), durante la prima ondata pandemica, il 91% dei Centri Sclerosi Multipla (Centri SM) sul territorio nazionale ha dichiarato di aver subito un impatto organizzativo moderato-grave, con l'88% dei Centri che ha dovuto annullare o rinviare visite di controllo. Il 75% dei pazienti ha avuto, altresì, difficoltà di accesso ai servizi riabilitativi e il 45% ai servizi ambulatoriali. A tal proposito, la Sclerosi Multipla può essere considerata un terreno particolarmente favorevole di applicazione della telemedicina, in cui le tecnologie digitali, integrate in modo sistematico e in risposta ai bisogni messi in luce dagli stakeholder stessi, potenziano il percorso favorendo una presa in carico che sia globale, integrata e continua, che possa migliorare gli outcome di salute, supportare e valorizzare il lavoro dei professionisti coinvolti in tutte le fasi del percorso.

In particolare Agenas, nell'anno 2022, ha elaborato un PDTA specificatamente dedicato alle persone affette da Sclerosi Multipla, delineando un percorso allo scopo di sostenere la progettazione e l'implementazione omogenea in tutte le regioni.

Obiettivi

- ✓ Coordinamento della rete regionale e potenziamento dei centri di riferimento di II livello.
- ✓ Attivazione della telemedicina per i pazienti con SM.

Azioni

- Attivazione, in collaborazione con il settore regionale competente, della telemedicina, proponendo la digitalizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e riabilitativo a supporto sia dei pazienti che dei clinici, coinvolgendo e potenzialmente collegando tra loro tutti gli operatori di riferimento lungo il percorso.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attivazione, in collaborazione con il settore regionale competente, della telemedicina	Decreto	Gennaio 2023
2	Monitoraggio PDTA	Popolazione con SM in carico nei sistemi regionali.	Annuale
		Tempo che intercorre fra il primo contatto con una struttura di neurologia e l'inizio della terapia con DMT	Annuale
		esecuzione di almeno una visita neurologica/paziente/anno.	Annuale
		esecuzione di almeno una RM encefalica all'anno per tutti i	Annuale

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
		pazienti in terapia con DMT	
		numero di pazienti ricoverati per complicanze infettive	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 - "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 - "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

Settore n. 3 - "Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all'Uso Consapevole del Farmaco".

13.3 Rete Broncopneumologica

Stato di attuazione

Con DCA n. 11/2015 è stato approvato il PDTA per la gestione integrata dei pazienti affetti da Bronco Pneumopatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) con l'obiettivo di qualificare l'offerta di assistenza al paziente cronico riducendo l'ospedalizzazione, di garantire risposte personalizzate alle cure dei pazienti con un approccio multidisciplinare incentrato sul malato e di realizzare aree di ricovero graduate per intensità di bisogno assistenziale con forte integrazione Ospedale-Territorio.

Con Decreto Dirigenziale n. 3944 del 15/04/2021 "Gruppo tecnico per la rete Pneumologica ed il Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione integrata della Bronco pneumopatia cronica ostruttiva, asma e sindrome della apnee notturne" è stato ricostituito il gruppo tecnico di lavoro con il compito di aggiornare il PDTA sulla BPCO sulla base delle ultime linee guida delle società scientifiche, definire il "PDTA per l'asma" e il "PDTA per la Sindrome delle apnee notturne", nonché programmare la "Rete Pneumologica e Allergologica Regionale", con l'obiettivo di individuare i nodi della rete, distinti per livelli di intensità, secondo un modello organizzativo a forte integrazione ospedale-territorio.

Obiettivi

- Programmazione della Rete Broncopneumologica.
- Aggiornamento del PDTA sulla BPCO.
- Approvazione dei PDTA sull'asma e sulla sindrome delle apnee notturne.

Azioni

- Elaborazione di una proposta di Rete Broncopneumologica
- Aggiornamento del PDTA sulla BPCO
- Elaborazione dei PDTA per le principali patologie pneumologiche croniche (asma e sindrome delle apnee notturne)
- Monitoraggio degli indicatori relativi ai PDTA elaborati ed approvati

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Elaborazione di una proposta di Rete broncopneumologica	DCA	Giugno 2023
2	Aggiornamento del PDTA sulla BPCO	DCA	Dicembre 2022
3	Elaborazione di PDTA per l'asma e la sindrome delle apnee notturne	DCA	Dicembre 2022
4	Monitoraggio degli indicatori relativi ai PDTA sulla BPCO	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) BPCO.	
		Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	
		BPCO: volume di ricoveri in day hospital	
		BPCO: volume di ricoveri ordinari	
5	Monitoraggio PDTA per l'asma e la sindrome delle apnee notturne	diminuzione dei tempi di presa in carico	
		appropriatezza organizzativa, con riduzione di prestazioni inefficaci/inefficienti	
		Ospedalizzazione per asma negli adulti	

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto:

Settore n. 7 "Assistenza territoriale - Sistemi alternativi al ricovero e Gestione territoriale delle epidemie".

Settore n. 3 "Assistenza farmaceutica – assistenza integrativa protesica – farmacie convenzionate – educazione all'uso consapevole del farmaco".

13.4 Rete delle cure palliative e terapia del dolore

13.4.1 Rete Terapia del Dolore

Il DCA n° 36 del 14/05/2015 ha definito la Rete Hub – Spoke ad integrazione Territoriale, individuando quale Centro di riferimento della terapia del dolore (Hub), l'UOC di Terapia del Dolore e CP dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. Inoltre, venivano individuati gli Spoke di Terapia del dolore di II livello (AO "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro e AO di Reggio Calabria) e quelli di I livello (allocati negli ospedali Spoke della Regione Calabria).

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza con delibera n. 228 del 31 agosto 2015 si è impegnata a realizzare ed implementare un Polo di Eccellenza per la ricerca e la cura del dolore cronico e, con atti deliberativi successivi, il Centro Hub è stato dotato di autonomo personale medico ed infermieristico. Al fine di attuare quanto programmato, e cioè garantire in modo ottimale la cura e la continuità terapeutica ai pazienti con dolore in ogni luogo di cura, sono stati sviluppati diversi setting clinico-gestionali, che rappresentano i nodi della rete.

Si ritiene inoltre che è necessario realizzare un unicum di cure che hanno come comune denominatore la lotta alla sofferenza. Per tale ragione bisogna cominciare a pensare che le due Reti, Rete di Terapia del Dolore e Rete di Cure Palliative, debbano interagire per ridurre la frammentazione delle cure e di conseguenza ridurre i costi. L'Integrazione deve essere intesa come integrazione delle cure, cure palliative e terapia del dolore con riorganizzazione del sistema in termini di efficienza.

A tale scopo sono stati avviati dei percorsi interaziendali che hanno permesso di:

- Definire ed implementare il PDTA del paziente con Dolore Oncologico con l'attivazione di un percorso dedicato ai pazienti con metastasi ossee e la costituzione di un team multidisciplinare dedicato a tale percorso;
- Avviare il percorso dei pazienti con dolore, candidati a cure palliative nel Dipartimento di Emergenza (DEA), che ricorrono in maniera inappropriata al pronto soccorso impegnando tutti i servizi della rete di emergenza urgenza. È stato inoltre costituito un team di consulenza multidisciplinare, composto da diverse figure sanitarie (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, case manager, etc.). Il team è in grado di fornire consulenze ai pazienti ricoverati con il supporto di operatori sanitari, per garantire un'assistenza centrata sul paziente e sulle famiglie valutando e gestendo i sintomi refrattari.

Da un'attenta analisi si è constatato che nella Rete regionale solo tre Strutture possono essere contrassegnate dal codice 96 secondo quanto previsto nel DM 21/11/2018:

- ◆ AO "Annunziata" di Cosenza dove è prevista la degenza ordinaria e Day Hospital;
- ◆ AO "Pugliese – Ciaccio" di Catanzaro dove è prevista la degenza in Day Hospital;
- ◆ AO "Bianchi – Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria dove è prevista la degenza in Day Hospital.

Tra gli **Obiettivi** generali da conseguire bisogna:

- assicurare una appropriata erogazione di servizi e garantire una continuità assistenziale h 24 con totale presa in carico per i pazienti con dolore;
- Implementare tutti gli Spoke esistenti e attivare quelli previsti nelle linee guida del 2015, e dalle strutture di prossimità che verranno individuate dal Settore regionale competente;
- Contrassegnare le Strutture con degenza (ordinaria e/o Day Hospital) con il codice 96.

Tra le **Azioni** si prevede:

- 1) Interazione del Coordinamento regionale con i rappresentanti di tutti i nodi della rete;

- 2) Implementazione del centro Hub della rete di Terapia del Dolore;
- 3) Informatizzazione della rete di Terapia del Dolore, con costituzione di una piattaforma digitale presso il centro Hub finalizzata alla messa in rete degli Spoke e dei MMG.
- 4) Predisposizione di un progetto formativo per i medici della rete e i MMG;
- 5) Implementazione del PDTA del paziente con dolore oncologico con sviluppo del percorso a livello di tutta la rete territoriale.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione gruppo tecnico di lavoro	DCA 71	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 65/2020	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete territoriale e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Implementare la rete di terapia del dolore con nuovi nodi della rete	DCA	Aprile 2022
5	Definire il PDTA del paziente con dolore rachideo	DCA	Giugno 2022
6	Elaborare progetto formativo per MMG e personale sanitario della rete	Decreto	Ottobre 2022

13.4.2 Rete di Cure Palliative

Il DCA n. 77 del 6/7/2015 ha definito la Rete regionale di cure palliative, considerata trasversale ad alcune patologie ed una nuova redistribuzione dei posti Hospice su tutto il territorio regionale. Con successivo DCA (n. 56 del 29/3/2017) la programmazione degli Hospice veniva implementata con la previsione di un nuovo Hospice presso l'ASP di Crotona di 10 posti letto. Attualmente, la Regione Calabria ha attivato 6 Hospice per un totale di 60 posti letto su 94 programmati. Solo un Hospice (quello di Cassano allo Jonio) è pubblico, mentre gli altri 5 sono privati accreditati. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare in cure palliative ancora essa non è distribuita uniformemente su tutto il territorio regionale; tutto ciò per la grave carenza di personale specializzato previsto nell'Accordo S/R del 10/7/2014 e nell'Art. 5 della legge 38/10.

Infatti, attualmente, l'assistenza domiciliare viene effettuata dai privati accreditati per gli Hospice con un rapporto di 4 pazienti assistiti al domicilio per ogni posto letto Hospice, mentre dalle ASP è garantita solo la prima fase delle cure palliative attraverso l'ADI ed il MMG.

Con il DCA n. 81 del 21 maggio 2020 è stato istituito il coordinamento regionale, previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 che ha sede presso il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ed ha le funzioni organizzative e programmatiche. Inoltre sono stati costituiti due tavoli tecnici scientifici uno per la rete di cure palliative e uno per la rete di terapia del dolore, cui componenti sono i referenti delle singole aziende sanitarie e ospedaliere con funzione di coordinamento locale.

Il coordinamento regionale unico sia per le cure palliative che per la terapia del dolore assicura l'integrazione delle due reti assistenziali al fine di ridurre la frammentazione delle cure e i conseguenti costi.

Le Linee guida decretate con DCA 77/15 descrivono tutte le fasi dalla presa in carico del paziente tra cui la gestione clinica in tutti i setting assistenziali con distinzione per quella domiciliare, e per il livello di cura (di base o specialistiche). A tal proposito, il Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute, al fine di agevolare la presa in carico dei malati eleggibili alle cure palliative, in caso di dimissione protetta, ha emanato la circolare n. 2 dello 08/06/2017.

Con i Progetti Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del 2019 è stata finanziata l'istituzione della Rete delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica. Allo stato bisogna constatare che la progettualità è iniziata nel 2019 coinvolgendo sia la neonatologia che la pediatria dell'AO di Cosenza con buoni risultati.

La Programmazione della Rete Hospice in Calabria riportata nel DCA 65/2020

ASP	Denominazione	Distretto Sanitario	Comune	Posti letto	Pubblico / Privato	Stato
Cosenza	Ex PO S. Giuseppe Moscati	Jonio Nord	Cassano Allo Jonio	10	Pubblico	Attivo
Cosenza	Villa Gioiosa	Valle Crati	Montalto Uffugo	10	Privato	Attivo
Cosenza	Ex PO di Rogliano	Cosenza Savuto	Rogliano	14		In programmazione
Catanzaro	San Vitaliano	Catanzaro	Catanzaro	10	Privato	Attivo
Catanzaro	S. Andrea Apostolo	Soverato	S. Andrea Apostolo	10	Privato	Attivo
Crotone	San Dionigi	Unico Aziendale	Crotone	10	Privato	Attivo
Vibo Valentia	PO Tropea	Tropea	Tropea	10		In programmazione
Reggio Calabria	Ex PO Siderno	Jonico	Siderno	10		In programmazione
Reggio Calabria	Via delle stelle	Centro	Reggio Calabria	10	Gestione privata	Attivo

La programmazione degli Hospice pubblici, finanziati con la legge 39/99, includeva anche quello di Paola (10 pl) attribuiti all'Hospice di Montalto Uffugo e Catanzaro (20 pl) che sono stati riprogrammati in strutture private.

Anche alla luce del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" sarà aggiornata la programmazione relativa alla rete della terapia del dolore e delle cure palliative.

Obiettivi specifici:

- Presa in carico globale del paziente, mediante l'integrazione di servizi territoriali ed ospedalieri, sanitari e sociali, mantenendo l'autonomia dei singoli componenti.
- Assicurare una appropriata erogazione di servizi e garantire una continuità assistenziale H 24 con totale presa in carico per i pazienti in cure palliative;
- Attivare nuovi Hospice come da programmazione regionale;

- Implementazione delle equipe di assistenza domiciliare in cure palliative;
- Attivare parte della rete di cure palliative e di terapia del dolore in età pediatrica con particolare riguardo all'assistenza domiciliare;
- L'assistenza che inizialmente è stata erogata in via sperimentale in un percorso giornaliero con ricovero diurno di 12 ore con progetto obiettivi di piano 2019/2021, sarà erogata in degenza ordinaria consolidando il progetto nella programmazione ordinaria dei posti letto di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, all'interno del Centro Hub dell'AO di Cosenza con attivazione di 4 posti letto di degenza ordinaria.
- Attuazione del DM Salute 4/6/2015 sul riconoscimento dell'idoneità a lavorare nella rete di cure palliative ai medici non specialisti. Il medico che fa palliazione deve essere formato anche in terapia del dolore e viceversa

Le future Azioni prevedono:

1. Rinnovo del Comitato Regionale degli interventi nell'ambito della Rete di Cure Palliative;
2. Organizzazione di almeno un corso di Formazione annuo per il personale sanitario di ogni Azienda sanitaria ed ospedaliera della Regione;
3. Organizzazione di almeno un evento di informazione per l'utenza di ogni Azienda sanitaria della Regione;
4. Attivazione nuovi Hospice;
5. Implementazione delle equipe domiciliari;
6. Monitoraggio dell'attuazione della Rete attraverso specifici strumenti di monitoraggio regionali (Griglie di rilevazioni, Indicatori, Audit, etc.)

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione gruppo tecnico di lavoro	DCA 71	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 65/2020	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete territoriale e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	Elaborazione di un progetto formativo con predisposizione di corsi per ciascuna area Nord Centro e Sud	DDG	Giugno 2022
5	Attivazione ed esecuzione dei corsi di formazione	Corsi attivati	Settembre 2022 Dicembre 2022
6	Implementazione delle équipe di assistenza domiciliare in ogni Azienda	n. équipe attivate/ n. équipe previste	Giugno/Dicembre 2022 - 2023
7	Attivazione nuovi hospice (Rogliano, Siderno e Tropea)	DCA	Giugno 2022 Rogliano; Giugno 2023 Tropea; Dicembre 2023

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
			Siderno.
8	Monitoraggio – relazione settore competente	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Annuale
		Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	Annuale
		Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.9 “Assistenza territoriale - Salute Mentale - Dipendenze Patologiche - Salute nelle Carceri”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

13.5 Rete Cefalee

Stato di attuazione

Il DCA n. 9/2016 “Approvazione rete delle cefalee e percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea – Programma 14.4) - P.O. 2013-2015.” ha approvato un modello organizzativo regionale di rete assistenziale per le cefalee, con l’obiettivo primario di garantire un’adeguata assistenza al malato cefalalgico, con riduzione della mobilità passiva extraregionale, attraverso una rete integrata ospedale-territorio, costruita secondo il modello stratificato in livelli di assistenza, dipendenti dalla complessità diagnostica e terapeutica e dalla disponibilità di risorse.

La rete ha previsto il Centro Cefalee di Riferimento Regionale, quale struttura autonoma dedicata, ubicata nell’Unità Operativa di Neurologia, incardinata nel Dipartimento di Neuroscienze

dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, al quale è demandata la diagnostica più complessa e la terapia per le forme croniche, le forme farmaco resistenti con comorbidità complesse e le cefalee croniche con abuso di analgesici, che ha attualmente in carico il 60% dei pazienti cefalalgici ad elevata frequenza e intensità nel contesto regionale. Lo stesso Centro Cefalee coordina l'attività di tutta la rete, raccordandosi con i vari nodi rappresentati dagli ambulatori ospedalieri e distrettuali dedicati.

All'interno della rete, la costruzione del percorso assistenziale ha presupposto la messa in rete informatica di tutti i centri ospedalieri e territoriali dedicati alla cura delle cefalee, nonché la formazione e l'aggiornamento costante di tutti i soggetti coinvolti nella rete, indispensabile per garantire e mantenere adeguati ed elevati standard assistenziali.

Con il DDG n. 4296/2017 è stato costituito il Coordinamento Regionale della Rete delle Cefalee, con il compito di affrontare e sviluppare nel dettaglio tutti gli aspetti della rete, al fine di implementarla e renderla operativa.

Grazie ad una forma di collaborazione con l'Università di Cosenza, nell'ambito di un progetto di ricerca e sviluppo ALCMEONE, è stato sviluppato un modello organizzativo e applicata una innovativa Piattaforma Tecnologica di Servizi a supporto della Gestione Clinica Integrata dei Pazienti Cefalalgici, che ha fornito un appropriato supporto informativo-decisionale a tutti gli "attori" (pazienti ed operatori sanitari), migliorando l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate.

Inoltre, è stato avviato e realizzato nel corso degli ultimi anni un percorso formativo dedicato agli specialisti neurologi ospedalieri e territoriali e ai medici di medicina generale, volto a migliorarne le sinergie e l'interazione, al fine di offrire la migliore risposta alla domanda di cura dei pazienti e ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche.

Con il DCA n. 21/2022 è stata aggiornata la Rete delle Cefalee con l'attivazione del Centro Multidisciplinare presso il Polo Sanitario Reggio Sud, che ha ridefinito l'assetto assistenziale regionale, e con i trattamenti terapeutici, sia in termini di utilizzo di nuovi farmaci (anticorpi monoclonali) sia in termini di appropriati *setting* assistenziali terapeutici.

Obiettivi

- ✓ Aggiornamento e miglioramento della Rete delle Cefalee, anche alla luce delle terapie farmacologiche innovative, attraverso lo sviluppo di strumenti tecnologici che consentano una migliore presa in carico e una continuità assistenziale del paziente, sia per gli aspetti clinici che gestionali e organizzativi.

Azioni

- Attivazione dei PAC terapeutici per il trattamento terapeutico dell'Emicrania Cronica.
- Attivazione e validazione, in tutti i Centri della Rete, di strumenti *web-based* per la raccolta, la gestione e l'analisi dei dati clinici e sanitari, sia quelli provenienti direttamente dai pazienti sia quelli generati dall'esercizio clinico degli specialisti neurologi.
- Attivazione del servizio di telemedicina, a supporto sia dei pazienti che dei clinici, coinvolgendo e potenzialmente collegando tra loro tutti gli operatori di riferimento lungo il percorso assistenziale (MMG, farmacisti del territorio e neurologi territoriali).

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attivazione dei PAC terapeutici per il trattamento terapeutico dell' Emicrania Cronica	Decreto	Dicembre 2022
2	Attivazione e validazione, in tutti i Centri della Rete, di strumenti <i>web-based</i> per la raccolta, la gestione e l'analisi dei dati clinici e sanitari	Report aziendali	Dicembre 2023
3	Attivazione del servizio di telemedicina con l'ausilio del competente settore	Direttive regionali	Marzo 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 "Servizi Territoriali e Personale Convenzionato".

14. RETE TERRITORIALE

Stato di attuazione

L'emergenza pandemica ha evidenziato la necessità di rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di fornire adeguati servizi sul territorio per due fondamentali riscontri epidemiologici (i) il progressivo invecchiamento della popolazione e (ii) la constatazione che una quota significativa e crescente della stessa è afflitta da malattie croniche.

La Regione Calabria, già dal marzo 2020, si è dotata di importanti strumenti normativo-programmatori di riorganizzazione della Rete Territoriale rappresentati dal DCA 65/2020 e dal successivo DCA 67/2020 recepiti nei rispettivi Piani Attuativi dalle Aziende Sanitarie Provinciali.

il quadro aggiornato dello stato di implementazione del DCA n. 65/2020 e con i piani attuativi territoriali è il seguente:

SETTING ASSISTENZIALI	FABBISOGNO DCA n. 65/2020	OFFERTA DCA n. 65/2020	ATTIVAZIONI PREVISTE	AGGIORNAMENTO Attivazioni previste al netto delle AUTORIZZAZIONI
R1- Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	426	132	294	239
RSA (R2)	2047	1582	465	365
Casa Protetta (R3)	1791	82	789	709
SR 1	294	0	294	189
SR 2	294	0	294	227
RRE1-RRE2 (Riabilitazione estensiva ciclo continuativo)	554	516	38	0
RD1 Residenza Sanitaria SLA e malattie neurodegenerative	37	15	22	9
RD4 Residenza Sanitaria Assistenza Disabili	332	234	98	78
RD5 Casa Protetta Disabili	308	217	91	91
Residenzialità per dipendenze patologiche	490	462	28	28
Semiresidenzialità per dipendenze patologiche (<i>errata corrige / tot. 118 non 117 come riportato nel dca 65</i>)	118	94	24	24
SRP1 Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	294	254	40	22
SRP2 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata	261	120	141	141

integrazione sanitaria				
SRP3 Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale	98	6	92	72
Residenzialità Autismo	14	0	14	14
Semiresidenzialità Autismo	140	0	140	100
Residenzialità Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione	36	0	36	36
Semiresidenzialità Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione	30	0	30	20
Hospice	94	60	34	34
Hospice Trattamenti domiciliari (4 Trattamenti domiciliari per posto letto)	0	0	140	140

Inoltre, dall'analisi dei flussi del NSIS, l'ambito maggiormente carente in Regione Calabria è quello relativo al trattamento delle cronicità ed in particolare le Cure Domiciliari Integrate. La quota di persone sopra i 65 anni assistite al domicilio, infatti, raggiunge l'1,86%, mentre la media nazionale è di circa il 5% delle persone sopra i 65 anni assistite al domicilio. La Regione Calabria, per le cure domiciliari, risulta inadempiente anche in ambito di verifica adempimenti LEA, in quanto non raggiunge la soglia di riferimento prevista dalla Griglia LEA di almeno l'1,88% della popolazione sopra i 65 anni presa in carico al domicilio.

Sempre dall'analisi condotta sui flussi dell'NSIS, in particolare sul flusso FAR si rileva una grande criticità nel tasso di assistiti in trattamento residenziale per intensità di cura su tutte le fasce di età della popolazione, soprattutto per quanto concerne le cure residenziali estensive (R2 i nuclei Alzheimer (R2D) del tutto assenti, e le cure residenziali di mantenimento (R3).

Dal prospetto sopra riportato si rileva ancora un ritardo nella copertura del fabbisogno relativa all'assistenza semiresidenziale per persone non autosufficienti (SR1-SR2). Si rappresenta però che l'attività di attivazione dei posti letto è cominciata con l'autorizzazione per 105 SR1 e 67 SR2.

In Regione, infine, risultano carenti le prestazioni c.d. di sollievo come le prestazioni semiresidenziali. Anche per la citata tipologia di prestazioni, la Regione Calabria risulta "inadempiente" in ambito di valutazione dei LEA, in quanto non raggiunge la soglia minima di riferimento prevista (numero di posti equivalenti presso strutture semiresidenziali preposte all'assistenza dei disabili pari allo 0,06 per 1.000 ab. contro una soglia minima di almeno 0,22 pl per 1.000 abitanti).

Tali indicatori si sono aggravati, in quanto le già insufficienti risorse umane sono state riassorbite per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

Con DCA N. 71 del 13 luglio 2022 è stato costituito il gruppo di lavoro per la revisione/aggiornamento della rete territoriale.

Obiettivi

1. aggiornare la programmazione prevista nel DCA 65/2020 adeguandola al Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e realizzare gli interventi previsti dal PNRR.

La nuova programmazione terrà conto, in particolare, di:

- potenziare i Distretti secondo il ruolo previsto dalla normativa vigente;
- potenziare la capacità di governance e di coordinamento regionale nell'implementazione delle reti territoriali aziendali;
- potenziare il sistema informativo territoriale e la capacità di verifica e monitoraggio delle performance dell'assistenza territoriale;
- implementare la digitalizzazione e l'uso della telemedicina;

Azioni

Nel rimandare al paragrafo "7.9.1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima" gli elementi di dettaglio per il finanziamento, le funzioni e il personale necessario al funzionamento delle strutture da realizzarsi a valere sui fondi PNRR, per raggiungere gli obiettivi sopra elencati la Regione intende:

1. adottare il provvedimento di aggiornamento del DCA 65/2020 per recepire gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici dell'assistenza territoriale, mettendo a sistema anche gli interventi previsti dalla M6C1 del PNRR;
2. effettuare la ricognizione delle specifiche esigenze in termini di personale dei distretti e degli altri servizi territoriali, al fine di integrare il turnover e/o il potenziamento degli organici, privilegiando i modelli organizzativi multiprofessionali e/o multidisciplinari. In tal senso è indispensabile per la Regione Calabria effettuare tutte le azioni propedeutiche per avvalersi di quanto previsto dalla Legge 234/2021 in materia di spesa del personale;
3. attivazione/potenziamento della Cabina di Regia già prevista con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute n. 11035 del 29/10/2020, che ha il compito di:
 - potenziare la governance per l'assistenza territoriale
 - armonizzazione dell'assistenza territoriale su tutto il territorio regionale
 - integrazione dei servizi territoriali
 - definizione di un sistema di monitoraggio condiviso tra i diversi livelli di responsabilità;
4. rafforzare la governance regionale attraverso il miglioramento della qualità dei dati disponibili e del coordinamento degli interventi sul territorio, attraverso:
 - a) il potenziamento e l'implementazione del sistema informativo territoriale nell'ambito delle seguenti aree:
 - assistenza primaria;
 - assistenza domiciliare;
 - assistenza residenziale per persone non autosufficienti;
 - assistenza semiresidenziale per persone non autosufficienti;
 - assistenza in Hospice;
 - assistenza domiciliare per malati terminali;
 - assistenza riabilitativa.
 - b) il potenziamento dei sistemi di verifica e del monitoraggio delle performance dell'assistenza territoriale con report semestrali inerenti agli obiettivi di programmazione regionale (obiettivi dei MMG, incremento delle Cure domiciliari, etc.) e la definizione di

linee di indirizzo, con la conseguente realizzazione di un sistema di monitoraggio delle attività territoriali che ricomprenda anche l'analisi delle liste d'attesa per ricondurle agli standard nazionali;

5. potenziare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), come strumento formale, per tracciare il percorso sanitario della persona per garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari. Tale strumento è fondamentale per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale degli assistiti e per la sua corretta implementazione è necessario il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e medici di continuità assistenziale (MCA) nell'attività di alimentazione. Per incrementare l'utilizzo della telemedicina si intende:
 - a) in coerenza con il DCA di recepimento delle linee guida nazionali per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina (DCA n. 79 del 18 maggio 2021), rafforzare gli strumenti di telemedicina in materia di erogazione delle prestazioni assistenziali territoriali, soprattutto nell'ambito delle cure domiciliari;
 - b) istituire una Task Force regionale, composta anche da rappresentanti delle cinque ASP regionali, con il compito di individuare gli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina, anche attraverso l'individuazione delle buone pratiche regionali e nazionali presenti nei diversi ambiti. La citata Task Force, inoltre, si dovrà interfacciare con la Cabina di Regia istituita ai sensi del Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute n. 11035 del 29/10/2020 per coordinare lo sviluppo dei modelli e degli strumenti di telemedicina individuati, al fine di realizzare un sistema omogeneo e interconnesso;
 - c) adottare un documento di programmazione e di sviluppo della telemedicina che definisca in coerenza:
 - il fabbisogno e l'organizzazione delle prestazioni di telemedicina individuate per i diversi servizi di assistenza territoriale e per le centrali operative territoriali (televisita, teleconsulto, telerefertazione, teleriabilitazione, telemedicina, intelligenza artificiale, etc.);
 - le tariffe applicabili alle prestazioni di telemedicina individuate;
 - il nomenclatore regionale aggiornato con l'inserimento delle prestazioni di telemedicina.
6. potenziare la rete territoriale attraverso:
 - a) l'attivazione della Centrale Operativa di Cure Primarie (CURAP) quale strumento per l'integrazione delle cure primarie e della continuità assistenziale, al fine di istituire il Numero Unico Armonizzato 116117. Tale numero sarà a disposizione dei cittadini h 24 e avrà il compito di garantire le funzioni di raccordo tra l'utenza, i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza. La funzione di questa centrale è quella di fornire una risposta immediata ai cittadini per i loro bisogni di cure non urgenti e non differibili, tramite anche la centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale almeno su base provinciale. Al fine di garantire l'integrazione con il servizio di emergenza-urgenza, la Centrale 116117 sarà dotata di una piattaforma tecnologica condivisa che, anche tramite la predisposizione di protocolli operativi condivisi con gli operatori 118, garantirà un migliore interscambio di informazioni tra la rete di continuità assistenziale, delle cure primarie e dell'emergenza-urgenza, per favorire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la qualità e tempestività delle cure;
 - b) la piena attivazione, attraverso adeguati accordi con i MMG, i PLS, Specialisti convenzionati di tutte quelle forme organizzative già delineate e programmate con i precedenti Accordi Integrativi Regionali e non completamente attuate dalle Aziende Sanitarie Provinciali. Con DCA n.65/2018 è stato attuato un accordo ponte con i MMG per la realizzazione di AFT E UCCP. Tutte le Aziende hanno attivato il numero previsto dal

- DCA di cui sopra solo per le AFT e le AFT in rete. Allo stato non si registrano attivazioni di UCCP. Sono in atto gli incontri con per l'aggiornamento e la sottoscrizione del nuovo accordo integrativo regionale.
- c) la realizzazione di 57 Casa della Comunità di cui 21 da realizzare nel territorio dell'ASP di Cosenza, 16 nel territorio dell'ASP di Reggio Calabria, 10 nel territorio dell'ASP di Catanzaro, 5 nel territorio dell'ASP di Crotona e 5 nel territorio dell'ASP di Vibo Valentia. Nel periodo di vigenza del presente P.O. saranno realizzate 57 delle Case della Comunità, fermo restando che queste dovranno essere attivate entro il primo semestre 2026;
 - d) la realizzazione di 15 Ospedali di Comunità di cui 6 da realizzare nel territorio dell'ASP di Cosenza, 4 nel territorio dell'ASP di Reggio Calabria, 3 nel territorio dell'ASP di Catanzaro, 1 nel territorio dell'ASP di Crotona e 1 nel territorio dell'ASP di Vibo Valentia. Nel periodo di vigenza del presente P.O. saranno realizzati 15 Ospedali di Comunità, fermo restando che questi dovranno essere attivati entro il primo semestre 2026;
 - e) la realizzazione di 19 Centrali Operative Territoriali di cui 7 da realizzare nel territorio dell'ASP di Cosenza, 6 nel territorio dell'ASP di Reggio Calabria, 4 nel territorio dell'ASP di Catanzaro, 1 nel territorio dell'ASP di Crotona e 1 nel territorio dell'ASP di Vibo Valentia. Tali strutture saranno pienamente funzionanti entro l'ultimo trimestre 2023;
 - f) l'incremento del numero di persone assistite in cure domiciliari fino a prendere in carico al domicilio, a regime, il 10% della popolazione sopra i 65 anni ogni anno, rispetto all'attuale 1,86% circa, tenuto conto del basso numero di persone sopra i 65 anni assistite in cure domiciliari, anche sulla base dei nuovi obiettivi di programmazione nazionale definiti nell'art. 1, comma 4 del D.L. n. 34/2020 e dal PNRR. Per raggiungere il citato obiettivo, tenuto conto dell'arco temporale del presente Programma Operativo si prevede, nel 2024, di prendere in carico in cure domiciliari il 6% delle persone sopra i 65 anni. La Regione, inoltre, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro intende aggiornare il DCA di definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari sulla base di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 4/08/2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) e aggiornare le tariffe previste nel DCA n. 144 del 11/07/2018.
 - g) completare l'iter previsto per ricondurre le strutture psichiatriche a gestione mista pubblico/privata che operano sul territorio dell'ASP di Reggio Calabria, al sistema di autorizzazione e accreditamento ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e smi. In merito si segnala che la Regione Calabria, con il DCA 65/2020, ha stimato il fabbisogno di prestazioni psichiatriche per l'area di Reggio Calabria e l'ASP ha adottato il relativo Piano Attuativo Aziendale. Ad oggi tutte le strutture hanno prodotto istanza ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e smi e la Regione sta provvedendo a verificare la completa presentazione delle istanze al fine di garantire la copertura del totale fabbisogno programmato. Qualora il fabbisogno non dovesse essere immediatamente soddisfatto, si provvederà a definire specifici interventi, di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Reggio Calabria per la sua completa soddisfazione. La Regione, inoltre, prevede di stipulare un accordo con l'autorità giudiziaria per regolare le modalità di inserimento delle persone con problemi psichiatrici sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria in strutture residenziali psichiatriche, al fine di migliorare l'appropriatezza erogativa. La Regione, infine, intende effettuare una ricognizione del personale attualmente impegnato nei Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di riportarli ai previsti standard di personale di riferimento di almeno un operatore ogni 1.500 abitanti garantendo tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostico, terapeutici e riabilitativi;
 - h) costituire una UOC o una UOSD di neuropsichiatria infantile per ciascuna ASP, secondo le dimensioni del bacino d'utenza le quali operino in stretto collegamento con le strutture ospedaliere (una UOC all'AO di Catanzaro e strutture o servizi alle AO di Cosenza e di Reggio Calabria). La Regione, inoltre, prevede di definire con uno specifico unitario provvedimento la rete assistenziale per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del

neurosviluppo che individui anche il fabbisogno di prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali. Il citato provvedimento, in particolare, supererà quanto previsto in via sperimentale dal DCA 65/2020 e definirà il fabbisogno per le 4 principali aree d'intervento (Disturbi neurologici, Disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse, Disturbi Specifici e Disturbi psichiatrici). In detto provvedimento avranno specifica e approfondita trattazione i servizi per persone affette da disturbi dello spettro autistico con l'individuazione del fabbisogno di prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

7. Implementazione dei percorsi terapeutici delle malattie croniche non ancora presenti come rete.

Con riferimento all'intesa rep. N. 104/CU del 6 luglio 2022 recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti" la Regione provvederà a recepire con proprio atto i contenuti dell'intesa e a definire il "budget di salute".

In particolare il budget di salute avrà il ruolo di implementare e potenziare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio - sanitaria

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Obiettivo 1 – Implementazione e riorganizzazione della rete territoriale

	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione gruppo tecnico di lavoro	DCA n. 71	Luglio 2022
2	Proposta bozza di modifica/integrazione al DCA 65/2020	Documento	Ottobre 2022
3	Approvazione nuova rete territoriale e definizione di un cronoprogramma per l'attuazione	DCA	Dicembre 2022
4	attivazione della Cabina di Regia già prevista con Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Salute n. 11035 del 29/10/2020	DDG	Settembre 2022
5	rafforzare la governance regionale attraverso il miglioramento della qualità dei dati		Cfr paragrafo dei flussi
6	potenziare l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - recepimento delle linee guida nazionali	istituire una Task Force regionale, per la telemedicina	Dicembre 2022
7	- attivazione della Centrale Operativa di Cure Primarie (CURAP) - accordi con i MMG, i PLS, Specialisti convenzionati - completare l'iter previsto per ricondurre le strutture psichiatriche a gestione mista pubblico/privata che operano sul territorio	- DCA - CONVENZIONE/DCA - Tavolo di lavoro con il settore autorizzazioni ed	Luglio 2022 Settembre 2022 Maggio 2022

	Azione	Indicatore	Tempistica
	dell'ASP di Reggio Calabria,	accreditamento	
8	Implementazione dei percorsi terapeutici delle malattie croniche non ancora presenti come rete.	Identificazione della popolazione target, registrazione dei dati, con stadiazione dei bisogni assistenziali. Rete delle pat. Croniche non ancora presenti	Dicembre 2022
9	Monitoraggio attuazione – relazione settore regionale competente	N posti letto attivati/n posti letto programmati	Trimestrale
10	Monitoraggio rete territoriale – report settore competente	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco.	trimestrale
		Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	
		Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente	
		Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	
		Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	
		Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	
		Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	

	Azione	Indicatore	Tempistica
		Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	
		Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	
		Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) (R1, R2, R3,)	
		Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura) (SR1 e SR2)	
11	Documento per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute	DCA	Novembre 2022
12	Verifica e monitoraggio dei progetti realizzati con la metodologia del Budget di Salute	N progetti di budget di salute attivati n. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM	Annuale

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore 9. Assistenza Territoriale - Salute Mentale – Dipendenze Patologiche – Salute nelle Carceri

Settore 5. Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie

PATOLOGIE LEGATE ALLO SPETTRO AUTISTICO

Un ulteriore importante obiettivo da inserire nella rete territoriale è la costituzione del Coordinamento regionale e dell'Osservatorio regionale permanente per i disturbi dello spettro autistico.

Definizione

I disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorders, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da una compromissione qualitativa nelle aree dell'interazione sociale e della comunicazione e da modelli ripetitivi e stereotipati di comportamento, interessi e attività. I sintomi e la loro severità possono manifestarsi in modo differente da persona a persona, conseguentemente i bisogni specifici e la necessità di sostegno sono variabili e possono mutare nel tempo. Le aree maggiormente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri (Baird et al.2003; Berney,2000; Szatmari, 2003). In Italia, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico, Questi dati sottolineano la necessità di politiche sanitarie, educative e sociali atte a incrementare i servizi e migliorare l'organizzazione delle risorse a supporto delle famiglie. (<https://www.salute.gov.it>).

A fronte di una richiesta così incisiva da parte del Ministero della Salute è importante prevedere un Coordinamento Regionale per i disturbi dello spettro autistico in età evolutiva e adulta, al fine di promuovere e attuare interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone nello spettro autistico.

L'autismo si configura, pertanto, come una disabilità "permanente "che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale. Anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo.

Epidemiologia

L'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche, in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale. In Italia 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) presenta un disturbo dello spettro autistico con una prevalenza maggiore nei maschi, che sono colpiti 4,4 volte in più rispetto alle femmine. In età adulta sono stati effettuati pochi studi, ad esempio la letteratura segnala una prevalenza di 1 su 100 nei paesi europei. (Progetto Osservatorio per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute).

Sulla scorta dei dati epidemiologici del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità si stima che in Calabria vi sia una incidenza di 187 nuovi casi anno (Catanzaro :35; Crotone 16 ; Vibo Valentia :15 ;Reggio Calabria : 54; Cosenza :67) e una prevalenza di persone con autismo 0-18 anni pari a 3366 circa (630 Catanzaro; 288 Crotone ; 270 Vibo Valentia; 972 Reggio Calabria; Cosenza 1206)

Obiettivi

Istituzione del Coordinamento Regionale per i disturbi dello spettro autistico.

1. Costituzione di un Osservatorio Regionale permanente sull'Autismo allo scopo di collaborare con l'Osservatorio Nazionale Autismo dell'Istituto Superiore di Sanità.

Azioni

1. Istituzione del Coordinamento Regionale

1.1 Proposta di organizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi dello spettro autistico e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte.

1.2 Valutazione quali/quantitativa del disturbo per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti socioassistenziali.

1.3 Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva).

1.4 Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta)

1.5 Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa.

2 Costituzione di un Osservatorio Regionale

2.1 Monitoraggio quali quantitativo in relazione alla valutazione di tutti i bisogni legati alla patologia

2.2 Valutazione epidemiologica dell'andamento della patologia con produzione di report semestrali.

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Istituzione del Coordinamento Regionale	DCA	Maggio 2022
1.1	Proposta di organizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi dello spettro autistico e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte.	Elaborazione di un progetto	Settembre 2022
1.2	Valutazione quali/quantitativa del disturbo per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti socioassistenziali.	Elaborazione di un progetto	Dicembre 2022
1.3	Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva).	Elaborazione di un progetto	Gennaio 2023
1.4	Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta)	Elaborazione di un progetto	Aprile 2023
1.5	Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa.	Elaborazione di un progetto	Luglio 2023
2	Costituzione di un Osservatorio Regionale	DCA	Dicembre 2022
2.1	Monitoraggio quali quantitativo in relazione all'azione del coordinamento ed alla valutazione quali quantitativa dei bisogni legati alla patologia	report	semestrali
2.2	Valutazione epidemiologica dell'andamento della patologia con produzione di report semestrali.	report	annuali

SALUTE MENTALE

Un ulteriore importante obiettivo da inserire nella rete territoriale è la costituzione del Coordinamento regionale per la Salute Mentale.

Definizione

La tutela della salute mentale riveste un ruolo centrale nella programmazione degli interventi sanitari e socio riabilitativi in tutti i paesi più industrializzati soprattutto nel post-pandemia durante la quale si sono registrate lo sviluppo di numerose patologie mentali legate per lo più all'isolamento, come indicato anche dall'OMS/WHO che ne sottolinea il peso in termini di *"burden of disease"* per i

sistemi sanitari e socio- sanitari.

La legge Basaglia ha completamente cambiato il paradigma di approccio del nostro paese nei confronti della salute mentale, ma a tutt'oggi, si registra una scarsa attenzione per i problemi legati alle patologie mentali. I progetti che si sono susseguiti negli anni, non hanno dato risposte istituzionali (regionali) alla complessità delle patologie legate alla salute mentale.

La salute mentale è una delle aree socio-sanitarie più complesse all'interno della quale vi sono diverse aree tematiche, che sono state e saranno oggetto di specifiche progettualità come, ad esempio, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il problema che più attanaglia la Regione Calabria è la valutazione del funzionamento organizzativo dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio. A tal fine, entro la fine di aprile 2022, verrà istituita una Commissione regionale per la riorganizzazione della salute mentale sul territorio regionale che si occupi dello sviluppo organizzativo di tutte le aree tematiche legate alla stessa con anche l'emanazione di linee di indirizzo alle aziende sanitarie.

A fronte di una richiesta incisiva da parte del Ministero della Salute è importante prevedere un Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta, al fine di promuovere e attuare interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con le patologie di cui sopra.

Il Coordinamento regionale si occuperà della riorganizzazione dei CSM sul territorio regionale, ma anche della istituzione di specifici ambulatori nelle case di comunità e del fabbisogno di posti letto per quanto riguarda l'area ospedaliera.

Obiettivi

1. Istituzione del Coordinamento Regionale per la salute mentale in età evolutiva e adulta.

Azioni

1.1 Istituzione del Coordinamento Regionale

1.2 Proposta di ri-organizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi mentali e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte.

1.3 Valutazione quali/quantitativa delle varie tematiche legate ai disturbi mentali per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti sociosaniatrie ed assistenziali.

1.4 Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva).

1.5 Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta)

1.6 Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa dei soggetti con patologie mentali.

1.7 Monitoraggio quali quantitativo in relazione alla valutazione di tutti i bisogni legati alla patologia

1.8 Valutazione epidemiologica dell'andamento delle varie tematiche legate alla patologia mentale con produzione di report annuale.

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Istituzione del Coordinamento Regionale	DCA	Maggio 2022
1.1	Proposta di riorganizzazione della rete socioassistenziale a sostegno dei soggetti con disturbi mentali e delle loro famiglie, partendo dallo stato dell'arte.	Elaborazione di un progetto	Settembre 2022
1.2	Valutazione quali/quantitativa delle varie tematiche legate ai disturbi mentali per comprendere il reale fabbisogno della Regione Calabria in termini di strutture sanitarie e di reti socio sanitarie ed assistenziali.	Elaborazione di un progetto	Dicembre 2022
1.3	Proposta di Implementazione/riorganizzazione dei centri per la diagnosi precoce (età evolutiva).	Elaborazione di un progetto	Gennaio 2023
1.4	Proposta di Implementazione/riorganizzazione delle strutture per la riabilitazione e per i progetti terapeutici integrati, nonché dei servizi assistenziali (età evolutiva/età adulta)	Elaborazione di un progetto	Aprile 2023
1.5	Progettazione e attuazione di attività per garantire l'inclusione sociale/scolastica/lavorativa dei soggetti con patologie mentali.	Elaborazione di un progetto	Luglio 2023
1.6	Monitoraggio quali quantitativo in relazione alla valutazione di tutti i bisogni legati alla patologia	DCA	Dicembre 2022
1.7	Valutazione epidemiologica dell'andamento delle varie tematiche legate alla patologia mentale con produzione di report annuale.	report	semestrali

Tabella 1. **Casi della Salute programmate della Regione Calabria**

ASP	Casa della Salute
Cosenza	EX P.O. Cariati
	EX P.O. Lungro
	EX P.O. Mormanno
	Amantea
	EX P.O. San Marco Argentano
Crotone	Mesoraca
Catanzaro	Chiaravalle
Vibo Valentia	EX P.O. Soriano
Reggio Calabria	EX P.O. Scilla
	EX P.O. Siderno
	EX P.O. Oppido Mamertina
	EX P.O. Palmi
	EX P.O. Taurianova

Fonte: DCA 65/2020

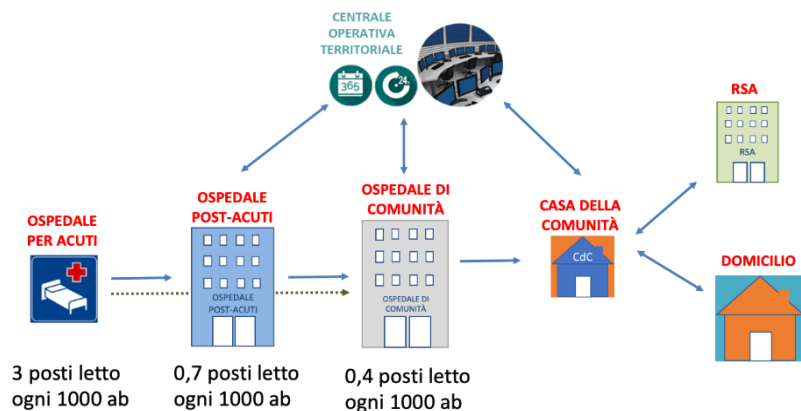
La programmazione da PNRR indicherà i modelli strutturali e gestionali-organizzativi di tali realtà giuste DCA 15/2022.

Nella Regione Calabria sono previste In particolare, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, soprattutto ai pazienti cronici, con una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) e, in via facoltativa, i servizi a tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari. Potranno, inoltre, essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili,

variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

Inoltre, per ampliare la gamma dei servizi territoriali, vengono previste strutture sanitarie di ricovero breve in conformità con l'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020 recante "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità" (Rep. Atti n. 17/CSR).

Figura 2. Ospedale di Comunità nell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali



Sarà incrementato il numero di persone assistite attraverso le cure domiciliari fino a prendere in carico al domicilio, a regime, il 10% della popolazione sopra i 65 anni ogni anno, rispetto all'attuale 2% circa, anche sulla base dei nuovi obiettivi di programmazione nazionale definiti nell'art. 1, comma 4 del D.L. n. 34/2020 e dal PNRR.

Per raggiungere il citato obiettivo, tenuto conto dell'arco temporale del presente Programma Operativo, di incrementare gli utenti in assistenza domiciliare sopra i 65 anni a circa 19.000 persone. La Regione, inoltre, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro intende revisionare il DCA n. 144 del 11/07/2018, in particolare tale gruppo di lavoro si focalizzerà sull'aggiornamento dei requisiti specifici per le Cure Domiciliari e sulla definizione delle tariffe anche alla luce del recente DM 71 e dell'Accordo Stato Regione recepito con DCA 10 del 24 febbraio 2022.

Superare le criticità in merito alle strutture psichiatriche a gestione mista pubblico/privata che operano sul territorio dell'ASP di Reggio Calabria, riconducendole al sistema di autorizzazione e accreditamento previsto dal D.lgs. 502/1992 e smi. La Regione ha avviato un percorso condiviso con il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Reggio Calabria, in seguito al quale con DCA 65/2020 è stato aggiornato il fabbisogno di prestazioni psichiatriche, suddiviso nei tre livelli di intensità assistenziale. Successivamente l'ASP di Reggio Calabria ha adattato il proprio fabbisogno aziendale con la redazione di un Piano Attuativo Aziendale, già approvato, avviando le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento di tutte le strutture che hanno prodotto istanza ai sensi del D.lgs. 502/1992 e smi.

In materia di tutela della salute mentale, la Regione intende:

- Realizzare la REMS a Girifalco nell' ASP di Catanzaro.
- Stipulare un accordo con l'autorità giudiziaria per regolare le modalità di inserimento nelle citate strutture delle persone con problemi psichiatrici sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, al fine di migliorare l'appropriatezza erogativa.
- Valutare la situazione del personale afferente alla struttura de quo.

Circa l'organizzazione della neuropsichiatria infantile, si prevede la costituzione di servizi ambulatoriali presso ciascuna ASP (UOSD/UOC), secondo le dimensioni del bacino d'utenza i quali opereranno in stretto collegamento con la struttura ospedaliera AOU Mater Domini di Catanzaro dove saranno ubicati n. 6 p.l. di degenza ordinaria e n.4 di DH dedicati ai casi ritenuti più difficili.

Si prevede inoltre di definire con uno specifico provvedimento la rete assistenziale per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo che individui anche il fabbisogno di prestazioni residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Il citato provvedimento terrà conto del DM 71 definendo anche il fabbisogno per le principali aree d'intervento (Disturbi neurologici, Disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse, Disturbi Specifici e Disturbi psichiatrici, disturbi dello spettro autistico).

15. PREVENZIONE

15.1 Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare

Stato di attuazione

Tra i servizi sanitari regionali la Prevenzione riveste un ruolo decisivo. Tutte le attività connesse a tale importante settore vengono svolte dai Servizi Veterinari e dai SIAN, inseriti nei Dipartimenti di Prevenzione e coordinati a livello regionale dall'apposito Settore competente per la risoluzione delle numerose e gravi criticità rilevate dal Ministero della Salute.

Di seguito vengono riportati i punti di interesse della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare previsti dal DPCM 12 Gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" a cui la Regione deve ottemperare:

nr.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D1	Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali	Controllo delle strutture Verifica della documentazione e della registrazione delle movimentazioni animali	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Rilascio pareri ed autorizzazioni
D2	Riproduzione animale	Controllo sulla riproduzione animale Gestione dell'anagrafe degli operatori della riproduzione animale divisa per tipologia ed attività Gestione istanze di registrazione, di riconoscimento e di autorizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Rilascio pareri ed autorizzazioni • Gestione delle anagrafiche

nr.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D3	Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale	Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche Gestione e aggiornamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende zootecniche e degli animali da reddito, divise per specie animali Geo-referenziazione delle aziende	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazioni anagrafiche • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti
D4	Controllo sul benessere degli animali da reddito	Controllo degli allevamenti e degli animali da reddito Informazione degli operatori zootecnici Controllo sulle condizioni di trasporto Controllo sulla protezione degli animali durante la macellazione	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Attività informativa e divulgativa • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Rilascio pareri, certificazioni ed autorizzazioni
D5	Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali	Effettuazione dei piani di profilassi e di eradicazione regionali e nazionali Attribuzione qualifiche sanitarie Valutazione epidemiologica dei dati ai fini della programmazione dell'attività	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D6	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali	Registrazione di segnalazione di malattia infettiva di animali, anche sospetta, e/o di focolaio epidemico Notifica in caso di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico Produzione di report periodici per la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive animali Verifica della biosicurezza e della sanità animale	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione di casi di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D7	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali	Analisi dei possibili scenari Identificazione delle misure organizzative da adottare in rapporto ai diversi livelli di allarme Predisposizione di procedure/protocolli locali per le operazioni di gestione e di estinzione del focolaio Formazione del personale addetto ai sistemi di controllo	Piani di emergenza

nr.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
D8	Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza	Piani di sorveglianza sul farmaco per uso veterinario Controllo del corretto utilizzo del farmaco per uso veterinario: Verifica delle registrazioni e della documentazione Autorizzazione delle scorte Autorizzazione alla detenzione e distribuzione Registrazione transazioni e prescrizioni medico veterinarie Gestione delle anagrafiche	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Rilascio pareri ed autorizzazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Gestione delle anagrafiche
D9	Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione	Realizzazione ed aggiornamento dell'anagrafe canina e censimento delle colonie feline. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Controllo sanitario e del benessere degli animali d'affezione Prevenzione dell'abbandono ed informazione per l'adozione consapevole	<ul style="list-style-type: none"> • Esistenza di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Identificazione e iscrizione in anagrafe • Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie • Censimento delle colonie feline • Attività informativa e divulgativa
D10	Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantropi Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani	Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: Zoonosi trasmesse in ambito urbano Gestione e classificazione delle morsicature da animali ed episodi di aggressione da cani	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione • Controllo animali morsicatori • Valutazione comportamentale dei cani morsicatori e aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica
D11	Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	Sorveglianza e controllo degli Operatori del Settore dei Mangimi (OSM) Controlli ai sensi Piano nazionale alimentazione animale Registrazione e riconoscimento OSM Gestione dell'anagrafe degli OSM divisa per tipologia ed attività	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni • Rilascio pareri e autorizzazioni • Gestione delle anagrafiche
D12	Prevenzione e controllo delle zoonosi.	Gestione di sistemi di monitoraggio di sorveglianza epidemiologica	Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione

nr.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
	Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente	Valutazione di situazioni di rischio ed interventi di prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza epidemiologica • <i>Report</i> informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D13	Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione	Aggiornamento dell'anagrafe delle aziende autorizzate di competenza Attività di vigilanza periodica	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento di un'anagrafe locale • Vigilanza su utilizzatori • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti su allevatori e fornitori • <i>Report</i> di attività/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D14	Soccorso degli animali a seguito di incidente stradale Legge 281/91 art. 2 c.12 Legge 120/2010 – Nuovo codice della strada art. 31	Coordinamento degli Enti preposti e delle Associazioni per il recupero e la stabilizzazione degli animali d'affezione coinvolti in un incidente stradale	Informazione all'utenza sulle modalità di accesso al sistema di primo soccorso

Area di intervento: e) Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori;

nr.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
E1	Registrazione / riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente	Processo di riconoscimento Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore alimentare (OSA) divisa per tipologia ed attività	Gestione delle anagrafiche Esecuzione dei prescritti sopralluoghi
E2	Sorveglianza sulle attività di macellazione e lavorazione della selvaggina	Controlli sulla macellazione degli animali e sulla selvaggina destinata al consumo umano	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E3	Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti	Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E4	Sorveglianza sulla presenza di residui di sostanze non autorizzate, farmaci, contaminanti e OGM negli alimenti, in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli	Espletamento del Piano regionale residui Espletamento del Piano OGM Controllo dei contaminanti negli alimenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni

nr.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni
E5	Controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, compreso il controllo dei residui	Controllo utilizzo fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari, anche in relazione al punto B4 Controllo registri dei trattamenti Analisi e valutazione dei flussi di vendita dei prodotti fitosanitari Espletamento dei piani di controllo dei residui	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E6	Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento UE 625/2017	Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E7	Sorveglianza su laboratori che eseguono analisi per le imprese alimentari nell'ambito delle procedure di autocontrollo	Gestione dell'anagrafe dei laboratori Audit Ispezioni Monitoraggio Sorveglianza Campionamento ed analisi Provvedimenti conseguenti	Gestione delle anagrafiche Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E8	Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e/o allevamento di molluschi bivalvi	Attività di monitoraggio effettuata sulle zone di produzione e/o di allevamento riconosciute dalla regione Valutazione dei dati ed emissione di provvedimenti conseguenti Attività di sorveglianza per la classificazione delle acque	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E9	Sorveglianza su sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano	Gestione istanze registrazione/ riconoscimento stabilimenti Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore sottoprodotti Controllo ufficiale Rilascio autorizzazioni trasporto	Gestione delle anagrafiche Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
E10	Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze	Attivazione Diffusione delle informazioni e verifica delle misure adottate dagli Operatori Sorveglianza Provvedimenti conseguenti	Controlli ufficiali, altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti Rendicontazioni/ <i>report</i> informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni Attuazione piani di emergenza

Queste nuove linee di indirizzo dei LEA hanno la finalità di proporre alle regioni in Piano di Rientro chiamate a delineare Programmi Operativi in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare un percorso teso a conseguire, in tempi definiti, gli obiettivi, secondo gli *standard* condivisi dallo Stato e dalle Regioni nelle sedi istituzionali.

Il presente Programma Operativo di sanità veterinaria e sicurezza alimentare si pone l'obiettivo di portare l'area della prevenzione del Sistema Sanitario della Regione Calabria al rispetto della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Programma Operativo si articola con l'individuazione di obiettivi prioritari suddivisi in obiettivi di tipo organizzativo e obiettivi di tipo qualitativo-operativo.

Il punto di partenza è costituito dal quadro dell'esistente, mediante il monitoraggio dei flussi delle attività trasmesse. Si sottolinea come l'analisi dei dati, pur tenendo conto delle diverse realtà e della popolazione animale esistente, evidenzia ancora disomogeneità e disuguaglianze delle attività dei servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Provinciali, imputabili al differente grado di sviluppo dei diversi sistemi aziendali.

Il Programma Operativo traccia un percorso finalizzato all'appropriato utilizzo delle risorse esistenti per migliorare la qualità dei servizi sul territorio e per raggiungere pienamente gli *standard* di funzionamento prefissati a livello Ministeriale, in un contesto dinamico e in continua evoluzione (sistemi informatici da utilizzare sul campo, es: modelli 4 elettronici, ricetta elettronica, attività di ispezione, *audit* e campionamento con l'utilizzo di supporti informatici – VETINFO, NSIS; ANAGRAFE CANINA, ecc.).

Il personale del Servizio Sanitario, composto da dirigenti veterinari, dirigenti medici, veterinari e medici specialisti ambulatoriali e tecnici della prevenzione, che opera nelle Aziende Sanitarie Provinciali, coordinato a livello regionale dal settore competente, rappresenta la componente fondamentale dell'organizzazione del sistema. Sono i principali attori chiamati a svolgere tutte le attività necessarie alla realizzazione di un buon piano operativo.

Obiettivi

Elevare il livello di attività dei servizi.

Pubblicazione PCRP 2022-2024 (Piano di Controllo Regionale Pluriennale).

Raggiungimento degli obiettivi legati alle profilassi obbligatorie (Tubercolosi e Brucellosi bovina e Brucellosi ovi-caprina) con interventi specifici sulle ASP di Reggio Calabria e Vibo Valentia.

Favorire l'implementazione della ricetta veterinaria elettronica (REV) per consentire un uso corretto dei farmaci veterinari e di conseguenza contribuire alla diminuzione dell'antimicrobico resistenza.

Incrementare la formazione in materia di biosicurezza, misura riconosciuta indispensabile per la riduzione del rischio di diffusione delle malattie infettive/infestive, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* (ASP, associazioni di categoria, medici veterinari L.P., aziende del settore).

Programmazione regionale di un piano di formazione in materia di interventi assistiti con gli animali (DCA n. 260/2018).

Interventi strategici per affrontare il fenomeno del randagismo regionale (modifica DCA n. 67/2018).

Monitoraggio corretta attuazione delle linee guida sulla gestione del conflitto di interesse degli addetti ai controlli ufficiali di cui al DCA n. 19/2016.

Definizione del fabbisogno del personale veterinario (SVET) e medico chirurgo (SIAN), tecnico della prevenzione e amministrativo per le Aziende Sanitarie Provinciali.

Azioni

Elevare il livello di attività dei servizi che non può prescindere dall'azione formativa degli stessi così per come previsto dal Reg. UE 625/2017. L'attività formativa sarà effettuata con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute, dell'IZSM di Portici, di altri II.ZZ.SS., della Facoltà Medicina Veterinaria e di eventuali figure veterinarie di alto profilo. Per tale attività, iniziata nel 2021, il termine è previsto alla fine del 2025.

Tutto il personale dei Servizi Veterinari delle tre Aree Funzionali e SIAN sarà formato in materia di controlli ufficiali (pacchetto igiene). Sarà programmata un'ulteriore attività formativa specifica sul Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 marzo 2017 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione

sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari.

In ossequio al Piano di Controllo Nazionale Pluriennale all'epoca vigente, il PRIC 2018 (Piano Regionale Integrato dei Controlli), approvato con DCA n. 86/2018, ha delineato con un documento unico il sistema regionale dei controlli. Con tale atto la Regione ha strutturato la programmazione, la pianificazione e le modalità di esecuzione nonché la rendicontazione di tutte le attività di controllo ufficiale in materia di sanità animale e sicurezza alimentare.

Entro il dicembre 2023 sarà adottato il PCRP 2022-2024 (Piano di Controllo Regionale Pluriennale) secondo le indicazioni contenute nel Piano di Controllo Nazionale Pluriennale (PCNP) 2020/202 di cui all'Accordo Stato/Regioni rep. Atti n. 16/2020.

Per il raggiungimento degli obiettivi legati alle profilassi obbligatorie (Tubercolosi e Brucellosi bovina e Brucellosi ovi-caprina), verranno esercitati i controlli sia da remoto che da verifiche dell'efficacia *in loco* [ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a-b e art 12 (2-3), Reg. UE 625/2017 e O.M. 28 maggio 2015)]. In particolare, verranno controllate le ASP di Reggio Calabria e Vibo Valentia, per le quali negli ultimi anni è stata rilevata una grave carenza di organizzazione e di procedure documentate. Peraltro, è da rilevare che nel 2022 l'ASP di Vibo Valentia ha raggiunto la qualifica di <<ufficialmente indenne alla brucellosi bovina>> per il proprio territorio.

La Ricetta Veterinaria Elettronica (REV) è nata per consentire una completa tracciabilità dei farmaci veterinari. Al fine di garantire un uso corretto dei farmaci veterinari per contribuire a limitare il grave fenomeno dell'antimicrobico resistenza, verranno organizzati incontri informativi/formativi con il coinvolgimento degli Ordini Professionali dei Medici Veterinari e Farmacisti e delle Università regionali.

La formazione in materia di biosicurezza rappresenta una misura indispensabile per la riduzione del rischio di diffusione delle malattie infettive/infestive. Verranno organizzati una serie di eventi formativi per tutti gli *stakeholder* (ASP, associazioni di categoria, medici veterinari L.P., aziende del settore).

La normativa in materia di randagismo assegna le competenze a diverse figure istituzionali pubbliche. In particolare, gli attori principali sono i Comuni e le Aziende Sanitarie. Considerato il perdurare del fenomeno, nonostante diversi atti normativi anche di carattere regionale, è stato istituito un Tavolo tecnico permanente tra le varie istituzioni, coinvolgendo il Ministero della Salute, le Prefetture, le forze dell'ordine e le associazioni animaliste riconosciute, al fine di modificare il DCA n. 67/2018. Il documento è di prossima adozione. Rimane improcrastinabile la realizzazione dei canili sanitari provinciali che rappresentano lo strumento indispensabile per l'attuazione delle misure sanitarie più importanti (sterilizzazioni, cura degli animali incidentati, profilassi vaccinale, ecc.) atte al contenimento del fenomeno. Inoltre, è necessario completare la verifica della corretta identificazione, allineamento e iscrizione in BDR di tutti i cani ospitati presso le strutture di ricovero pubbliche e private censite.

Le Linee Guida regionali sulla gestione del conflitto di interesse (DCA n. 19/2016) degli addetti ai controlli ufficiali dettano le indicazioni che ciascuna Azienda Sanitaria deve applicare per la gestione dei conflitti di interesse. Saranno programmate apposite verifiche, anche attraverso *audit*, per accertare che siano rispettate in maniera uniforme su tutto il territorio regionale le misure previste.

Al fine di ottimizzare la pianificazione e la programmazione dei controlli ufficiali da parte dei servizi veterinari delle tre aree funzionali e dei SIAN in ambito regionale, in ottemperanza all'art. 9 (4) – art. 10- art. 12 (1)- all. Il capo II.3 e art. 110.2 I e del Reg. UE 2017/625, saranno elaborati i carichi di lavoro per U.O. (unità operative assegnate) afferenti ai servizi, in ragione della densità demografica per Provincia, delle condizioni orografiche dei territori provinciali e delle realtà

produttive esistenti, calcolando il fabbisogno di personale veterinario (SVET) e medico chirurgo (SIAN), tecnico della prevenzione e amministrativo per le Aziende Sanitarie Provinciali.

15.2 Screening oncologici di popolazione

Stato di Attuazione

Nel Piano Regionale della Prevenzione (DCA n. 137/2021) è stato previsto un programma libero specifico per il rafforzamento degli screening oncologici.

Il programma "PL15 screening oncologici" si innesta come programma libero nel piano regionale di prevenzione 2020-2025 ed è composto da tre fasi: coordinamento, sperimentale e prevenzione del rischio eredo-familiare.

Tale programma è da intendersi aggiuntivo e di supporto alle ordinarie attività di screening oncologico organizzate ed erogate dalle Aziende sanitarie Provinciali calabresi. Allo scopo di rafforzare le attività ordinarie, in ottemperanza al DCA 137 del 2020 come descritto nell'analisi di contesto.

Le azioni di questo programma sono tese ad incrementare, l'estensione, l'adesione e la copertura anche in virtù del ritardo accumulato per l'impatto della pandemia da Covid-19.

Il livello di coordinamento prevede il rafforzamento "Centro di riferimento regionale per gli screening oncologici", istituito con nota prot. n.161104 del 13 maggio 2020 e confermato con DCA 137/2020, composto dai Dirigenti dei Settori competenti (o loro delegati), da un funzionario afferente al Settore competente per materia e dai responsabili dei Centri Screening delle Aziende Sanitarie Provinciali.

Il livello sperimentale prevede delle iniziative per le diverse tipologie di screening oncologici:

- Centro coordinamento regionale lettura mammografia;
- Screening domiciliare Cervice;
- Screening domiciliare Colon retto.

Si segnala, inoltre, che in Calabria sono accreditati AIRTum i seguenti Registri Tumori: Catanzaro, Cosenza-Crotone (accreditato in aprile 2017) e da poche settimane anche il registro tumori di Reggio Calabria con una copertura superiore al 90% della popolazione Calabrese. Manca solo Vibo Valentia che sta procedendo con le attività necessarie per l'accreditamento AIRTum.

L'analisi dei dati dei Registri Tumori consente anche una puntuale valutazione delle performance degli screening per una corretta programmazione sanitaria in campo oncologico, posto che alcuni responsabili del registro tumori di una vasta area territoriale (Cosenza e Crotone) sono anche responsabili degli screening oncologici nelle loro aziende.

Il monitoraggio costante delle attività viene oggi effettuato con l'utilizzo di un unico format, già in uso presso l'ASP di Cosenza, che viene elaborato con cadenza mensile e consente una immediata lettura dei dati di attività, il loro andamento nel corso dell'anno e i risultati ottenuti sia a livello delle singole ASP che a livello regionale.

Il Dipartimento Tutela Della Salute e Servizi Socio-Sanitari ha presentato progetto di potenziamento del sistema informatico del registro tumori della regione Calabria ai sensi del DM 12 agosto 2021 per eliminare le criticità precedentemente riscontrate attraverso due interventi:

1. Progettazione, acquisizione e/o potenziamento di software utili a favorire il passaggio al sistema unico regionale (AA.SS.PP. che non utilizzano il software unico regionale);

2. Progettazione acquisizione e/o potenziamento di un sistema direzionale per l'analisi dei dati del registro tumori regionale.

Con DCA n. 138/2021 sono state approvate le Linee progettuali anno 2021 degli Obiettivi PSN, all'interno delle quali sono inserite le azioni di supporto al Piano Nazionale Prevenzione attraverso i Network Nazionali. Si evidenzia l'approvazione dello schema di accordo con relativo progetto tra Regione Calabria e Osservatorio Nazionale Screening e sono state previste le risorse per la collaborazione con ARTIUM.

Nelle modifiche al DCA n. 50/2015, previste nel DCA n. 137/2020, sono state approvate le indicazioni per la ripresa a pieno regime degli screening oncologici. Sono state inoltre definite la modalità di erogazione delle risorse già assegnate (capitolo 4211161 giusto impegno n. 11572/2001) pari a 6.670.205,68 euro. È stato richiesto un progetto aziendale alle aziende sanitarie provinciali per l'organizzazione dello svolgimento e il rafforzamento dell'attività di screening.

La Regione Calabria con DCA n. 23/2022 ha preso atto dei progetti aziendali ed ha provveduto a rimodulare le risorse, limitatamente al capitolo 4211161 giusto impegno n. 11572/2001, per come richiesto dalla AA.SS.PP.

Il presente programma è dunque l'attuazione di quanto previsto dal DCA n. 137 del 2020.

Attività nell'anno 2020

A) Screening Carcinoma Cervice Uterina.

Target popolazione: donne di età compresa 25-64 anni

Popolazione Target totale: 146.414

Test screening (PAP test) eseguiti: 5.772

Test screening (HPV-dna test) eseguiti: 1.920

B) Screening Carcinoma Colon Retto.

Target popolazione: Uomo/donna età compresa 50-69 anni. Periodicità biennale

Popolazione Target: 229.458

Popolazione Invitata: 12.852

Test screening eseguiti: 1.330

C) Screening Mammografico.

Target popolazione: donne età compresa 50-69 anni. Periodicità biennale.

Popolazione Target: 169.412

Popolazione Invitata: 8.527

Test screening eseguiti: 3.185

È evidente che i risultati ottenuti nel 2020 sono lontani dal raggiungimento dell'intervallo target utile a conseguire la sufficienza dell'indicatore specifico.

Tradotto in mesi standard, il ritardo diagnostico medio accumulato si sta allungando ed è pari a 5,5 mesi standard per le lesioni coloretali, a 4,5 mesi standard per i tumori della mammella e a 5,2 per le lesioni della cervice uterina.

A tal proposito con DCA n. 13/2022 è stato approvato Piano di recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279, con cui sono stati assegnate risorse pari a 2 milioni di euro per il recupero delle prestazioni di screening oncologico non erogate in periodo di pandemia da SARS-CoV2.

Obiettivo

La Regione Calabria, attraverso le aziende del SSR, si pone l'obiettivo di garantire ai cittadini calabresi un'adeguata risposta al fabbisogno di prevenzione in materia di screening oncologico come di seguito definito. Gli obiettivi riportanti sono presenti nei progetti aziendali approvati ai sensi del DCA 137/2020.

Screening Mammella				
Obiettivo	2022	2023	2024	2025
Estensione Corretta	70%	80%	95%	95%
Adesione	50%	65%	70%	80%

Screening Cervice				
Obiettivo	2022	2023	2024	2025
Estensione Corretta	70%	80%	95%	95%
Adesione	40%	55%	70%	80%

Screening Colon retto				
Obiettivo	2022	2023	2024	2025
Estensione Corretta	70%	80%	95%	95%
Adesione	40%	55%	70%	80%

Obiettivi specifici

1) Attivazione del Centro Coordinatore dei programmi di screening

Il Centro deve essere attivato e deve integrare l'esigenza di presidiare l'attività di screening oncologico con l'esigenza delle Aziende provinciali di adeguarsi al cambiamento culturale ed organizzativo.

Deve seguire l'adozione del nuovo sistema informativo regionale, nelle more ogni Azienda potrebbe continuare ad usare il proprio sistema informativo garantendo l'invio nei tempi definiti del flusso informativo come codificato dalla Regione e dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

È indispensabile un lavoro integrato tra il Dipartimento Tutela della Salute e il Coordinamento della Rete Oncologica Regionale.

2) Copertura dei fabbisogni di risorse

A) Screening del cancro della cervice uterina:

Carenza di personale tecnico (ostetrico/infermieristico); il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle che seguono, per tipologia di screening.

Scarsa qualità delle strutture di erogazione del primo livello; il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle che seguono, per tipologia di screening.

Carenza di risorse umane e strumentali nei Centri di lettura dei Pap test (le UU.OO. di Anatomia Patologica sono carenti di citolettori e di attrezzature idonee, necessari per garantire una risposta qualitativamente adeguata nei tempi e nei modi previsti dalle linee guida nazionali);

Mancata identificazione delle strutture di terzo livello.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

Cervice Uterina						
	Totale Regione	ASP Cosenza	ASP Catanzaro	ASP Crotone	ASP Vibo Valentia	ASP Reggio Calabria
RISORSE	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire
Punti prelievo Pap Test o HPV Test	33	25	2	0	2	4
Personale comparto Ostetriche o infermiere professionali	20	7	8	0	2	3
Citoscreener (lettura vetrino e refertazione su SW)	4	2	1	0	0	1
Tecnico di laboratorio per allestimento vetrini (4' vetrino)	4	2	1	0	0	1
Tecnico di laboratorio per HPV test	5	2	2	0	0	1

Personale medico anatomia patologica			1	0	0	
Personale Biologo per HPV Test	6	2	2	0	1	1
Centri secondo livello	5	2	2	0	1	0
Personale medico Ginecologo di 2° livello	7	2	2	1	1	1
Personale infermieristico 2° livello	0	0	0	0	0	2
Colposcopia con archiviazione digitale delle immagini	6	1	2	1	1	1
Laser	6	2	1	1	1	1
Aspiratore di fumi	4	2	1	0	0	1
Elettrobisturi	5	2	1	0	1	1
Attività ambulatoriali di 3° livello	5	0	1	0	1	3
Ecografo con sonda trans vaginale	3	1	0	0	1	1
Microscopio ottico	1	0	0	0	0	1
PC con stampanti	35	0	15	0	2	18
Connessioni internet veloci	35	0	1	0	1	33
Autista	2	0	2	0	0	0
stampanti etichettatrici	12	0	12	0	0	0
Monitor supplementare	1	0		1	0	0
Lettini ginecologici	18	0	0	0	0	18
Lampade scialitiche	18	0	0	0	0	18
altri arredi	15	0	0	0	0	15
interfacciamenti software	21	0	0	0	0	21

B) Screening del cancro del colon-retto:

Carenza di personale medico e infermieristico nei centri di secondo livello (endoscopisti); il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Qualità mediocre delle strutture di erogazione del secondo livello.

Carenza di apparecchiature per il secondo livello; il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Scarsa organizzazione nel percorso del secondo livello.

Mancata identificazione delle strutture di terzo livello.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

Colon Retto						
	Regione	ASP Cosenza	ASP Catanzaro	ASP Crotone	ASP Vibo Valentia	ASP Reggio Calabria
RISORSE	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire
Sistema automatico per FOBT	0	0	0	0	0	0
Punti di distribuzione e raccolta kit	62	0	1	26	3	32
Trasporto provette	4	1	1	0	1	1
Centri endoscopici di 2° livello	5	0	3	0	1	1
Colonscopi	11	1	6	1	2	1
Personale medico Anatomia patologica per istologia	2	1	1	0	0	0
Lavaendoscopi	7	1	2	1	2	1
Elettrobisturi	5	1	2	1	0	1
Personale medico per Endoscopia	5	0	4	0	1	0
personale Infermieristico anesthesi	2	0	0	0	0	2
Infermieri endoscopia	9	3	4	1	1	0
Personale medico Anestesisti	5	2	1	0	1	1
Personale medico Anatomia patologica per istologia	2	1	1	0	0	0
Colon TC virtuale	3	0	1	1	0	1

Clisma opaco	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico di laboratorio	4	2	0	0	1	1
Personale medico anatomia patologica	1	0	1	0	0	0
Personale medico gastroenterologia II livello	0	0	0	0	0	0
Personale biologo	1	1	0	0	0	0
Personale medico radiologia	3	0	1	0	1	1
Personale tecnico esami radiologia	3	0	1	0	1	1
PC con stampanti	24	0	20	0	1	3
Connessioni internet veloci	1	0	0	0	1	0
Interfacciamenti software	4	0	0	0	1	3
Lettori barcode	30	0	30	0	0	0
Autista	3	0	2	0	0	1

C) Screening del cancro della mammella:

Carenza di personale sia medico che tecnico nelle UO di Radiologia; il personale necessario e dove allocarlo è indicato nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Obsolescenza delle apparecchiature nelle strutture di erogazione del primo livello, che allungano le liste di attesa.

Scarsa organizzazione nel percorso del secondo livello.

Mancata identificazione delle strutture di terzo livello.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

Mammella						
	Regione	ASP Cosenza	ASP Catanzaro	ASP Crotone	ASP Vibo Valentia	ASP Reggio Calabria
RISORSE	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire
Punti erogazione mammografie	7	0	2	2	1	2

Mammografo con tomosintesi	5	0	0	2 (*)	1(*)	2
Sistema RIS PACS	1	0	1	0	0	0
Ecografo	7	2	3	1	1	0
Mammografia con mdc	2	1	0	1	0	0
Risonanza magnetica	0	0	0	0	0	0
Strumentario per biopsia stereotassica	2	0	0	0	0	2
Personale tecnico mammografie	30	9	10	2	2	7
Personale medico per MMX	23	6	8	1	1	7
Personale medico per ecografia	6	1	1	0	1	3
Personale tecnico II livello	7	1	2	0	1	3
Personale medico biopsia	9	1	1	0	1	6
PC	10	0	5	0	0	5
Collegamento internet	7	0	1	0	0	6
Interfacciamenti con software	5	0	0	0	0	5

(*) Mammografi digitali senza tomosintesi.

D) Per le UU.OO. Centro screening oncologici delle AA.SS.PP.

Carenza di personale per il coordinamento e le attività amministrative.

Sistema informativo non adeguato.

Carenza di strumenti tecnologici ed informatici.

Fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per superare le criticità segnalate per come rilevato nei progetti aziendali.

Centro Screening						
	Regione	ASP Cosenza	ASP Catanzaro	ASP Crotone	ASP Vibo Valentia	ASP Reggio Calabria
RISORSE	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire

Centro Screening						
	Regione	ASP Cosenza	ASP Catanzaro	ASP Crotone	ASP Vibo Valentia	ASP Reggio Calabria
RISORSE	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire	Risorse da selezionare o reperire
Personale di Segreteria (comparto)	16	3	2	3	3	5
Personale di Segreteria (dirigente)	8	2	1	1	2	2
Autista	4	1	0	1	1	1
Autovetture	4	1	0	1	1	1
PC	26	4	9	3	3	7
Stampanti	10	0	5	2	1	2
macchina Imbustatrice	2	0	1	0	0	1
Linee Telefoniche	8	0	0	1	0	7
Trasporto Aziendale	2	0	1	0	1	0
software ris pacs	5	0	0	0	0	5
Fax	1	0	0	0	0	1
Mail	0	0	0	0	0	0
Postel	2	0	1	0	0	1
servizio postale	1	0	1	0	0	0
lettori barcode	7	0	7	0	0	0
software	14	0	0	5	1	8

Azioni

Per quanto riguarda la gestione amministrativa degli inviti alla popolazione target, l'invio dei referti e la programmazione degli esami di secondo e terzo livello occorre valutare se gestirli con personale aziendale o mediante affidamento a società esterna, come avviene con buoni risultati in altre realtà regionali.

Azioni Regionali

Reclutare il personale necessario al potenziamento delle attività di screening e verificarne la corretta collocazione; il personale medico e infermieristico che opera nel programma di screening deve essere aggiornato e formato in ogni Azienda attraverso i Piani formativi aziendali.

Riprogettare e potenziare l'operatività dell'attuale sistema informativo per la gestione dell'attività dei programmi di screening oncologico, integrato con gli altri sistemi informativi aziendali e regionali, che consentano inoltre la raccolta dei dati sulla pianificazione degli interventi, portando a regime tutti i sistemi informativi attualmente in uso, con eventuale recupero dei dati storici.

Dare effettiva attuazione all'istituzione, prevista dal DCA n. 137/2020, presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari, del "Centro di riferimento regionale per gli screening oncologici", composto dai Dirigenti dei Settori competenti (o loro delegati), da un funzionario afferente al Settore competente per materia e dai responsabili dei Centri Screening delle Aziende Sanitarie Provinciali, per l'identificazione di strategie ed azioni a supporto delle attività di screening, per il monitoraggio, la revisione e aggiornamento dei percorsi, la pianificazione della campagna di comunicazione e delle attività di prevenzione, nonché l'elaborazione e l'analisi dei dati e la redazione di report a livello regionale. Il Centro potrà avvalersi della collaborazione di specifiche figure professionali, di volta in volta identificate, per l'elaborazione dei PDTA inerenti gli screening oncologici.

Affidare alle Aziende Sanitarie e alle Aziende Ospedaliere precisi ruoli da svolgere per l'esecuzione delle prestazioni per il secondo e terzo livello.

Mettere a regime il test HPV, esteso a tutte le donne dai 30 ai 64 anni, secondo il "Protocollo di screening per il cervico-carcinoma basato sul test HPV come test primario", di cui al DCA n.126, del 24.11.2015, e le azioni previste nel PRP 2014-2019, di cui al DCA 127 dell'11.6.2018.

Implementare percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 ed identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare.

Valutare l'esternalizzazione del supporto amministrativo al programma di screening.

Coinvolgere nelle attività dei programmi di screening oncologici i MMG.

Azioni Territoriali

Le ASP dovranno adottare disposizioni organizzative coerenti con gli indirizzi regionali, dandone evidenza con apposito atto deliberativo, anche ai fini dell'erogazione delle commisurate risorse, in cui devono:

Garantire l'effettiva assegnazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, adeguate all'erogazione delle prestazioni previste dai programmi di screening.

Garantire l'estensione degli inviti a tutta la popolazione target, attraverso il Centro screening aziendale.

Attuare il programma libero inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025

Garantire il rispetto del debito informativo in materia di screening nei confronti del Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitari.

Potenziare i sistemi informativi aziendali di gestione dei programmi di screening oncologico che devono essere integrati con tutti gli altri sistemi informatici per garantire la corretta interoperabilità (es. Ris-Pacs, CUP, Flussi informativi, Anagrafica regionale ed aziendale).

Provvedere alla stipula di accordi e protocolli con altre ASP, AO, MMG, IRCCS e Università per l'organizzazione dei programmi di screening, quando e se necessario.

Promuovere l'adesione consapevole della popolazione destinataria, attraverso campagne di sensibilizzazione (comunicazione fin dalle scuole).

Monitorare lo stato di attuazione del programma organizzativo attraverso i centri screening aziendali.

Avviare le procedure di gara, per come previste nella vigente normativa, per l'acquisizione di attrezzature/service carenti per ciascuna tipologia di screening. Le attrezzature necessarie mancanti sono indicate nelle tabelle aggiunte per tipologia di screening.

Individuare ed assegnare il personale dirigente (medici, biologi), tecnico e sanitario (ostetriche, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, infermieri), necessario per i volumi di attività, dandone formale evidenza nell'atto deliberativo aziendale di riorganizzazione.

Prevedere di utilizzare le strutture di primo e secondo livello già in essere potenziando il personale, prevedendo dei turni settimanali dedicati solo allo screening.

Azioni Specifiche

Azioni da adottare in sinergia tra Regione Calabria e Aziende Sanitarie Provinciali, Ospedaliere ed Universitarie:

Screening per il cancro della cervice:

Riorganizzare le strutture del primo e secondo livello, anche con il coinvolgimento delle Unità Operative territoriali ed ospedaliere di ostetricia e ginecologia delle AO e delle ASP. Potenziare ASP Cosenza, ASP Crotona e ASP Reggio Calabria (che mostrano dalla ricognizione le carenze maggiori).

Mettere a regime del protocollo basato sul test HPV, come test primario, esteso a tutte le donne dai 30 ai 64 anni, a 3 anni dall'ultimo Pap-test o a 5 anni dall'ultimo test HPV.

Implementare protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV.

Screening per il cancro della mammella:

Riorganizzare le strutture del primo e secondo livello, anche con il coinvolgimento delle Unità Operative di radiologia e dei radiologi afferenti alle Unità Operative ospedaliere; Potenziare ASP Catanzaro, ASP Crotona e ASP Reggio Calabria (che mostrano dalla ricognizione le carenze maggiori).

Mettere in rete dei centri lettura per le mammografie secondo le metodologie indicate nel DCA 137/2020.

Istituzione del coordinamento interaziendale costituito da tutti i dirigenti medici e i tecnici di radiologia dedicati, in servizio presso le Aziende Sanitarie Provinciali, alle attività di screening oncologico della mammella.

Screening per il cancro del colon-retto:

Riorganizzare la distribuzione e il ritiro del kit e l'accentramento dei laboratori per l'esecuzione del test di primo livello e le attività di audit clinico per migliorare il livello qualitativo dei centri di secondo livello, secondo le metodologie indicate nell'allegato 1 al presente atto e con le risorse già assegnate.

Organizzare e centralizzare il secondo e terzo livello (endoscopico e chirurgico) in poche strutture, che abbiano i requisiti di qualità previsti dalle norme vigenti.

Potenziare ASP Catanzaro, ASP Cosenza e ASP Reggio Calabria (che mostrano dalla

ricognizione le carenze maggiori).

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attivazione del Centro Coordinatore dei programmi di screening	DCA	Giugno 2022
2	Copertura dei fabbisogni di risorse umane, strumentali e tecnologiche per I tre programmi di screening (mammella, colon e cervice)	DCA	Dicembre2022
3	Dare effettiva attuazione all'istituzione, presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari al "Centro di riferimento regionale per gli screening oncologici", composto dai Dirigenti dei Settori competenti (o loro delegati), da un funzionario afferente al Settore competente per materia e dai responsabili dei Centri Screening delle Aziende Sanitarie Provinciali, per l'identificazione di strategie ed azioni	DCA	Giugno 2022
4	Riprogettare e potenziare l'operatività dell'attuale sistema informativo per la gestione dell'attività dei programmi di screening oncologico (valutare gestione azienda esterna)	Report di progettazione del sistema informativo	Marzo 2023
5	Affidare alle Aziende Sanitarie e alle Aziende Ospedaliere precisi ruoli da svolgere per l'esecuzione delle prestazioni per il secondo e terzo livello	PDTA	Dicembre 2023
6	Monitoraggio attuazione programma libero screening oncologico PRP 2020-2025	Relazione Piano Regionale prevenzione	Annuale
	Monitoraggio – relazione settore competente	Indicatore composito sugli stili di vita.	
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina.	
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	

		Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.	
--	--	---	--

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 10 “Salute Mentale – Dipendenze patologiche – Salute nelle carceri”.

Settore n. 7 “Assistenza Territoriale – Sistemi alternativi al ricovero e Gestione territoriale delle Epidemie”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta ospedaliera e sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica – Assistenza Integrativa e Protesica – Farmacie Convenzionate – Educazione all’Uso Consapevole del Farmaco”.

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU.

Direttori di Distretto.

15.3 Screening Neonatale Esteso (SNE)

Stato di attuazione

La legge 167/2016 ha esteso lo screening neonatale obbligatorio a circa 40 malattie metaboliche ereditarie (Screening Neonatale Esteso).

Con DCA n.169 del 3/12/2019 è stato approvato il protocollo d’intesa tra la Regione Campania, la Regione Calabria, il CEINGE e l’A.O.U. Mater Domini di Catanzaro, finalizzato alla realizzazione dello screening neonatale esteso, a tutti i nuovi nati.

Lo Screening Neonatale Esteso (SNE) è un programma complesso, integrato e multidisciplinare di prevenzione sanitaria secondaria, che permette di:

- identificare precocemente su tutta la popolazione neonatale i soggetti affetti da malattie metaboliche ereditarie;
- procedere all'accertamento diagnostico;
- in caso di diagnosi confermata, avviare il paziente al trattamento specifico per la malattia identificata ed assicurargli il successivo follow-up.

Per la realizzazione delle attività si ricorrerà al finanziamento previsto dalla legge 167/2016.

Obiettivo

Migliorare l’organizzazione dello screening neonatale per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie

Azioni

Costituzione del Coordinamento Regionale del sistema screening.

Istituzione del Centro Clinico Regionale per le malattie metaboliche ereditarie.

Individuazione del laboratorio Regionale per gli screening neonatali e per la conferma diagnostica.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituzione del Coordinamento Regionale del sistema screening	DCA	Dicembre 2022
2	Istituzione del Centro Clinico Regionale per le malattie metaboliche ereditarie	DCA	Febbraio 2023
3	Individuazione del laboratorio Regionale per gli screening neonatali e per la conferma diagnostica	DCA	Marzo 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 “Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Responsabili aziendali

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, delle AO, e dell’A.O.U. Mater Domini.

15.4 Screening neonatali Audiologico e Oftalmologico

Stato di attuazione screening Audiologico

Con la Delibera n. 851 del 29 dicembre 2010 “approvazione Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012” è stato inserito il progetto “Ipoacusia e sordità infantile” che ha previsto l’attuazione dello screening neonatale.

In data 8 novembre 2011 con nota prot. n. 167238/SIAR è stata nominata capofila di tale linea progettuale l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, che ha coordinato le attività progettuali e si è adoperata ad acquisire gli strumenti necessari e la piattaforma informatica per la raccolta, messa in rete ed archiviazione dei dati dello screening; inoltre ha svolto le attività formative e di affiancamento rivolte al personale di tutti i punti nascita della Regione.

Nel DCA n. 49/2016 “Approvazione Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019” al Programma 3 “Promozione della salute della donna e del bambino” era stato tra l’altro, già inserito il progetto “screening audiologico neonatale”.

Il DCA n. 127/2018 ha prorogato il PRP 2014-2019.

Con il DCA n. 159 del 29 dicembre 2020 è stato approvato il PDTA dello screening audiologico

neonatale.

In Calabria sono presenti 11 Punti nascita di cui 10 pubblici e uno privato accreditato, di questi, tre sono di secondo livello (Punto nascita di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria) i restanti otto di primo livello.

Allo stato attuale lo screening audiologico è garantito in tutti i punti nascita di secondo livello ed in sei degli otto punti nascita di primo livello.

Il tavolo LEA nella seduta del 13 dicembre 2021 ha evidenziato la necessità di integrare il sopracitato PDTA dello screening audiologico neonatale, integrandolo con i centri di primo, secondo e terzo livello.

Obiettivo

- Integrare il PDTA dello screening audiologico neonatale approvato con DCA n. 159 del 29 dicembre 2020
- Migliorare la raccolta dati attraverso l'attivazione del flusso a livello regionale
- Attivare lo screening nel 100% dei punti nascita che insistono sul territorio regionale

Azioni

1. Integrazione del PDTA approvato con DCA n.159/2020
2. Attivazione del flusso informativo a livello regionale
3. Implementazione dello screening audiologico sistematico presso tutti i punti nascita della regione.
4. Implementazione della Piattaforma per il flusso informativo digitalizzato in tutti i punti nascita

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Integrazione del PDTA dello screening audiologico neonatale	Adozione DCA	Aprile 2022
2	Attivazione del flusso informativo a livello regionale	Attivazione della piattaforma digitale per il flusso informativo	Dicembre 2022
3	Erogazione di screening audiologico presso la totalità dei punti nascita regionali	Erogazione di screening nel 100% dei punti nascita	Gennaio 2023
4	Implementazione della Piattaforma	Registrazione attraverso il flusso informativo digitale >50% del totale dello screening	Dicembre 2023

Stato di attuazione screening oftalmologico

Nel DCA n. 49/2016 "Approvazione Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019" al Programma 3 "Promozione della salute della donna e del bambino" era stato inserito, tra l'altro, il progetto "Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali - ipovisione e cecità screening oftalmologico" coordinato dalla UO di oculistica dell'AOU Mater Domini di Catanzaro.

Il DCA n. 127/2018 ha prorogato il PRP 2014-2019.

Con il DCA n. 160 del 29 dicembre 2020 è stato approvato il PDTA dello screening oftalmologico neonatale.

In Calabria sono presenti 11 Punti nascita di cui 10 pubblici e uno privato accreditato; di questi tre sono di secondo livello (Punto nascita di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria) i restanti otto di primo livello

Allo stato attuale lo screening oftalmologico è garantito in tutti i punti nascita di secondo livello ed in cinque degli otto punti nascita di primo livello.

Il tavolo LEA nella seduta del 13 dicembre 2021 ha evidenziato la necessità di integrare il sopracitato PDTA dello screening oftalmologico neonatale integrandolo con l'individuazione dei centri di primo, secondo e terzo livello.

Obiettivo

- Integrare il PDTA dello screening oftalmologico approvato con DCA n. 160 del 29 dicembre 2020
- Migliorare la raccolta dati attraverso l'attivazione del flusso a livello regionale
- Attivare lo screening nel 100% dei punti nascita che insistono sul territorio regionale

Azioni

1. Integrazione del PDTA approvato con DCA n.160/2020
2. Attivazione del flusso informativo a livello regionale
3. Implementazione dello screening oftalmologico sistematico in tutti i punti nascita della regione
4. Implementazione della Piattaforma in tutti i punti nascita

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Integrazione del PDTA dello screening oftalmologico neonatale	DCA	Aprile 2022
2	Attivazione del flusso informativo a livello regionale	Attivazione della piattaforma digitale per il flusso informativo	Dicembre 2022
3	Attivazione dello screening nei punti nascita in cui non viene eseguito.	N punti nascita che eseguono gli screening/n totale di punti nascita	Gennaio 2023
4	Implementazione della Piattaforma	Registrazione attraverso il flusso informativo digitale >50% del totale dello screening	Dicembre 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 11 Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari.

Responsabili aziendali

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, delle AO, e dell'A.O.U. Mater Domini.

15.5 Vaccinazioni

Stato di attuazione

Con DCA n. 43 del 2 maggio 2015 “Miglioramento della copertura vaccinale specifica nelle diverse fasce d’età” è stato emanato il calendario regionale delle vaccinazioni che anticipa di ben due anni quello nazionale emanato successivamente nel 2017 con il “Nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale 2017-2019”, recepito con DCA n. 81 del 09/05/2017.

Con DDG n. 6060 del 08/06/2017 è stato istituito il Coordinamento Tecnico Regionale per le Vaccinazioni.

Con DCA n. 81 del 09/05/2017 è stato recepito il “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019” che con deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021, considerata la condizione eccezionale, provocata dalla pandemia di COVID-19 è stato prorogato a tutto il 2021.

Con DCA n. 147 del 07/11/2017 sono state approvate le Linee Guida Regionali per l’esecuzione delle Vaccinazioni.

Con DCA n.161 del 29/12/2020 è stata recepita l’Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025" e approvazione del “Profilo di Salute della Regione Calabria”, lo stesso prevede il rafforzamento e miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali.

Il Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale raccomanda il raggiungimento e mantenimento di coperture vaccinali $\geq 95\%$ per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati ed una dose di MPR+V entro i 2 anni di età. Di seguito si riporta la copertura vaccinali a 24 mesi, riferita all’anno 2021:

- 97,94% per la vaccinazione esavalente, (media nazionale 94,02%)
- 87,15 per la vaccinazione MPRV (media nazionale 92,47%).

Si è osservato un calo delle coperture vaccinali, relativamente alle vaccinazioni MPRV a causa della pandemia; al fine di implementare il tasso di copertura vaccinale nei nuovi nati, in particolare per la vaccinazione MPR+V, con DCA n. 63 del 20/04/2021 è stato recepito il protocollo d’intesa fra la Regione Calabria e i Pediatri di Libera Scelta, che prevede tra l’altro, il recupero dei bambini e delle bambine che non si sono sottoposti/e alla vaccinazione prevista dal calendario vaccinale.

In riferimento alla percentuale di copertura per la vaccinazione antinfluenzale nell’anziano (≥ 65 anni), il cui valore minimo raccomandato è del 75%, in Calabria, il valore raggiunto nella stagione 2020/2021 è stato pari al **79% contro una media nazionale del 65%** e ben 18 punti percentuali in più rispetto al tasso di copertura registrato nella scorsa campagna di vaccinazione antinfluenzale (61,8%). Probabilmente dovuto, alla massiccia campagna di comunicazione effettuata al fine di contenere l’eventuale contagio da Covid19. Anche per gli anni successivi sarà predisposta una massiccia campagna di comunicazione. Anche la sensibilizzazione attraverso le associazioni di volontariato, in rappresentanza della terza età, si è rilevato strumento efficace negli anni passati pertanto è da ritenersi una buona pratica. Per la valutazione ed il monitoraggio del calendario vaccinale regionale, in linea con il calendario proposto nel PNPV 2017-2019, sono stati identificati alcuni indicatori (di cui al quadro sinottico) tra quelli già valutati annualmente nell’ambito del PNP o

della verifica LEA.

Obiettivo

- Migliorare le coperture vaccinali per il mantenimento dei LEA e in ottemperanza alle indicazioni previste dal D.L. n. 73 del 7 giugno 2017 recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”.
- Attuare campagne di comunicazione e sensibilizzazione, secondo specifiche fasce d’età target (bambini, anziani).

Azioni

Offerta attiva della vaccinazione ai nuovi nati per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).

Offerta attiva della vaccinazione nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR+V).

Offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale nell’anziano (≥ 65 anni).

Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino antivaricella (MPRV oppure MPR+V).

Implementazione dell’anagrafe vaccinale informatizzata in tutti i centri vaccinali ed inserimento delle coorti pregresse per come previsto dal PNPV 2017-2019 e dal PNP 2020-2025.

Aggiornamento del calendario vaccinale di cui al DCA n.43/2015

Campagna di comunicazione per favorire l’adesione alle vaccinazioni infantile e degli anziani.

Quadro sinottico degli indicatori di misurazione

Azione	Indicatore	Target Nazionale	Target Regionale	Baseline 2020	Baseline 2021	Baseline 2022	Baseline 2023
1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	91,69 %	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$
2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia(MPR)	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	88,98	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$

3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale dell'anziano (≥ 65 anni)	$\geq 75\%$ minimo $\geq 95\%$ Ottimale	$\geq 75\%$	79%	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$
4	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino antivari cella (MPRV oppure MPR+V)	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	88,98	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$	$\geq 95\%$
5	Implementazione Anagrafe Vaccinale Informatizzata in tutti i centri vaccinali	N.A.	100%	70%	85%	95%	100%
6	Aggiornamento del calendario vaccinale	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Maggio 2022	
7	Campagna di comunicazione mirata i diversi target	N.A.	Avvio entro il 2022 (ripetizione annuale)				

N.A.= non applicabile

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica"

Settore n. 10 "Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari – Modernizzazione e Digitalizzazione Sistema della Salute - Telemedicina"

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP.

15.6 Prevenzione infezioni correlate all'assistenza da germi multi resistenti (PNCAR)

Stato di Attuazione

Con DCA n. 77 del 5 aprile 2018 è stato recepito il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

Con Decreto Dirigenziale n. 15638 del 9 dicembre 2018 è stato istituito il Gruppo tecnico di

coordinamento e monitoraggio del piano dell'antimicrobico-resistenza e delle strategie di contrasto a livello regionale.

Con DCA n. 72 del 4 aprile 2020 sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'uso appropriato della terapia antibiotica empirica in ambito ospedaliero e per l'implementazione regionale dei protocolli terapeutici".

Con DCA n. 137 del 31 dicembre 2021 è stato approvato il PRP 2020-2025 che prevede tra l'altro, il Programma Predefinito "Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza"

Obiettivo

Migliorare la sorveglianza e il monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici e favorire la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Azioni

- Attivare la sorveglianza microbiologica e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte del Gruppo di lavoro regionale attraverso la raccolta di dati presso le singole Aziende e la diffusione di report periodici.
- Monitorare il corretto utilizzo delle linee guida regionali per l'uso appropriato della terapia antibiotica nelle ASP e AO.
- Sensibilizzare gli operatori sanitari al tema delle ICA, mediante formazione e divulgazione di linee guida nazionali.
- Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza attraverso la predisposizione di linee d'indirizzo per l'uso dei disinfettanti idroalcolici.
- Monitorare i dati di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Attivare la sorveglianza delle ICA da parte del GdL regionale	Raccolta dati presso le Aziende e Report sulle ICA per struttura diffusi alle Aziende	Semestrale
2	Monitorare il corretto utilizzo delle Linee guida regionali nelle Aziende Sanitarie	Report di monitoraggio aziendali	Dicembre 2022
3	Predisposizione linee d'indirizzo per l'uso dei disinfettanti idroalcolici	DCA	Dicembre 2023
4	Sensibilizzazione degli operatori alle ICA: campagne di sensibilizzazione, informazione e formazione	Report aziendali	Dicembre 2022
5	Monitoraggio del consumo degli antibiotici nelle single Aziende Sanitarie	Report aziendali	Dicembre 2023

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 4 “Prevenzione e Sanità Pubblica”

Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica Assistenza Integrativa e Protesica- Farmacie Convenzionate-Educazione all’uso consapevole del Farmaco.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari / Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP/AO

15.7 Prevenzione dell’Obesità, Diabete e Patologie cardiovascolari

Stato di Attuazione

Nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (DCA n. 137/2021) è stato previsto negli obiettivi strategici/programmi la promozione per l’adozione di uno stile di vita sano in tutte le età e setting, la promozione della salute attraverso il contrasto ai principali fattori di rischio comuni alle malattie croniche non trasmissibili e l’identificazione precoce e la presa in carico di soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità.

Si segnalano i dati sul grave stato di salute metabolico e cardiovascolare in cui versa la popolazione calabrese, come emerso dagli studi di popolazione condotti dal Ministero, Okkio alla salute, Passi e Passi d’argento e dagli studi sulla prevalenza di specifiche patologie condotti da associazioni indipendenti.

L’obesità e Pre obesità raggiunge una prevalenza del 43% negli adulti e del 45% in età pediatrica, conseguentemente il diabete raggiunge il record nazionale del 8% seguito da tutte le altre patologie cardiovascolari e metaboliche che complicano l’obesità.

Il progetto di prevenzione ha lo scopo di individuare precocemente i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o i soggetti già affetti da queste ed a rischio di complicanze cardiovascolari con la conversione di alcuni punti di vaccinazione, costituiti per la pandemia da sars-Cov2, in centri territoriali per la prevenzione CTP delle malattie croniche nella regione Calabria. Per ogni distretto sanitario deve essere previste almeno 2 CTP quindi per 20 distretti dovranno essere riconvertiti circa 40 centri vaccinali.

Lo Screening delle patologie Cardio Metaboliche deve essere necessariamente attuato dato che oltre, i noti eventi dell’infarto del MIOCARDIO e dell’ICTUS, sono molteplici le patologie presenti, specie conseguenti ad una poor nutrition, che causa Obesità.

L’eccesso di peso è una problematica prevalente in tutte le età, ma i danni che provoca in quella PEDIATRICA sono sia per patologie metaboliche che sull’alterata fertilità: con effetti immediati sul RITARDO DI CRESCITA e PUBERALE; SINDROME DELL’OVAIO POLICISTICO, INFERTILITÀ e STEATOSI EPATICA NON ALCOLICA e DISFUNZIONE METABOLICA DA STEATOSI EPATICA.

Il CTP ha il ruolo di accogliere dal territorio i residenti secondo i progetti di prevenzione delineati, di porre diagnosi, trattare dove è indicato, inviare al centro di secondo livello e di monitorare l’avanzamento delle cure con redazione di un fascicolo elettronico utile alla valutazione dei risultati, per le patologie previste dalle schede progetto di prevenzione.

Il cittadino, che aderisce al progetto di prevenzione, grazie alla pubblicizzazione, presso i CTP per la macro-area Cardio Metabolica, sarà indirizzato allo SPOKE territoriale prossimo. Rilevata l’anagrafica e l’età il cittadino sarà assegnato al progetto di prevenzione specifico per sesso ed età (Scheda Progetti di Prevenzione), per effettuare la diagnosi di primo livello.

Successivamente, secondo alla diagnosi rilevata seguirà la prescrizione personalizzata, fissato il follow-up e l’eventuale invio ad HUB di secondo livello.

Necessariamente tutti i processi medici/assistenziali saranno supportati da un gestionale informatico caricato su browser che permetterà di svolgere molteplici funzioni online.

La seguente tabella descrive sinteticamente quali sono le proposte di progetto di prevenzione in ambito Cardio Metabolico legato all'aspetto della Nutrizione.

Fascia Età	Patologie	Azioni				
Pediatria 3-17 anni	PRE OB/OB	Diagnosi 1° Livello	Valutazione Accrescimento Genitale	Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica	Follow Up	Raccolta Dati
	PRE DMII	Diagnosi 1° Livello	Traiettoria Glicemia	Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica	Follow Up	Raccolta Dati
	DMII	Diagnosi 1° Livello	Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica	Follow Up	Raccolta Dati	
Adulti 18-65	PRE OB/OB	Diagnosi 1° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Follow Up	Raccolta Dati	
	IP	Diagnosi 1° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Follow Up	Eventuale Invio HUB per IRC	Raccolta Dati
	PRE DMII	Diagnosi 1° Livello	Protocollo 8 settimane Reverse Diabetes	Traiettoria Glicemica	Invio HUB Nutrizione Clinica	Raccolta Dati
	DMII	Diagnosi 1° Livello	Protocollo 8 settimane Reverse Diabetes	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Invio HUB Diabetologia	Raccolta Dati
	AT	Analisi del Rischio	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Eventuale invio HUB Cardiologico	Follow UP	Raccolta Dati
	Prevenzione Osteoporosi	Anamnesi Richiesta BMD	Frax con BMD	Invio HUB Malattie Metaboliche dell'osso	Raccolta Dati	
Geriatrica Over 65	Stesse Patologie Adulto Stesse Azioni Adulto					
	Dinamopenia	Diagnosi 1° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Prescrizione Esercizio Personalizzato	Invio HUB Nutrizione Clinica	Raccolta Dati
	Sarcopenia	Diagnosi 1° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea	Prescrizione Esercizio	Invio HUB Nutrizione	Raccolta Dati

Fascia Età	Patologie	Azioni				
			Personalizzata	Personalizzato	Clinica	
	Malnutrizione	Diagnosi I° Livello	Prescrizione Dieta Personalizzata	Invio HUB Nutrizione Clinica	Raccolta Dati	
	Osteoporosi	Anamnesi	Frax (senza BMD)	Invio HUB Malattie Metaboliche dell'osso	Raccolta Dati	

16. ACCREDITAMENTI DEGLI EROGATORI

16.1 Adeguamento della vigente normativa regionale alla normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali

Stato di attuazione

Gli articoli 8-*bis* e seguenti del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni definiscono i principi e la disciplina di riferimento in materia di autorizzazioni e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. L'accreditamento, in particolare, mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle cure e dell'assistenza e si configura come un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori, caratterizzato dalla necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti ulteriori di qualificazione, alla funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La Regione Calabria ha regolamentato il percorso delle autorizzazioni e dell'accreditamento con diversi e specifici provvedimenti:

L.R. n. 24/2008 "Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

DCA n. 81/2016 "Autorizzazione e accreditamento – approvazione nuovo regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008 – approvazione nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento".

DCA n. 14/2022 Modifica al DCA n. 81 del 22 luglio 2016 "Autorizzazioni e Accreditamento-Approvazione Nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008;

DCA n.102 del 11/07/2017 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - modifica e integrazione DCA 81/06 - Allegato 4 requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento - modifica e integrazione DCA 15/2016 nella definizione della tariffa massima regionale per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

DCA n.118 del 14/09/2017 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - Nuovi requisiti minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento e l'accreditamento della nuova tariffa massima regionale per le RSA. Revoca e sostituzione del DCA n.102 del 11/07/2017.

DCA n. 144/2018 "Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 - Allegato 4 Requisiti specifici delle Cure Domiciliari - Definizione tariffe".

DCA n. 143/2018 Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 - Allegato 4 Requisiti specifici delle Cure Domiciliari - Definizione tariffe.

DCA n. 233/2018 "Integrazione e modifica al DCA n.81 del 22/07/2016 - Definizione nuovi requisiti delle strutture residenziali e semi-residenziali per persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e relative tariffe".

DCA n. 145/2020 con cui la struttura Commissariale ha disciplinato il rilascio dell'autorizzazione *all'esercizio*, nonché delle volture delle autorizzazioni all'esercizio a seguito di cessione.

Inoltre, con il DCA n. 95/2019 "Costituzione Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 – revoca del DCA n. 70/2017" è stato approvato il nuovo regolamento generale dell'OTA relativo all'organizzazione e al funzionamento del sistema di gestione delle verifiche per l'accreditamento istituzionale e la vigilanza. Con la successiva L.R. 15/12/2021, n. 32 le funzioni di Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) sono state assegnate all'Azienda Zero istituita con il medesimo provvedimento.

In questa fase si ritiene necessario rivisitare le regole esistenti al fine di renderle maggiormente coerenti con le indicazioni nazionali e con la programmazione regionale e prevedendo inoltre un più proficuo sistema di monitoraggio e controllo a livello regionale.

La proposta di adeguamento della Legge Regionale n. 24/2008 alla normativa nazionale in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale sarà adottata dalla struttura Commissariale e trasmessa al Consiglio regionale ai fini dell'approvazione. La nuova proposta di legge, si pone l'obiettivo di semplificare ed omogeneizzare le procedure di autorizzazione e accreditamento, in linea con le vigenti disposizioni nazionali.

Il monitoraggio e la verifica delle procedure di autorizzazione e di accreditamento in itinere e la riconduzione alla gestione tipica di cui agli articoli 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 502/1992, con il superamento delle eventuali criticità e la predisposizione di un relativo cronoprogramma, sarà definito anche grazie all'istituzione di una task force.

Analogamente, il sistema dei controlli ex art. 8 octies del D.Lgs. n. 502/1992 dovrà essere orientato alla promozione della qualità e dell'appropriatezza recuperando il ruolo delle ASP nella funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate.

La digitalizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al settore 2 "Autorizzazione e Accredimento", finalizzata a garantire una maggiore efficienza dei processi, sarà obiettivo prioritario dell'ufficio partendo dai moduli dei registri elettronici delle strutture autorizzate e accreditate e delle ambulanze, nonché del registro personale, mentre successivamente si procederà all'attivazione del modulo per la gestione documentale ai fini del mantenimento dei requisiti per l'accreditamento.

In considerazione dell'ingente numero di contenziosi si provvederà con il supporto di avvocati presenti in Regione o messi a disposizione dall'assistenza tecnica a redigere nei tempi richiesti le relazioni tecniche da trasmettere all'Avvocatura dello Stato e all'Avvocatura Regionale per la difesa dell'Ente.

Sarà inoltre obiettivo prioritario il rafforzamento del sistema di autorizzazione e accreditamento soprattutto con riguardo all'assistenza territoriale, anche attraverso l'adeguamento alle indicazioni sancite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Con riferimento alle strutture pubbliche, la Regione promuoverà l'attivazione di percorsi di autorizzazione e accreditamento, sostenendone l'implementazione.

Al fine di supportare l'attività di autorizzazione e accreditamento è stato predisposto un piano operativo nell'ambito dell'"Accordo quadro, ai sensi del d.lgs. 50/2016 e s.m.i., avente ad oggetto l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito «sanità digitale - sistemi informativi clinico-assistenziali» per le pubbliche amministrazioni del ssn - id 2202 - lotto 6 - pubbliche amministrazioni del SSN - centro – sud" che prevede:

- Supporto alla funzione accreditamento standardizzando, automatizzando ed efficientando la procedura di autorizzazione e accreditamento;

Obiettivi

1. Riconduzione delle procedure di autorizzazione e accreditamento *in itinere* alla gestione tipica di cui agli articoli 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.
2. Messa a regime dell'informatizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento".
3. Adozione del DCA di proposta al consiglio regionale di una nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento in conformità alle nuove disposizioni emanate a livello nazionale.
4. Adeguamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento alle indicazioni sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti specifici.
5. Aggiornamento dei requisiti minimi e ulteriori e delle relative procedure successivamente all'approvazione della nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento.
6. Considerando le modifiche nelle modalità erogative delle prestazioni è importante un aggiornato sistema di controllo dell'attività sanitaria, sia interno che esterno, e delle prestazioni erogate. Pertanto sarà necessaria una rivisitazione del sistema dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e degli indicatori di controllo al fine di fornire una migliore rappresentazione dell'attività svolta nelle strutture sanitarie.
7. Implementazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche, anche in relazione all'attività di facilitazione e preparazione svolta dall'OTA con le Direzioni aziendali (v. paragrafo 16.2)

Azioni

Obiettivo 1: Riconduzione delle procedure di autorizzazione e accreditamento in itinere alla gestione tipica di cui agli articoli 8-ter e 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Obiettivo 2: Messa a regime dell'informatizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento".

2.1 Attivazione della digitalizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento"

Obiettivo 3: rivisitazione del sistema dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e smi

3.1 pianificazione dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e smi e indicazione delle tempistiche di attuazione

Obiettivo 4: Adozione del DCA di proposta al consiglio regionale di una nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento in conformità alle nuove disposizioni emanate a livello nazionale

4.1 Adozione DCA di una proposta al consiglio regionale di un disegno di legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento.

Obiettivo 5: Adeguamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento alle indicazioni sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti specifici

5.1 Strutturazione di un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapie del dolore anche pediatriche;

5.2 Definizione/Aggiornamento dei requisiti minimi autorizzativi e ulteriori di accreditamento

delle cure domiciliari;

5.3 Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Obiettivo 6: Aggiornamento dei requisiti minimi e ulteriori e delle relative procedure successivamente all'approvazione della nuova normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento

6.1 Revisione e aggiornamento dei manuali di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

6.2 Revisione e aggiornamento delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;

Obiettivo 7: Implementazione dei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche

7.1 Pianificazione e implementazione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche, dando priorità alle unità operative di nuova istituzione nelle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Obiettivo	Azione	Indicatore	Tempistica
1	1.2.1 completamento delle procedure di autorizzazione <i>in itinere</i> 1.2.2 Avvio delle procedure di accreditamento e di rinnovo accreditamento 1.2.3 Prosecuzione delle procedure di accreditamento e di rinnovo accreditamento 1.2.4 Completamento delle procedure accreditamento in itinere	90% DDG (DCA) - 20% delle procedure concluse (DCA) - 50% delle procedure concluse (DCA) - 100% delle procedure concluse	Settembre 2022 Settembre 2022 Dicembre 2022 Giugno 2023
2	Attivazione della digitalizzazione delle procedure e degli adempimenti riconducibili al Settore 2 "Autorizzazione e accreditamento"	Numero procedure attivate	Semestrale
3	Avvio dei controlli ex art. 8-octies del D.Lgs 502/1992 e smi e indicazione delle tempistiche di attuazione	Richiesta all'OTA	Novembre 2022
4	Monitoraggio dei controlli – relazione settore competente	N controlli effettuati/ n strutture da controllare	semestrale
5	Adozione DCA di proposta al consiglio regionale di un disegno di legge regionale in materia di autorizzazione e accreditamento	DCA	Settembre 2022

6	Strutturazione di un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapie del dolore anche pediatriche	DCA	Dicembre 2022
	Definizione/Aggiornamento dei requisiti minimi autorizzativi e ulteriori di accreditamento delle cure domiciliari	DCA	Ottobre 2022
	Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità	DCA	Dicembre 2023
7	6.1 – 6.2 Adozione del provvedimento di revisione dei manuali di autorizzazione e accreditamento e delle relative procedure	DCA	Entro 60 giorni dall'approvazione della legge regionale di riforma del sistema delle autorizzazioni e dell'accreditamento
8	Pianificazione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche: anche in relazione all'attività di facilitazione e preparazione svolta dall'OTA con le Direzioni aziendali (v. paragrafo 16.2)	Provvedimento Dirigente Settore n. 2	Ottobre 2022
	Avvio delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche	10%	Dicembre 2022
	Avvio delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche	60%	Dicembre 2023
	Avvio delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche	100%	Dicembre 2024

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 2 "Autorizzazioni e Accreditamenti".

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 7 "Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie".

Settore n. 10 Gestione SIRS – Monitoraggio e implementazione dei flussi sanitari – modernizzazione e digitalizzazione sistema della salute - telemedicina

16.2 Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.)

La legge regionale n. 32 del 15 dicembre 2021: Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale calabrese denominato "Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero", all'art.2, comma 1, punto 6) prevede: "l'autorizzazione *all'esercizio e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie svolgendo le funzioni di organismo tecnicamente accreditante*".

Stato dell'arte

A seguito dell'istituzione dell'O.T.A., con D.C.A. n.95/2019, sono state realizzate le seguenti azioni:

- Decreto del Dirigente Generale n. 9829 del 08 agosto 2019 recante: "Istituzione Elenco dei Valutatori regionali per il sistema di accreditamento. Approvazione Codice Deontologico Valutatori per la Qualità della Regione Calabria" è stato istituito l'Elenco dei Valutatori regionali del sistema di accreditamento che assumono la funzione di Auditor, per la verifica del possesso e mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, del quale fanno parte tutti i professionisti che hanno partecipato al corso di formazione per i Valutatori regionali del sistema di accreditamento.
- Decreto del Dirigente Generale n. 11195 del 17.09.2019 recante: "Manuale Operativo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n.32/CSR) – Approvazione", è stato approvato il Manuale Operativo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, relativo alle caratteristiche dell'organizzazione ed ai criteri per il funzionamento del sistema di gestione della qualità, delle verifiche per l'accreditamento istituzionale e la Vigilanza.
- Da ottobre a dicembre 2019 sono state effettuate circa 70 verifiche dall'O.T.A. sia presso le strutture pubbliche sia presso le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate.

Sono state effettuate le visite di verifica presso i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta associative del sangue, ai sensi del D.Lgs. n. 261/2007 e s.m.i., al fine del rinnovo dell'accreditamento istituzionale.

- Su disposizione della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute si è svolto, da parte del Gruppo di Audit formalmente individuato dallo stesso Ministero, l'Audit documentale sull'attività dell'O.T.A. regionale di cui al DCA n.95/2019 nonché sul possesso di tutti i requisiti del manuale, prodotto dal Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale di cui al Decreto del Ministro della salute del 30 maggio 2017.
- Con nota prot. n. 58913 del 11/02/2020 sono state programmate ed attivate (trasmissione del Piano di Audit a tutte le Aziende Sanitarie ed all'INRCA) le visite di audit presso le strutture sanitarie pubbliche, accreditate provvisoriamente in virtù della L.R. n.19/2009, al fine di avviare un percorso di facilitazione e di supporto alle Direzioni aziendali per la definizione dei piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008.

Le attività di Audit sopracitate presso le Aziende Sanitarie, sono state sospese dal 09/03/2020 per effetto dell'emergenza COVID-19.

Con D.D.G. n. 14434 del 28/12/2020 è stato stabilito che l'Organismo Tecnicamente Accreditante, al fine di garantire autonomia, assenza di conflitti di interesse nell'espletamento delle proprie funzioni e nella formulazione dei pareri tecnici di competenza nonché nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza, viene collocato all'interno del Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze -Urgenze" anche al fine di garantire una migliore attuazione del percorso di facilitazione e di supporto alle Direzioni delle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere per la definizione dei piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008, per le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche. Da ultimo e come già rappresentato, con la legge regionale n. 32 del 15 dicembre 2021, la funzione di Organismo Tecnicamente Accreditante è stata trasferita all'Azienda Zero.

Obiettivi

- 1) Nuova edizione del percorso formativo per Valutatori regionali del sistema di accreditamento della Regione Calabria – Organismo Tecnicamente Accreditante, concluso con la formazione di nuovi valutatori.
- 2) Ripresa dell'attività di audit presso le strutture sanitarie pubbliche - Piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008;
- 3) Proposta del DCA di modifica del Regolamento interno dell'O.T.A., approvato con DCA n.95/2019, in coerenza con quanto successivamente sarà stabilito dalla nuova legge regionale di revisione della L.R. n.24/2008 in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali.

Azioni

Obiettivo 1: Pianificazione e attuazione del passaggio di competenze e funzioni dell'O.T.A. all'Azienda Zero

1.1 Trasferimento della funzione di O.T.A. all'Azienda Zero

Obiettivo 2: Nuova edizione del percorso formativo per Valutatori regionali del sistema di accreditamento della Regione Calabria – Organismo Tecnicamente Accreditante

2.1 Realizzazione del corso Formazione Valutatori regionali OTA.

2.2 Aggiornamento Elenco Valutatori regionali.

Obiettivo 3: Ripresa dell'attività di audit presso le strutture sanitarie pubbliche - Piani di adeguamento, ai sensi dell'art. 14, comma 4, della L.R. n.24/2008

3.1 Implementazione degli audit presso le strutture pubbliche con la realizzazione di verifiche documentali e in loco

Obiettivo 4: Proposta del DCA di modifica del Regolamento interno dell'O.T.A., approvato con DCA n.95/2019, in coerenza con quanto successivamente sarà stabilito dalla nuova legge regionale di revisione della L.R. n.24/2008 in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali

4.1 Modifica del Regolamento interno dell'OTA

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1.1	Trasferimento della funzione di O.T.A. all'Azienda Zero	Atto attuativo del trasferimento	Entro 3 mesi all'adozione dell'atto aziendale
1.1	Realizzazione del corso Formazione Valutatori regionali OTA.	Programma del corso con evidenza delle date di svolgimento	Maggio 2022
1.2	aggiornamento Elenco Valutatori regionali	D.D.G.	Giugno 2022

2.1	Implementazione degli audit presso le strutture pubbliche con la realizzazione di verifiche documentali e in loco	Invio alle aziende del cronoprogramma Svolgimento degli audit documentali Svolgimento degli audit in loco	maggio 2022 settembre 2022 30% dicembre 2022 60% marzo 2023 100% settembre 2023
3.1	Modifica del Regolamento interno dell'O.T.A.	DCA	Nel trimestre successivo all'approvazione della nuova legge regionale di revisione della L.R. n.24/2008 in materia di autorizzazioni e accreditamento istituzionale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n.6 "Programmazione dell'Offerta ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze" – O.T.A. e, successivamente al trasferimento delle funzioni, Azienda Zero

16.3 Ridefinizione delle tariffe per l'assistenza territoriale

Stato di attuazione

Con DCA n.15/2016 sono state adottate le tariffe provvisorie dell'assistenza territoriale.

Con successivo DCA n.81/2016 sono stati approvati i nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento contenenti, tra l'altro, modifiche ai requisiti organizzativi.

Con DCA n.118/2017 sono stati modificati i requisiti organizzativi e contestualmente rideterminate le tariffe per le RSA per anziani.

Con DCA n.140/2018 sono stati nuovamente modificati i requisiti organizzativi e contestualmente rideterminate le tariffe per le RSA per anziani.

La sentenza TAR Calabria n.846/2019 ha annullato il DCA n.140 e per gli effetti ritorna efficace la tariffa di cui al DCA n.15/2016.

La sentenza del Consiglio di Stato n. 5082 del 19/07/2019 che ha *"confermate le tariffe e le decorrenze previste, rispettivamente, dai due decreti nn. 102 e 118 del 2017, posto che gli effetti del successivo decreto n. 140/2018 risultano essere stati sospesi dal medesimo TAR per la Calabria, sede di Catanzaro, con ordinanza n. 473/2018"*.

Con DCA n. 144 del 13/07/2018 recante: "Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 – Allegato 4 Requisiti specifici per le Cure Domiciliari – Definizione tariffe" sono stati modificati i requisiti specifici

e definite le tariffe.

Con DCA n.143 del 11/7/2018 recante: “Integrazione al DCA n.81 del 22/07/2016 – Allegato 4. Requisiti specifici delle Strutture Semiresidenziali per Anziani e Strutture Semiresidenziali per persone affette da Demenze – Definizione tariffe” sono stati modificati i requisiti specifici e definite le tariffe.

Con DCA n. 233/2018 recante: “Integrazione e modifica al DCA n. 81 del 22/07/2016 - Definizione nuovi requisiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e relative tariffe” sono stati modificati i requisiti specifici e definite le tariffe.

Con nota prot. n.112567 del 7 marzo 2022 è stato chiesto supporto ad Agenas ai fini della costituzione del gruppo di lavoro per la definizione/aggiornamento delle tariffe dell’assistenza territoriale

Con nota prot. n. 2228 del 9 marzo 2022 Agenas ha comunicato la designazione di un proprio referente per la costituzione del gruppo di lavoro

Con il DCA n. 41 del 12 aprile 2022 è stato costituito il gruppo di lavoro per la definizione delle tariffe dell’assistenza territoriale

Obiettivo

L’obiettivo principale è la ridefinizione delle tariffe per l’assistenza territoriale.

Azioni

Istituzione del Gruppo di Lavoro per la ridefinizione delle tariffe.

Elaborazione e definizione delle tariffe dell’assistenza territoriale.

Quadro Sinottico dei tempi e degli Indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Istituzione del gruppo di lavoro per la ridefinizione delle tariffe territoriali	DCA	Aprile 2022
2	Elaborazione e approvazione delle tariffe dell’assistenza territoriale	DCA	Dicembre 2022

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 2 “Autorizzazioni e Accreditamenti – Formazione - ECM”.

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 5 “Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie”.

16.4 Rapporti con gli erogatori privati

Stato di attuazione

Con il DCA n. 41/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l’acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa psichiatrica, di assistenza sanitaria e sociosanitaria e di assistenza extra – ospedaliera estensiva, ambulatoriale e domiciliare con oneri a carico del SSR, per l’Anno 2021 erogate dalla rete di assistenza territoriale privata accreditata con un valore pari a

186.785.000,00 euro.

Con il DCA n. 46/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza termale a carico del SSR per l'anno 2021 per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie erogate dagli stabilimenti termali accreditati con un valore pari a 5.300.000,00 euro.

Con il DCA n. 49/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete di assistenza ospedaliera privata accreditata con oneri a carico del SSR per l'anno 2021, con un valore pari a 186.513.000,00 euro.

Con il DCA n. 50/2021 è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata con oneri a carico del SSR per l'anno 2021, con un valore pari a 66.754.000,00 euro.

In particolare la struttura commissariale in ottemperanza alle sentenze del Consiglio di Stato in merito al DCA n. 172/2018 (Cons. St., sez. III, 11 novembre 2020, n. 06931, n. 06933 e, n. 06936) che affermano, tra l'altro, l'illegittimità dell'inclusione nel tetto di spesa della specialistica ambulatoriale delle prestazioni di APA-PAC, già finanziate per la quota parte di prestazioni erogate dalla rete della ospedalità privata accreditata nei limiti del tetto per le attività ospedaliere, ha finanziato tali prestazioni nell'ambito del tetto di spesa dell'ospedalità privata quantificando gli APA-PAC in 11.368.754,00 euro.

Con riferimento all'articolo 1, comma 277, della legge n. 234/2021 per il raggiungimento delle finalità relative al recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, che per la Calabria ammontano (come da tabella allegata alla legge n. 234/2021) a euro 3.293.364.

Si procederà a dare indicazioni in merito al coinvolgimento delle strutture private per il recupero delle liste d'attesa, concordando le prestazioni da erogare ai fini del recupero.

A seguito, inoltre, della sentenza del TAR Calabria che ha sospeso i DCA 49/2021 e 50/2021 la struttura commissariale ha avviato una verifica in merito al fabbisogno assistenziale per quantificare il budget per i ricoveri per acuti, post acuti, APA PAC e specialistica ambulatoriale.

Visto l'articolo 45, comma 1 ter del Decreto Legge n. 124 del 26 ottobre 2019 *“A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”*.

In particolare, con riferimento a quanto consuntivato nell'anno 2011 risultano complessivamente, per l'assistenza ospedaliera e per la specialistica ambulatoriale risorse pari a 263.385.000 euro.

Entro dicembre 2022 saranno determinati i tetti di spesa triennali 2022-2024:

- i budget dell'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale sulla base dell'all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135
- i budget dell'assistenza territoriale e termale.

Sarà approvata una metodologia per la definizione del fabbisogno ai fini della determinazione dei budget per le singole strutture.

A seguito dell'armonizzazione di tutte le regole relative all'accreditamento e alla definizione delle modalità operativa di verifica delle ASP e della Regione sarà integrato lo schema contrattuale

Obiettivi

Definizione budget 2022-2024 per le strutture di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale anche in considerazione della sentenza del Consiglio di Stato 02064 del 22 marzo 2022 e coinvolgimento delle strutture private nel recupero delle liste d'attesa.

Definizione budget 2022-2024 per le strutture di assistenza territoriale e termale.

Definizione di un sistema di individuazione delle funzioni assistenziale, di cui all'art. 8 - sexies del D. Lgs. 502/1992, per le strutture pubbliche e private accreditate

Definizione del sistema di determinazione dei fabbisogni e assicurare l'iter procedurale per la definizione dei tetti di spesa, tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano le strutture della rete di offerta, specificando passi procedurali e tempistiche per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate.

Integrazione nuovo schema contrattuale.

Potenziare il Sistema di monitoraggio e garantire l'invio dei flussi di produzione al fine di assicurare i controlli di appropriatezza e di economicità del settore.

Azioni

- 1 Adozione del decreto di attribuzione del budget pluriennale 2022-2024 agli erogatori privati accreditati
- 2 Sottoscrizione dei contratti
- 3 Adozione decreto definizione funzioni assistenziali strutture pubbliche e private accreditate
- 4 Adozione della procedura per la definizione del fabbisogno di prestazioni
- 5 Adozione del decreto di approvazione del nuovo schema contrattuale.
- 6 Monitoraggio delle prestazioni da privato (budget/produzione/fatturato etc.).

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Adozione del decreto di attribuzione del budget pluriennale 2022-2024 agli erogatori privati accreditati	DCA	Dicembre 2022
2	Sottoscrizione dei contratti	N contratti sottoscritti/n contratti da sottoscrivere	100% gennaio 2023
3	Adozione decreto definizione funzioni assistenziali strutture pubbliche e private accreditate	DCA	Marzo 2023
4	Adozione della procedura per la definizione del fabbisogno di prestazioni	DCA	Dicembre 2023

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
5	Adozione del decreto di approvazione del nuovo schema contrattuale	DCA	Dicembre 2023
6	Monitoraggio delle prestazioni da privato – report settore competente	budget/produzione/fatturato	Trimestrale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 6 “Programmazione dell’Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze”.

Settore n. 5 Assistenza Territoriale - Salute Mentale – Dipendenze Patologiche – Salute nelle Carceri

Strutture regionali/aziendali a supporto

Settore n. 10 “Gestione SISR – Monitoraggio e Implementazione dei Flussi Sanitari – Modernizzazione e Digitalizzazione Sistema della Salute - Telemedicina”.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il cronoprogramma riportato costituiscono obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell’attribuzione dell’indennità di risultato.

17. ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE D’ATTESA

Stato di attuazione

Con DCA n. 88/2019 la Regione Calabria ha recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste d’attesa (PNGLA) e, contestualmente, ha adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA).

Considerata la natura composita del PNGLA, che ricomprende —in una prospettiva, per così dire, ex ante, il CUP e, in un momento logicamente e cronologicamente successivo, l’Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) ed il Controllo cartelle cliniche— si è ritenuto opportuno redigere un PRGLA che riprendesse pedissequamente le indicazioni del PNGLA, con l’intento di elaborare successivamente, in seno ad istituendo Gruppi tecnici di lavoro, linee d’intervento specifiche da trasfondere nei Programmi Attuativi Aziendali (PAAGLA).

Con DDG n. 1567 del 17/02/2020 è stato istituito il gruppo tecnico di lavoro regionale dedicato al Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA) con competenza su tutte le materie di cui al PNGLA (CUP, Cartelle cliniche, ALPI) considerato il periodo pandemico ad oggi il gruppo non si è ancora riunito.

Con DCA n. 13/2022 la Regione Calabria ha adottato il proprio “*Piano di recupero per le liste d’attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279*” precipuamente finalizzato al recupero delle liste d’attesa determinate dall’emergenza Covid-19.

Nell’ambito del monitoraggio delle liste d’attesa ambulatoriali regionali la regione Calabria attiverà nel corso del 2022 una azione di governo direzionale ed operativo delle politiche di organizzazione delle attività specialistiche attraverso l’istituzione di un modello di Sovra-Cup, affiancato a moderni strumenti di data analytics.

Con DCA n. 45 del 20/04/2022 confermato l’assetto tripartito (Nord-Centro-Sud), si è ritenuto opportuno e necessario istituire un sovra-CUP regionale quale strumento indispensabile per consentire ai pazienti che ne avessero necessità di superare gli attuali limiti legati alla

compartimentalizzazione dei tre CUP d'Area esistenti, nonché per perseguire l'efficientamento dell'intero Sistema, uniformando linguaggi e prassi dei predetti CUP d'Area. Con il medesimo atto si è autorizzato il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche socio-sanitarie all'adesione all'Accordo Quadro per l'affidamento di Servizi applicativi di Data Management per le Pubbliche Amministrazioni, ID 2102-LOTTO 3, CIG 8184365FA4, presente sulla piattaforma CONSIP.

Quadro sinottico delle azioni e dei i tempi di misurazione SovraCup Regionale

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Istituzione Gruppo Tecnico Regionale Con un componente per la Regione ed un componente per ognuna delle AA.SS.PP./ AA.OO.	DDG n. 7087	29 Giugno 2022
2	Tavoli di lavoro tematici a partire dal 10 luglio con cadenza settimanale e entro il 15 settembre conclusione dell'esame delle problematiche e differenze presenti nei vari sistemi in uso presso le singole aziende	Output dei Tavoli tematici, prodotti dal Gruppo Tecnico Regionale: 1) TAV_CAL_Tipi Prescrizione_Convenzioni_e_Tipi_di_Convenzione 2) TAV_CAL_Tempi d'Attesa_v1.0.xlsx 3) TAV_CAL_statistiche_cup_unico 4) TAV_CAL_Ruoli e Profilatura 5) TAV_CAL_Regole Fasce Orarie e Priorità 6) Catalogo_definitivo_prestazioni Raggruppati nel documento di analisi prodotto da RTI: - CUP_CAL_SovraCUP_Analisi – Output Tavoli di Lavoro GTR e Integrazioni	Luglio 2022 - 15/9/22
3	Definizione e scelta di n. 2 Aziende pilota da avviare a regime entro dicembre 2022	Comunicazione Cronoprogramma Regionale. Presentazione: Calabria_SovraCUP_Actività_aziende	Settembre 2022 - 14/10/2022
4	Predisposizione sistema centrale (popolamento anagrafiche e configurazione, test integrazioni vs Anagrafe Regionale, Sistema TS, PagoPa)	Documento di analisi di integrazione tra sovraCUP e anagrafe regionale: CUP_CAL_Integrazione con Anagrafe Regionale Documenti di analisi dei requisiti e piano dei test finalizzati al collaudo: CUP_CAL_sovraCUP_Matrice dei requisiti CUP_CAL_sovraCUP_Piano dei test Output finale: Verbale di collaudo del sistema	Settembre 2022 - Novembre 2022

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
		centrale a firma GTR.	
5	Analisi e sviluppo del Recupero dati dalle Aziende e predisposizione delle integrazioni con i sistemi aziendali – report	Documenti di specifiche tecniche per le integrazioni: - CUP_CAL_Specifiche d'Integrazione CUP Centrale vs CUP Locale - CUP_CAL_Chiamata di contesto Documenti di specifiche tecniche per il recupero dati: - CUP_CAL_Specifiche per il Recupero Dati - Traco	Settembre 2022 – Novembre 2022
6	Formazione utenti e collaudi dei recuperi dati ed integrazioni delle due Aziende pilota	Verbale di collaudo a firma della singola azienda.	Ottobre - Dicembre 2022
7	Avvio e affiancamento delle 2 Aziende pilota	Verbale di avvio a cura RTI.	30 Dicembre 2022
8	A partire dal 1° settembre 2022 contestualmente sono avviate le attività di bonifica e pulizia anagrafiche locali propedeutiche al recupero dati e la predisposizione delle integrazioni per tutte le rimanenti Aziende	Verbale di collaudo a firma della singola azienda.	Sett. 2022 – Giug. 2023
9	Avvio e affiancamento delle rimanenti Aziende	Verbale di avvio a cura RTI.	Giugno 2023

Obiettivi

Implementazione nei sistemi dei CUP di area di tutte le agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria.

- Implementazione nei sistemi CUP di apposite agende destinate alla programmazione delle visite di controllo e degli accessi successivi al primo e gestite dai medici specialisti.
- Governo della mortalità della prenotazione mediante attivazione di servizi telefonici (recall) dedicati alla conferma dell'appuntamento e telematici relativi alla disdetta delle prestazioni prenotate – (D.Lgs. 124/1998)
- adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti

- Realizzazione di un sistema di controllo sistematico e uniforme delle cartelle cliniche in tutte le aziende sanitarie.
- Uniformazione delle modalità operative dei CUP d'Area, implementando le funzioni di sovra-CUP regionale anche in prospettiva dell'eventuale realizzazione di un CUP Regionale.
- Attivazione del metodo RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea).
- Favorire l'accesso alla prenotazione attraverso le farmacie convenzionate
- Sviluppo in ognuno dei CUP di area di un Cup on-line aggiornato in tempo reale
- informazione e comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web Regionale ed Aziendali

Azioni

1. Proposizione di provvedimenti da parte del gruppo di lavoro per il governo delle liste d'attesa.
2. Monitoraggio del corretto funzionamento dei cup aziendali
3. Formazione dei referenti aziendali sul corretto uso del protocollo operativo e sull'elaborazione dei report previsti.
4. Definizione di linee guida uniformi per i 3 CUP di Area esistenti (Area Nord: Cosenza; Area Centro: Crotone, Catanzaro e Vibo Valentia; Area Sud: Reggio Calabria) prevedendo il costante monitoraggio della effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.
5. Definizione di tutte agende con suddivisione per classi di priorità e gestione improntata a criteri di flessibilità in maniera di evitare la sottoutilizzazione e di massimizzare la capacità erogativa.
6. I Sistemi CUP devono consentire la gestione separata dei primi accessi (visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche) rispetto agli accessi successivi. A tal fine dovranno essere istituite apposite agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmate dallo specialista che ha preso in carico il paziente senza che questi venga rimandato dal medico di MMG/PLS, mediante la prescrizione in dematerializzata (DCA n. 35/2014)
7. Il sistema CUP on-line deve consentire all'utente di: effettuare la prenotazione; consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità; annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online; pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat, carta di credito e pago PA; visualizzare gli appuntamenti già prenotati; ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.
8. Formare i referenti aziendali per l'utilizzo del metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).
9. Dare attuazione al DCA n. 13/2022 "*Piano di recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279*" finalizzato al recupero delle liste d'attesa determinate dall'emergenza Covid-19 nel rispetto del termine del 31/12/2022 di cui all'*art. 276, legge n. 234/2021*.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Proposizione di provvedimenti da parte del gruppo di lavoro per il governo delle liste d'attesa	Linee di indirizzo	giugno 2022
2	Monitoraggio del corretto funzionamento dei CUP aziendali	Linee di indirizzo e protocolli	Settembre 2022
3	Formazione dei referenti aziendali sul corretto uso del protocollo operativo e sull'elaborazione dei <i>report</i> previsti	n. di referenti formati /totale referenti (%)	marzo 2023
4	Definizione di linee guida uniformi per i n. 3 CUP di Area	DCA	giugno 2023
5	Definizione agende suddivise per classi di priorità	DCA	giugno 2022
6	Definizione agende dedicate per pazienti presi in carico dalla struttura	DCA	giugno 2022
7	Servizi on-line per il cittadino	Linee di indirizzo	Dicembre 2022
8	Formazione dei referenti aziendali per l'utilizzo del modello RAO	n. di referenti formati (% su totale)	dicembre 2023
9	Attuazione DCA n. 13/2022	relazione	dicembre 2022

Strutture regionali/aziendali responsabili:

Settore n. 6 "Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema delle Emergenze-Urgenze".

18. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**Stato di attuazione**

È stata approvata con DCA n. 20/2022 la Riorganizzazione dell'attività regionale di gestione del rischio clinico, che disciplina il nuovo modello organizzativo del Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico, in coerenza con le indicazioni della Legge n. 24/2017. Il Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico esercita funzioni di indirizzo e controllo sulle attività di Governo clinico, qualità e risk management, interfacciandosi con l'Osservatorio nazionale delle Buone

Pratiche. Il Centro coordina le Unità Operative di Rischio Clinico delle Aziende Sanitarie e tutte le strutture private accreditate nell'attuazione delle norme relative al rischio clinico e nell'implementazione delle migliori pratiche per la prevenzione dei rischi e degli eventi avversi nonché nella raccolta e nell'analisi dei dati relativi agli eventi avversi, agli eventi sentinella, agli eventi senza danno e al contenzioso.

Nello specifico, il Centro procede ad analisi e feedback annuale sul monitoraggio aziendale:

mappatura dei rischi, analisi cartelle cliniche, qualità dell'informazione e consenso informato, applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e dei relativi sistemi di monitoraggio, segnalazione e gestione degli eventi sentinella e segnalazione spontanea degli eventi avversi (incident reporting), prevenzione delle cadute e delle lesioni da decubito, controllo delle infezioni, controllo del dolore, sicurezza del percorso operatorio, sicurezza del farmaco, monitoraggio piani di formazione aziendali, regolamenti e piani aziendali di rischio clinico per gli adempimenti LEA e legge 24/2017, nonché gli obiettivi aziendali e regionali.

Il Centro si basa su due specifici organismi regionali consultivi, di controllo e di feedback, previsti nel citato DCA, ovvero:

1. il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi (C.A.V.E.) che provvede all'analisi, controllo e feedback degli eventi sentinella, ma anche di gravi criticità o di eventi avversi seri, qualunque sia la fonte informativa, con lo scopo principale di ricavare informazioni utili per la qualificazione e la stratificazione dei rischi, di fornire indicazioni circa le azioni correttive o i piani di miglioramento e l'applicazione di metodologie dedicate e adatte al contenimento dei rischi;
2. il Comitato regionale valutazione sinistri (Co.Re.Va.Si.) che ha il compito principale di rilevare a livello regionale le informazioni relative alle denunce dei sinistri trasmesse dalle aziende sanitarie, in modo da elaborare una mappatura regionale dei rischi e dei sinistri, espletare funzioni di indirizzo operativo e gestionale rispetto ai comitati di valutazione sinistri aziendali, nonché uniformare le procedure di gestione tecnico-amministrative e fornire indicazioni dei rischi incidenti sulla sicurezza delle cure. Si rimanda a successivo atto il regolamento per la gestione diretta dei sinistri.

Gli organismi regionali forniranno le informazioni utili per implementare un sistema informatizzato che colleghi in rete tutte le aziende sanitarie, al fine di effettuare:

- Il monitoraggio dei flussi di segnalazione degli eventi sentinella
- Il monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali
- Il monitoraggio dei sinistri
- Il monitoraggio degli eventi avversi.

Dalle analisi periodiche dei dati scaturisce il programma formativo annuale degli operatori e saranno stabiliti gli indicatori per la verifica delle singole realtà aziendali.

Con il medesimo DCA è stato approvato anche il documento che regola le attività di gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie private accreditate, ribadendo gli obblighi e fornendo alle stesse indirizzi univoci per la strutturazione delle attività di governo clinico nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia clinico-assistenziale.

Obiettivi

- Avviare l'attività del nuovo Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico, attraverso l'istituzione dei due organismi regionali consultivi.

- Aggiornare e regolamentare il flusso informativo dei dati relativi ai sinistri, favorendo, tramite piattaforme informatiche integrate, la trasmissione e la condivisione delle informazioni tra il livello aziendale e quello regionale, al fine di elaborare una mappatura regionale dei rischi e dei sinistri.
- Avviare e monitorare l'attività di rischio clinico nelle strutture private accreditate.
- Monitorare la qualità della documentazione sanitaria.
- Coordinare le azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico con quelle di prevenzione e gestione del rischio infettivo.

Azioni

- Costituire il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi ed il Comitato regionale valutazione sinistri.
- Redigere il Regolamento relativo al flusso informativo dei dati relativi ai sinistri tra livello aziendale e livello regionale.
- Monitorare l'attività di rischio clinico nelle strutture private accreditate, costruendo una rete di input/output fra la struttura sanitaria privata e l'azienda sanitaria territorialmente competente e favorendo attività di cooperazione e condivisione attraverso feedback continuativi, al fine di assicurare processi di sicurezza delle cure.
- Monitorare la qualità della documentazione sanitaria attraverso modelli operativi regionali, al fine di identificare rischi ed esposizione medico-legale e uniformare le procedure su tutto il territorio regionale.
- Coordinare le azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico con quelle di prevenzione e gestione del rischio infettivo e supportare l'implementazione delle azioni previste dai piani nazionali come il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Costituire il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi e il Comitato regionale valutazione sinistri	Decreto	Ottobre 2022
2	Redigere il Regolamento per la gestione diretta dei sinistri	Decreto	Dicembre 2022
3	Monitorare l'attività di rischio clinico nelle strutture private accreditate	Report verifica annuale	Marzo 2023
4	Monitorare la qualità della documentazione sanitaria attraverso modelli operativi regionali, al fine di uniformare le procedure su tutto il territorio regionale	Linee di indirizzo regionali	Dicembre 2022
5	Coordinare le azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico con quelle di prevenzione e gestione del rischio infettivo	Report aziendali	Marzo 2023

19. GESTIONE PAGAMENTI

19.1 Programmazione, gestione dei pagamenti del SSR e monitoraggio dei tempi di pagamento corrente

Stato di attuazione

La Regione Calabria presenta ancora delle criticità sui tempi di pagamento, come evidenziato dall'ITP (Indicatore di Tempestività dei Pagamenti). Il fenomeno dei ritardi dei pagamenti è presente in tutte le Aziende con situazioni di estrema criticità in alcune Aziende Sanitarie (ASP Crotone, ASP Catanzaro, ASP Reggio Calabria, AO Catanzaro, AOU Mater Domini, etc.).

Il ritardo nei pagamenti è dovuto a specifiche criticità:

- La presenza di un elevato contenzioso e in alcune Aziende della presenza di assegnazioni giudiziarie/pignoramenti, che hanno determinato pagamenti forzosi da parte dell'Istituto Tesoriere non ancora regolarizzate da parte delle Aziende sanitarie. Tale situazione determina l'incapacità di alcune Aziende di procedere ai pagamenti delle situazioni debitorie pregresse.
- Risorse finanziarie correnti (risorse FSR) non sufficienti, anche in termini di disponibilità, a far fronte ai debiti correnti, per assorbimento delle stesse per i pagamenti della gestione straordinaria (soprattutto sopravvenienze passive per debito pregresso) e per il pagamento degli interessi passivi generati dai ritardati pagamenti; nonché dalla presenza dei pignoramenti della cassa presso il Tesoriere delle Aziende sanitarie, rendendo tali risorse di fatto non disponibili.
- Difficoltà delle Aziende sanitarie ad effettuare una programmazione mensile coerente con le risorse correnti per la gestione dei pagamenti.
- Difficoltà connesse al processo di liquidazione delle fatture, in parte riconducibili alla frequente mancata individuazione relativamente ai singoli contratti del Direttore Esecuzione Contratto (DEC) e del responsabile unico del procedimento (RUP);

Nell'anno 2020, la Regione ha avviato il percorso di monitoraggio dei pagamenti da parte delle Aziende sanitarie. Nello specifico con nota n. 14449 del 15 gennaio 2020 è stata avviata la "rilevazione situazione del debito commerciale al 31/12/2019 ed istituito il flusso mensile dei pagamenti, al fine di verificare l'andamento del debito commerciale aperto e le fattispecie (categorie di fornitori) oggetto dei pagamenti periodici. La Regione ha avviato di conseguenza la raccolta dei flussi mensili dei pagamenti ed il monitoraggio degli stessi, che è risultato possibile ad eccezione di alcune aziende che non hanno trasmesso puntualmente il flusso mensile dei pagamenti. Fermo restando la necessità di addivenire alla risoluzione delle criticità connesse alla gestione del pregresso e soprattutto del contenzioso in essere, la cui trattazione è rimandata allo specifico capitolo "Gestione del Contenzioso e del Debito pregresso", nel presente capitolo si individueranno le azioni da porre in essere per migliorare la programmazione delle risorse del SSR e l'utilizzo omogeneo ed efficace delle stesse da parte delle Aziende sanitarie.

A fronte delle criticità sopra riportate, si pone la necessità di garantire a livello regionale una programmazione dell'utilizzo delle risorse correnti e a cascata da parte delle Aziende sanitarie al fine di limitare i ritardi nei pagamenti.

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Ricognizione mensile utilizzo risorse per pagamenti	Flusso mensile per Azienda	Mensile
2	Alimentazione DB regionale	Alimentazione DB	Mensile
3	Programmazione regionale del FSR	1. Adozione DCA 2. Riparto e decreti rimesse	1. Annuale 2. Mensile
4	Monitoraggio mensile dei pagamenti	Report mensile	Mensile

In riferimento alle criticità connesse alla liquidazione delle fatture, si rende necessario, coerentemente con quanto previsto nel capitolo 19 "Percorso di Certificabilità dei Bilanci" del P.O. 2022-2023, adottare delle linee guida sull'acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari al fine di ottimizzare la procedura amministrativo contabile del ciclo passivo ed impattare positivamente sulla gestione dei pagamenti.

Preliminarmente le Aziende dovranno effettuare una ricognizione sui contratti in essere, al fine di verificare la designazione dei DEC e dei RUP per ogni singolo contratto.

Inoltre, al fine di favorire l'individuazione dei RUP/DEC si dovranno adottare dei regolamenti aziendali, sulla base delle linee guida regionali, e della normativa in tema di appalti pubblici D.Lgs 50/2016.

Parallelamente, il Sistema informativo regionale (Sec-Sisr) dovrà consentire, successivamente alla ricezione della fattura e alla sua registrazione sul sistema contabile, per il tramite di uno dei seguenti parametri: CIG, n° ordine, contratto, lo smistamento immediato della stessa sulla "scrivania virtuale" del DEC e del RUP.

Le linee guida regionali, rientranti nel Percorso di certificabilità dei bilanci, dovranno stabilire che il processo di liquidazione prevederà due differenti fasi ed in particolare una fase tecnica seguita da quella amministrativa che dovranno completarsi entro 60 giorni al fine di consentire il rispetto dei tempi di pagamento.

Inoltre, coerentemente con quanto previsto nel capitolo 19 "Percorso di Certificabilità dei Bilanci" del P.O. 2022-2023, la Regione intende formalizzare l'adozione di linee guida sull'acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari al fine di ottimizzare la procedura amministrativo contabile sul ciclo passivo ed impattare positivamente sulla gestione dei pagamenti. A seguito le Aziende dovranno adottare la propria procedura, il cui monitoraggio avverrà sulla base di quanto previsto nel paragrafo denominato "Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC".

A partire dall'anno 2022, la Regione prevede di avviare un ulteriore monitoraggio sull'indicatore di tempestività dei pagamenti basato sui flussi dell'esercizio della sola gestione corrente e che, pertanto, non risulti inficiato dalle partite debitorie pregresse. La finalità è di ottenere degli indicatori realmente rappresentativi dei tempi di pagamento delle Aziende del SSR al netto del contenzioso e del debito pregresso ancora aperto.

Le Aziende, inoltre, dovranno individuare un referente che monitori l'andamento dell'ITP aziendale nel rispetto della tempistica del processo di liquidazione descritta nelle linee guida regionali.

In riferimento al personale da dedicare alla gestione dei pagamenti, si evidenzia che le Aziende hanno avviato le procedure previste ai sensi del D.L. 146/2021 c. 16 septies lett.b) al fine del reclutamento delle unità lavorative da dedicare al processo di controllo, liquidazione e pagamento delle fatture, sia per la gestione corrente che per il pregresso, previa circolarizzazione obbligatoria dei fornitori sul debito iscritto fino al 31 dicembre 2020. In particolare le Aziende sono autorizzate a reclutare, sulla base dei fabbisogni di personale valutati e approvati dal commissario ad acta, fino a 5 unità di personale non dirigenziale, categoria D, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di durata non superiore a trentasei mesi, esperte nelle predette procedure e dotate dei previsti requisiti formativi. Tutte le aziende hanno quasi completato le procedure di reclutamento di dette unità e due delle aziende regionali utilizzeranno per l'assunzione di detti operatori le graduatorie delle altre aziende

Infine, un ulteriore monitoraggio dovrà riguardare l'intensificazione dell'utilizzo della PCC da parte delle Aziende con un report attestante la riconciliazione tra importo dovuto (al netto delle sospensioni per contestazioni, contenzioso, etc) e importo comunicato dall'Azienda nonché tra debito scaduto e rilevazione in Co.ge della voce debiti v/fornitori.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Ricognizione DEC e RUP dei contratti in essere	Report	Ottobre 2022
2	Adeguamento Sistema informativo regionale (Sec-Sis) relativamente allo smistamento delle fatture a DEC/RUP	Report	Ottobre 2022
3	Individuazione da parte delle Aziende del SSR di un referente preposto al monitoraggio dell'ITP e del rispetto della tempistica del processo di liquidazione descritta nelle linee guida regionali	Delibera aziendale	Ottobre 2022
4	Adozione linee guida regionali su ciclo passivo (PAC) con particolare riferimento al processo di liquidazione.	Adozione DCA	Dicembre 2022
5	Verifica dell'adozione della procedura aziendale del ciclo passivo sulla base delle linee guida regionali (si rinvia al paragrafo "Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC" di cui al capitolo 19).	Delibera aziendale	Gennaio 2023
6	Monitoraggio ITP trimestrale	Calcolo e pubblicazione ITP per Azienda sanitaria	Trimestrale
7	Monitoraggio sull'indicatore di tempestività dei pagamenti basato sui flussi dell'esercizio della sola gestione corrente (al netto del contenzioso) e che, pertanto, non risulti inficiato dalle partite debitorie pregresse	ITP	Trimestrale
8	Monitoraggio dati PCC	Report	Trimestrale

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio".

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Amministrativi pro tempore delle ASP, AO e AOU;

Responsabili Settore Economico Finanziario aziendali.

20. PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI

20.1 Attuazione delle azioni previste dall'ultimo decreto del PAC, da parte delle Aziende sanitarie

Stato di attuazione

La Regione Calabria, con DPGR-CA n. 96 del 04.07.2013 ha approvato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci sanitari della Regione Calabria, recante gli obiettivi e le relative scadenze indicate nella griglia redatta ai sensi del DM 1.3.2013, articolata nelle parti: Requisiti generali, Requisiti Ciclo Attivo, Requisiti Ciclo Passivo e corredata dalla Relazione di accompagnamento ai sensi dell'art. 3 del Decreto interministeriale del 17/9/2012.

Con il DCA n. 5 del 01/04/2015 sono state recepite le prescrizioni ministeriali al PAC regionale approvato con DPGR-CA 96/2013, indicate nell'allegato al verbale del Tavolo di Verifica congiunto concernente le riunioni del 28 ottobre e del 12 novembre 2014; con il DCA n. 93 del 14.09.2015 sono state recepite dalla Struttura Commissariale, con un atto formale richiesto dal Tavolo e Comitato nel verbale del 23/07/2015, le ulteriori raccomandazioni/prescrizioni.

Con il DCA n. 33 del 08/03/2016, a seguito dell'attività di ricognizione delle procedure in uso presso le Aziende del SSR e coerentemente con quanto previsto dal PAC regionale, sono state approvate le Procedure Amministrativo Contabili relative a: Gestione del Ciclo Attivo, Gestione del Personale, Gestione Magazzino, Gestione del Patrimonio, Gestione Inventari, Gestione della Mobilità Sanitaria e delle Partite infragruppo, Gestione del Contenzioso, Gestione delle Rilevazione Numerarie, Gestione Chiusure Contabili.

Con il DDG n. 5946 del 07/07/2017, si è proceduto ad affidare al Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) l'organizzazione di un percorso di formazione, strutturato in quattro moduli (Magazzino, Immobilizzazioni e Patrimonio netto, Ciclo Passivo e Ciclo attivo), avente la finalità di supportare le Aziende del SSR nello sviluppo delle competenze necessarie per l'implementazione delle procedure amministrativo-contabili, con relativa verifica finale.

Con il DCA n. 212 del 5/11/2018 avente ad oggetto "Obiettivo 3.1 del P.O. 2016-2018 - Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci delle aziende del SSR - Rideterminazione del cronoprogramma del PAC regionale adottato con DPGR-CA n. 96/2013" si è proceduto ad approvare, sulla base delle delibere aziendali di rimodulazione dei PAC, la griglia attestante la riprogrammazione del Percorso attuativo di Certificabilità delle Aziende Sanitarie, indicando quale scadenza ultima per il raggiungimento degli obiettivi quella del 31/12/2019.

Con il DCA n. 68 del 19/03/2020, a seguito delle numerose criticità rilevate nell'implementazione delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC, si è proceduto ad

un'ulteriore riprogrammazione del Percorso Attuativo della Certificabilità indicando quale scadenza ultima per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC quella del 31/12/2021.

Nel corso dell'attività di monitoraggio sullo stato di avanzamento del PAC è emersa la necessità di rivedere ed aggiornare alcune procedure amministrativo-contabili, di cui al già citato DCA n. 33/2016, oltre che di procedere all'adozione di procedure ancora non oggetto di approvazione regionale.

Con il suindicato DCA n. 68/2020 si è dato atto che la Regione Calabria, nell'ambito del contratto stipulato con l'RTI "KPMG Advisory S.p.A. - Università Commerciale Luigi Bocconi" per i servizi di Advisory contabile, si sarebbe avvalsa del supporto dell'Università Bocconi per quanto riguarda la formazione del personale delle Aziende del SSR e la verifica dei risultati raggiunti oltre che nella predisposizione e l'aggiornamento di linee guida e/o direttive e/o manuali operativi aventi a oggetto le procedure contabili, le procedure di revisione e le procedure di consolidamento dei conti al fine di garantire il miglioramento del processo di formazione e analisi delle informazioni contabili del SSR.

A partire da aprile 2020, pertanto, è stata avviata un'attività formativa, realizzata attraverso corsi FAD, individuando quali destinatari le figure professionali che svolgono attività a rilevanza contabile all'interno delle Aziende del SSR (es. magazzino, personale, gestione immobilizzazioni e ordini) e i Collegi Sindacali Aziendali (interlocutori fondamentali nelle revisioni limitate previste dal PAC).

La suddetta attività formativa ha riguardato le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- gestione del magazzino farmaceutico;
- distribuzione per conto dei farmaci A-PHT;
- gestione delle attrezzature sanitarie;
- acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari (ciclo passivo);

I corsi FAD, aventi ad oggetto le sopracitate procedure amministrativo-contabili del magazzino farmaceutico, della distribuzione per conto dei farmaci A-PHT e della gestione delle attrezzature sanitarie, si sono conclusi con due giornate formative presso la Cittadella Regionale nell'ambito delle quali, alla presenza dei rappresentanti di tutte le Aziende del SSR, sono state discusse le linee guida regionali.

Le suddette linee guida regionali saranno oggetto di approvazione con decreto commissariale e ciascuna Azienda, nell'ambito dei controlli descritti dalle medesime linee guida, dovrà adottare, entro un termine stabilito, la propria procedura amministrativo contabile aziendale.

Con nota prot. 283286 del 22/06/2021, la Struttura Commissariale, di concerto con il Dipartimento regionale, ha richiesto alle Aziende di relazionare in merito allo stato di implementazione delle Aziende del SSR. Si rappresentano, nella tabella sottostante, in modo sintetico gli esiti della ricognizione.

Percorso di certificabilità dei bilanci – Nota prot. n. 283286 del 22/06/2021 - Stato di avanzamento	
201 – ASP CS	<p>Gestione del patrimonio. L'Azienda ha comunicato che è prossima l'attivazione del servizio di ricognizione fisica straordinaria del patrimonio aziendale aggiudicato definitivamente con atto deliberativo n. 523/2020.</p> <p>Gestione del contenzioso. L'Azienda comunica di aver proceduto a rilevare le informazioni principali relative al processo di "<i>Gestione del fondo rischi ed oneri per contenzioso</i>". Con delibera n. 1180/2021 l'Azienda ha approvato lo schema relativo alla ricognizione del contenzioso adeguandosi a quanto previsto nella procedura della gestione del contenzioso approvata con DCA n. 33/2016. L'Azienda, inoltre, dichiara di aver prodotto, per il tramite dello schema sopraindicato, gli elenchi del contenzioso</p>

	<p>pendente e definito alla data del 31/12/2020 seppur con dati ancora parziali.</p> <p>Gestione del ciclo attivo, gestione della mobilità sanitaria e partite infragruppo, gestione delle rilevazioni numerarie, gestione chiusure contabili. L'Azienda dichiara di non essere in grado ad effettuare tutti i controlli previsti dalle procedure del PAC a causa della carenza di personale amministrativo.</p> <p>Gestione del personale. L'Azienda, in riferimento alla procedura di "Gestione del personale" adottata con DCA n.33/2016, rappresenta delle criticità relativamente alle rilevazioni di profilo giuridico ed economico del personale dipendente e convenzionato.</p>
202 – ASP KR	L'Azienda ha trasmesso una relazione nella quale dettaglia lo stato dell'arte, in modo analitico per singola azione prevista dal PAC. Pur avendo avviato le procedure amministrativo contabili di cui al DCA n. 33/2016, l'Azienda dichiara la presenza di criticità connesse all'implementazione del sistema informativo regionale Sec Sistr, che ha rallentato l'attuazione del percorso di certificabilità. L'Azienda, inoltre, ha proceduto ad individuare i responsabili delle singole procedure.
203 – ASP CZ	L'Azienda, nell'attuazione del percorso attuativo della certificabilità, ha rilevato delle criticità connesse alle seguenti procedure: gestione magazzino, circolarizzazione crediti, valutazione crediti e debiti, gestione cassa e tesoreria, approvvigionamento beni e servizi sanitari e non sanitari, trattamento economico del personale.
204 – ASP VV	Dalla relazione trasmessa si evince principalmente l'avvio azioni di tipo ricognitivo e di rilevazioni delle criticità delle procedure in essere. In riferimento all'implementazione della contabilità analitica, l'Azienda comunica di aver proceduto ad individuare un esperto esterno.
205 – ASP RC	L'Azienda ha fornito una relazione analitica per singolo obiettivo del PAC. Si rileva l'avvio delle azioni previste pur evidenziando il grave ritardo connesso all'implementazione del Sec-Sistr, il cui passaggio non è ancora completato e che richiede ancora tempi lunghi. Il suddetto passaggio comporterà inevitabilmente la necessità della revisione delle procedure in uso.
912 – AO CS	Nel cronoprogramma relativo alle azioni previste dal PAC, l'Azienda rappresenta delle criticità connesse alle procedure del patrimonio, piano degli investimenti e trattamento economico del personale.
913 – AO CZ	L'Azienda comunica che si stanno valutando gli esiti delle verifiche sullo stato di implementazione di alcune delle procedure amministrativo-contabili al fine di procedere ad una revisione delle stesse.
914 –AOU MD	L'Azienda, nella nota trasmessa, dichiara di aver adottato un nuovo regolamento sulla contabilità analitica e sul percorso di budget. Non si evincono ulteriori attività riferite all'implementazione del PAC.
915 – AO RC	Con DCA n. 212 del 5/11/2018 la Regione prendeva atto del conseguimento da parte dell'Azienda degli obiettivi previsti dal PAC.

Successivamente si procederà ad una ricognizione sullo stato di attuazione del Percorso di Certificabilità dei Bilanci alla data del 31/12/2021, che condurrà ad una riprogrammazione del PAC con annessa rimodulazione delle scadenze (previste dal DCA 68/2020) relative all'implementazione delle azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

La Regione, nell'ambito delle procedure già adottate con DCA n.33/2016 ed oggetto di revisione, coerentemente con il programma 6 "Gestione del Contenzioso" del presente P.O. 2022-2024, si focalizzerà sulla procedura del contenzioso con particolare riferimento all'aspetto del regolarizzo contabile dei pignoramenti e delle assegnazioni giudiziarie nonché sulla procedura della circolarizzazione del debito pregresso.

Sono in corso attività di messa a punto dei regolamenti aziendali inerenti il "ciclo passivo" con particolare attenzione al processo di "liquidazione tecnica" e attestazione di reso servizio in termini qualitativi e quantitativi.

Entro gennaio 2023, sarà convocato un tavolo tecnico alla presenza dei Direttori Amministrativi, soggetti responsabili dei PAC Aziendali, con la finalità di verificare l'adeguamento delle procedure amministrativo contabili che sono state oggetto di integrazioni e verificarne lo stato di adozione.

A seguito del tavolo tecnico saranno avviati percorsi di formazione in modalità FAD e/o incontri con il personale Aziendale afferente alle aree di attività coinvolte dalle singole procedure.

A conclusione dell'attività di revisione delle procedure già adottate e della definizione delle procedure previste dal PAC e non ancora esitate, sarà adottato un nuovo provvedimento commissariale inerente le procedure amministrativo contabili.

Obiettivi

La Regione si pone i seguenti obiettivi:

Aggiornamento delle linee guida regionali inerenti le procedure amministrativo contabili.

- Adozione del DCA di approvazione delle linee guida sulle procedure amministrativo contabili (gestione del magazzino farmaceutico, distribuzione per conto dei farmaci A-PHT, gestione delle attrezzature sanitarie, acquisto dei beni di consumo e servizi sanitari e non sanitari - ciclo passivo);
- L'adozione di un nuovo DCA con rimodulazione delle scadenze, condivise con tutte le Aziende del SSR e in relazione allo stato di attuazione di ciascuna Azienda.
- Adozione delle linee guida regionali ed implementazione, da parte delle Aziende, della relativa procedura amministrativo-contabile sulla "gestione contenzioso".
- Adozione della procedura amministrativo-contabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) con contestuale aggiornamento delle linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della Gestione Sanitaria Accentrata (Dec. n. 16670 del 30/12/20214).
- La conclusione del Percorso di Certificabilità dei Bilanci da parte delle Aziende del SSR entro il 31 dicembre 2024.

Azioni

- Adozione del DCA di approvazione delle linee guida sulle procedure amministrativo contabili, già oggetto di confronto con i referenti aziendali
- Ricognizione dello stato di attuazione dei PAC aziendali alla data del 31 dicembre 2021.
- Adozione del DCA con rimodulazione delle scadenze.
- Adozione linee guida regionali sulla "gestione contenzioso".
- Tavolo tecnico con i Direttori Amministrativi delle Aziende, Responsabili dei PAC Aziendali, al fine di individuare le procedure amministrativo contabili oggetto di aggiornamento.
- Avvio percorso di formazione in presenza o in modalità FAD su procedure amministrativo-contabili e/o incontri con referenti aziendali su singole procedure.
- Adozione DCA aggiornamento linee guida procedure amministrativo contabili.

Le azioni, qui descritte saranno armonizzate con l'accordo di programma quadro, già richiamato nel paragrafo 4 del presente documento denominato "Gestione contenzioso e riconciliazione del debito pregresso", che prevede delle attività di accompagnamento alla certificabilità dei bilanci.

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

Numero	Azione	Indicatore	Tempistica
1	Adozione DCA aggiornamento linee guida procedure amministrativo contabili	DCA	Dicembre 2022
2	Ricognizione stato attuazione PAC	Relazione su attuazione	Novembre 2022
3	Adozione linee guida regionali sulla "gestione contenzioso" e sulla circolarizzazione del debito pregresso	DCA	Dicembre 2022
4	Adozione DCA rimodulazione PAC (GSA)	DCA	Dicembre 2022
5	Tavolo tecnico con i Direttori Amministrativi delle Aziende, Responsabili dei PAC Aziendali, al fine di individuare le procedure amministrativo contabili oggetto di aggiornamento	Verbale incontro	Maggio 2023
6	Adozione della procedura amministrativo-contabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) /Azienda Zero con contestuale aggiornamento delle linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della Gestione Sanitaria Accentrata (Dec. n. 16670 del 30/12/20214).	DCA	Settembre 2023
7	Avvio percorso di formazione in presenza o in modalità FAD su procedure amministrativo-contabili e/o incontri con referenti aziendali su singole procedure	Definizione calendario incontri	Novembre 2023
8	Adozione DCA aggiornamento linee guida procedure amministrativo contabili	DCA	Gennaio 2024
9	Verifica sulla corretta implementazione delle procedure amministrativo-contabili e sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAC	Verbali	Periodica con ultima verifica a Dicembre 2024

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio"-.

Strutture regionali/Azienda Zero/Strutture aziendali a supporto

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU.

Settore n. 1 "Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario".

Collegi Sindacali Aziendali e Organo di revisione regionale.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il cronoprogramma riportato costituisce gli obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

20.2 Monitoraggio/verifica delle azioni del PAC

Stato di Attuazione

Al fine di realizzare gli obiettivi indicati nel PAC regionale, la Regione prevede di attivare un sistema di monitoraggio periodico relativo alle azioni poste in essere dalle Aziende e ai risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste dal PAC adottato.

A tal fine, in ottemperanza al DPGR n. 96/2013, sono stati individuati, quali Responsabili del PAC, i direttori amministrativi pro-tempore di ciascuna Azienda.

In relazione alla coerenza delle azioni del PAC è necessario implementare le attività di monitoraggio a livello regionale ed al livello aziendale.

Tale implementazione prevedrà una verifica periodica e ciclica delle procedure approvate dalla Regione e dalle Aziende attraverso strumenti di autovalutazione elaborati a livello regionale, condivisi con i Collegi sindacali aziendali e somministrati alle aziende.

Obiettivo

Obiettivo principale del monitoraggio trimestrale è quello di garantire il raggiungimento degli obiettivi indicati nei PAC da ciascuna Azienda e nei tempi stabiliti in ciascun percorso aziendale nonché di verificare periodicamente il funzionamento e l'adeguatezza delle procedure approvate.

Azioni

Elaborazione di check list di verifica sulle procedure regionali ed aziendali attraverso gruppi di lavoro appositamente costituiti.

Condivisione delle check list con i Collegi Sindacali.

Somministrazione alle aziende delle check list e loro compilazione.

Individuazione da parte delle aziende degli interventi correttivi al fine di ottemperare alle criticità emerse nella redazione delle check list.

Espressione di pareri da parte dei collegi sindacali sulla check list e sull'applicazione delle procedure amministrativo contabili (revisioni limitate)

Analisi regionale dei risultati delle check list aziendali, dei pareri dei collegi sindacali e dei correttivi adottati.

Assunzione di eventuali provvedimenti conseguenti.

Strutture regionali/aziendali responsabili

Settore n. 7 " Bilancio SSR – Monitoraggio dell'Andamento Economico delle Aziende Sanitarie – Controllo di Gestione – Patrimonio".

Azienda Zero

Strutture regionali/aziendali a supporto

Commissari Straordinari/Direttori Generali, Direttori Sanitari delle ASP, AO e AOU.

Collegi Sindacali Aziendali e Organo di revisione regionale.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati secondo il crono programma riportato costituiscono obiettivi dei dirigenti indicati ai fini dell'attribuzione dell'indennità di risultato.

21. TENDENZIALE PROGRAMMATICO 2022-2025

TENDENZIALE PROGRAMMATICO 2022-2025

Il Tenzionale 2022-2025 è stato costruito sulla base dei dati del CE IV trimestre 2021 e tenendo conto degli andamenti rilevati nell'anno 2020 e negli anni precedenti, al fine di considerare anche la gestione del SSR degli anni pre pandemia da COVID-19. L'elaborazione del Tenzionale per gli anni 2022-2025 prende in considerazione le dinamiche economiche realizzate nel periodo 2019-2021, oltre che i fattori macroeconomici di riferimento che, seppur in maniera esogena, influenzano l'andamento dei ricavi e la crescita della spesa.

Il Programmatico è stato definito sulla base delle stime degli impatti economici dei singoli interventi previsti all'interno del presente documento programmatico. Va evidenziato, che la costruzione economica tiene conto anche di quanto previsto dal Decreto-legge 150/2020, dalla Legge di Bilancio 2022 e dalla situazione riconducibile all'emergenza COVID-19.

Al fine di attuare un confronto con i documenti di Verifica Trimestrale e le Relazioni economiche-sanitarie trimestrali, nel Tenzionale e Programmatico, viene adoperata la rappresentazione nella riclassifica adottata nei suddetti documenti.

Sempre ai fini di un migliore confronto con i documenti di Verifica Trimestrale e Relazioni economiche-sanitarie trimestrali si evidenzia che anche le successive tabelle del presente documento seguiranno la riclassifica di seguito esposta.

Nell'allegato 1 "Modello CE" si presenta il prospetto con il dettaglio delle singole voci di conto economico.

Costruzione del Tenzionale e Programmatico e impatto delle manovre

Il tendenziale 2022-2025 della Regione Calabria è stato costruito a partire dai valori del CE IV trimestre 2021 e delle informazioni desumibili dalla gestione e andamento dei costi degli anni precedenti al 2021. Inoltre, si è tenuto conto dell'incremento del fondo sanitario come previsto dalla Legge di Bilancio 2022 n. 234/2021.

Di seguito si riporta la sintesi del tendenziale e programmatico 2022-2025.

CE	Descrizione CE	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV trim 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025
		A	B	C	F	G	H	I	J	K	L	M	N
A1	Contributi F.S.R.	3.566.900	3.598.243	3.760.829	3.767.493	3.899.130	3.953.666	4.020.202	4.020.202	3.899.130	3.953.666	4.020.202	4.020.202
A2	Saldo Mobilità	(321.623)	(286.835)	(291.261)	(245.939)	-	(242.140)	(242.140)	(242.140)	-	(217.140)	(202.140)	(192.140)
A3	Entrate Proprie	125.460	148.941	140.341	200.115	145.462	145.462	145.462	143.727	197.738	166.738	163.738	169.003
A4	Saldo Intramoenia	1.883	1.266	832	1.579	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(5.264)	(17.555)	(17.967)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)
A	Totale Ricavi Netti	3.367.355	3.444.060	3.592.775	3.703.916	4.026.685	3.839.081	3.905.617	3.903.882	4.078.960	3.885.357	3.963.893	3.979.158
B1	Personale	1.124.752	1.126.718	1.120.089	1.150.939	1.135.822	1.135.822	1.135.822	1.135.822	1.150.937	1.164.034	1.192.410	1.238.247
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	430.335	452.867	453.771	473.855	482.288	491.313	501.109	511.923	489.028	503.453	529.952	531.774
B3	Altri Beni E Servizi	604.344	597.096	592.563	620.304	640.537	651.252	658.854	664.872	639.853	653.861	666.397	669.992
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	6.099	6.353	5.243	4.925	5.243	5.243	5.243	5.243	5.243	5.243	5.243	5.243
B5	Accantonamenti	94.038	100.271	253.761	191.550	265.498	279.925	299.353	274.988	461.854	247.557	262.165	226.763
B6	Variazione Rimanenze	- 7.930	- 3.648	- 8.937	- 9.189	-	-	-	-	-	-	-	-
B	Totale Costi Interni	2.251.636	2.279.658	2.416.490	2.432.383	2.529.387	2.563.554	2.600.380	2.592.848	2.746.915	2.574.148	2.656.166	2.672.020
C1	Medicina Di Base	248.794	247.843	250.257	258.305	258.305	258.305	258.305	258.305	261.905	262.705	263.505	263.505
C2	Farmaceutica Convenzionata	290.389	289.867	279.392	282.063	282.063	282.063	282.063	282.063	282.063	270.729	270.729	267.729
C3	Prestazioni Da Privato	628.714	632.985	579.746	604.734	649.934	649.934	649.934	649.934	687.406	681.875	681.875	681.875
C	Totale Costi Esterni	1.167.897	1.170.694	1.109.396	1.145.103	1.190.303	1.190.303	1.190.303	1.190.303	1.231.375	1.215.310	1.216.110	1.213.110
D	Totale Costi Operativi (B+C)	3.419.533	3.450.352	3.525.885	3.577.486	3.719.690	3.753.857	3.790.683	3.783.151	3.978.290	3.789.458	3.872.276	3.885.130
E	Margine Operativo (A-D)	- 52.178	- 6.293	66.889	126.430	306.995	85.224	114.934	120.731	100.671	95.899	91.617	94.028
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rival.e Sval. Fin.	(130)	(62.736)	(20.971)	(2.742)	(70)	(70)	(70)	(70)	(70)	(70)	(70)	(70)
F2	Saldo Gestione Finanziaria	(48.093)	(59.938)	(30.107)	(20.114)	(20.114)	(20.114)	(20.114)	(20.114)	(20.114)	(14.364)	(8.614)	(7.614)
F3	Oneri Fiscali	82.221	87.109	85.619	79.901	79.065	79.065	79.065	79.065	80.002	80.813	82.572	85.414
F4	Saldo Gestione Straordinaria	3.169	- 5.494	- 51.044	2.924	-	-	-	-	-	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	(127.276)	(215.277)	(187.741)	(99.833)	(99.249)	(99.249)	(99.249)	(99.249)	(100.186)	(95.248)	(91.257)	(93.098)
G	Risultato Economico (E-F) prima delle coperture	(179.454)	(221.569)	(120.852)	26.596	207.746	(14.025)	15.685	21.482	485	651	360	930
AA0080	Risorse aggiuntive bilancio regionale a titolo di copertura LEA	100.355	100.355	100.355	107.889	110.485	110.485	110.485	110.485	110.485	110.485	110.485	110.485
H	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA	- 79.099	- 121.214	- 20.497	134.485	318.231	96.460	126.170	131.967	110.970	111.136	110.845	111.415

Ricavi 2022 - 2025

A1.1 - Contributi in c/esercizio indistinti e A1.2 - Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

I contributi - F.S.R., indistinto e vincolato, iscritti a Tendenziale e Programmatico 2022-2025 tengono conto delle intese per l'anno 2021 e all'incremento del Fondo sanitario previsto dalla Legge di Bilancio 2022.

In riferimento alla voce **AA0030 - Fondo sanitario indistinto**: per gli anni 2022-2025, si è tenuto conto dell'incremento del fondo sanitario regionale, come disposto dalla Legge di Bilancio 2022 n. 234/2021 che prevede, rispetto al 2021, un aumento del FSN di 2 mld per l'anno 2022, di 4 mld per l'anno 2023 e di 6 mld per l'anno 2024. Per l'anno 2025 è stato mantenuto il valore del fondo dell'anno 2024.

Tale incremento nel triennio (2022-2025) è stato determinato considerando la quota di accesso della Regione Calabria pari a circa 3,168% sul Fondo sanitario.

La stima di incremento del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2022 si attesta a circa 51,8 mln/€, per l'anno 2023 a circa 115,1 mln/€, per l'anno 2024 a circa 178,5 mln/€.

Relativamente al Fondo sanitario Vincolato, nella voce **AA0040 - Fondo Sanitario Vincolato**, si è tenuto conto dell'assegnazione delle vincolate per l'anno 2021 pari a complessivi 81,7 mln/€ e degli incrementi previsti dalla Legge di Bilancio 2022 per gli anni 2022-2023. Nello specifico:

- Incremento **Farmaci innovativi** (articolo 1 comma 259): anno 2022 per 100 mln/€; anno 2023 per 200 mln/€, anno 2024 per 300 mln/€ mentre nel 2025 si è inserito lo stesso valore del 2024 in attesa di ulteriori elementi informativi;

Tali incrementi sono stati valorizzati nella voce AA0040 considerando la quota di accesso della Regione Calabria pari a circa 3,168% sul Fondo sanitario.

La Voce **AA0040 - Fondo Sanitario Vincolato** comprende anche il contributo straordinario di **12 mln/€** previsto dall'articolo 1, comma 4-quater dal decreto-legge n. 150/2020.

La voce **AA0040 - Fondo Sanitario Vincolato** comprende anche il **contributo di 60 mln/€** la cui iscrizione è subordinata all'approvazione del programma operativo in oggetto e alla successiva sottoscrizione di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni contenente le modalità di erogazione dello stesso, come previsto dall'articolo 6, comma 1, del Decreto legge n.150/2020.

A2 - Saldo mobilità

TENDENZIALE

Il valore del saldo di mobilità per l'anno 2022 tiene conto di quanto disposto dall'articolo 16-septies, comma 2, lettera e), del Decreto legge n. 146/2021 che prevede che non si dia luogo nell'anno 2022 alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale, rinviandone la relativa compensazione al futuro (a partire dal 2026 in un arco temporale di 5 anni). Pertanto, il saldo nell'anno 2020 è pari a zero.

Negli anni 2023, 2024 e 2025 è stato stimato un valore del saldo di mobilità pari al saldo del riparto dell'anno 2021. Nello specifico:

- Saldo mobilità in compensazione extra pari a -240,1 mln/€;

- Saldo mobilità internazionale pari a -2 mln/€.

PROGRAMMATICO

Il saldo di mobilità nel Programmatico 2022 è pari a zero come al valore rappresentato nel tendenziale.

Per gli anni 2023, 2024 e 2025, in coerenza con il potenziamento della rete ospedaliera, il conseguente incremento dei Posti Letto e della relativa produzione, nonché in funzione delle azioni da porre in essere per il recupero delle prestazioni in mobilità extra regionale, è prevista una riduzione del saldo di mobilità nella misura di circa 25 mln/€ nell'anno 2023, di circa 40 mln/€ nell'anno 2024 e di circa 50 mln/€ nell'anno 2025.

A tal fine la Regione, come rappresentato al paragrafo 1.4, ha previsto la sottoscrizione degli accordi interregionali di mobilità entro dicembre 2023.

In ragione della riduzione stimata della mobilità passiva extra regione, prudenzialmente è previsto un accantonamento nella voce "Altri accantonamenti rischi".

A3 - Entrate Proprie

TENDENZIALE

La Voce "Entrate Proprie" (Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti, Ulteriori trasferimenti pubblici, Ticket e altre entrate proprie) nel Tendenziale 2022-2024 è pari a 145,5 mln/€ e nel 2025 a 143,7 mln/€.

Tali valori sono considerati al netto della fiscalità.

La voce **A.3.1 Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022-2025 per un importo pari a 9,7 mln/€, pari al valore rilevato dalle Aziende a CE IV trimestre 2021, al netto degli utilizzi relativi ai contributi vincolati relativi al COVID alla voce AA0271 A.3.A) *Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato*.

La voce **A.3.2 Ulteriori Trasferimenti Pubblici** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022-2024 per un importo pari a 44,3 mln/€, e nel 2025 a 42,6 mln/€, sostanzialmente in linea con il dato del IV trimestre 2021 al netto dei finanziamenti extra fondo destinati alla copertura dei costi COVID per l'anno 2021.

La **Voce AA0100 Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022-2024 per un importo pari a 30,3 mln/€ e nel 2025 a 28,6 mln/€ e comprende 20 mln/€ riconducibile alla quota del sociale, destinata alla remunerazione delle Strutture sociosanitarie, come da stanziamento previsto nel Bilancio Finanziario Gestionale della Regione Calabria per gli anni 2023-2024 (Capitolo di Spesa U6201021301). La voce comprende nel triennio 2022-2024, anche il contributo pari a 1,7 mln/€ annuo, riconducibile principalmente alle risorse FSC del Piano di sviluppo e coesione, destinato al finanziamento della convenzione relativa alla collaborazione tra l'AOU Mater Domini e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Per la voce **A.3.3 "Ticket"** nel tendenziale 2022-2025 è stato iscritto il valore del CE IV trimestre 2021 pari a 14,8 mln/€ e tiene conto, rispetto agli anni precedenti anche della contrazione dello stesso per effetto dell'abolizione del superticket.

La voce **AA0910 - A.5.E.1.2) Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera**, è stata stimata nel Tendenziale 2022-2025 per un ammontare sostanzialmente riconducibile al valore rilevato nell'anno 2021 e pari a 43,8 mln/€.

La voce **AA0920 – “Ulteriore Payback”** è stata valorizzata nei CE Tendenziali 2022 -2025 per un valore pari a 14,6 mln/€, pari agli incassi registrati a diverso titolo di Payback al 31 dicembre 2021.

La voce **AA0080 A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**, nel quadriennio 2022-2025, presenta un valore pari a **110,5 mln/€**, pari alla stima, aggiornata a dicembre 2021 del Dipartimento delle Finanze, del gettito fiscale per l'anno d'imposta 2023.

PROGRAMMATICO

Il valore del Programmatico 2023-2025, rispetto a quanto valorizzato nel tendenziale, presenta un incremento nella valorizzazione della voce **A.3.1 Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti**. Per il quadriennio 2022-2025 sono previste delle azioni di efficientamento nelle modalità di rendicontazione dei costi sostenuti dalle Aziende e associate alle risorse vincolate. Nello specifico si prevede:

- L'aggiornamento delle linee guida/procedure relative al processo di rendicontazione delle aziende sanitarie con l'individuazione di un referente aziendale del processo;
- Un monitoraggio trimestrale a livello regionale dell'apposito ufficio, dello stato di avanzamento delle risorse assegnate, del loro utilizzo e della relativa rendicontazione delle attività e dei costi associati.

Tale azione si prevede possa generare un miglioramento nella rendicontazione con un impatto positivo nella valorizzazione degli utilizzi e degli accantonamenti rilevati in ciascun anno.

Per la voce degli utilizzi *AA0280 A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato*, si prevede un impatto rispetto al tendenziale di 4,3 mln/€ per l'anno 2022, di 11,3 mln/€ per l'anno 2023, di 18,3 mln/€ per l'anno 2024 e di 25,3 mln/€ per l'anno 2025.

Inoltre, in relazione alla voce *AA0271 A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato* rispetto al Fondo presente al 31/12/2021 e afferenti alle risorse dei finanziamenti covid non utilizzate, si prevede un impatto rispetto al tendenziale di 48 mln/€ per l'anno 2022 e 10 mln/€ per l'anno 2023.

A5 - Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

La voce **AA0250 – “Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale”** risulta valorizzata nei CE Tendenziali e Programmatici 2022-2025 per -19,3 mln/€ in linea con i dati al IV trimestre 2021.

La tabella di seguito riepiloga i valori del Tendenziale e programmatico per la parte dei Ricavi Netti.

CE	Descrizione CE	IV Trimestre 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
A1	Contributi F.S.R.	3.767.493	3.899.130	3.953.666	4.020.202	4.020.202	3.899.130	3.953.666	4.020.202	4.020.202
A2	Saldo Mobilità	245.939	-	(242.140)	(242.140)	(242.140)	-	217.140	202.140	192.140
A3.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	27.872	9.724	9.724	9.724	9.724	62.000	31.000	28.000	35.000
A3.2	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	84.798	44.337	44.337	44.337	42.602	44.337	44.337	44.337	42.602
A3.3	Ticket	14.759	14.759	14.759	14.759	14.759	14.759	14.759	14.759	14.759
A3.4	Altre Entrate Proprie	72.686	76.642	76.642	76.642	76.642	76.642	76.642	76.642	76.642
A3	Entrate Proprie	200.115	145.462	145.462	145.462	143.727	197.738	166.738	163.738	169.003
A4	Saldo Intramoenia	1.579	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425	1.425
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	19.333	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)	(19.333)
A	Totale Ricavi Netti	3.703.916	4.026.685	3.839.081	3.905.617	3.903.882	4.078.960	3.885.357	3.963.893	3.979.158

Tabella: Tendenziale e Programmatico 2023- 2025 – Dettaglio Ricavi Netti

Costi 2022-2025

B1 - PersonaleTENDENZIALE

Per il Costo del Personale “Dipendente e Non” Sanitario e Non Sanitario (Tempo Indeterminato, Tempo determinato, Co.co.co e Indennità personale universitario) sulla base delle evidenze registrate nell’ultimo anno, anche a seguito dell’effetto della crisi pandemica è stato mantenuto costante il costo del personale per il periodo 2022-2025 pari al valore registrato al Consuntivo 2021 comprensivo del costo del personale riconducibile all’emergenza COVID.

CE	Descrizione CE	Personale Consuntivo 2021	Personale COVID	Personale Netto COVID	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
		A	B	C	D	E	F	G
B1.1	Personale Sanitario	936.409	68.127	881.474	936.409	936.409	936.409	936.409
B1.2	Personale Non Sanitario	199.412	10.489	190.849	199.412	199.412	199.412	199.412
B1	Personale	1.135.822	78.616	1.072.323	1.135.822	1.135.822	1.135.822	1.135.822

Il personale rappresenta una delle maggiori aree di attenzione della Regione Calabria. Infatti, come già rappresentato nel PO 2019-2021 il numero di personale a partire dal 2016 si è ridotto complessivamente di 1.095 unità, passando da 20.298 unità registrate a consuntivo 2016 agli attuali 19.203 dell’anno 2021. Il numero di personale è comprensivo delle unità di personale impiegate al fine di rispondere all’emergenza COVID, pari a circa 1.287 unità.

Periodo / Tipologia di Personale	A. 2016	A. 2017	A. 2018	A. 2019	A. 2020	IV trim. 2021	Variazione 2016-2021	Variazione 2020-2021
- Medici	4.007	3.994	3.971	3.882	3.751	3.635	(372)	(116)
- Dirigenti non medici	565	555	538	501	467	460	(105)	(7)
- Pers. non dirigente	13.982	14.063	13.947	13.769	13.536	13.344	(638)	(192)
- Pers. contrattista	17	14	8	6	7	4	(13)	(3)
Totale Pers. a tempo indeterminato	18.571	18.626	18.464	18.158	17.761	17.443	- 1.128	- 318
Pers. a tempo determinato	1.648	1.453	1.194	1.391	1.442	1.586	(62)	144
Restante personale	79	118	116	106	190	174	95	(16)
Pers. tempo determ. + altro	1.727	1.571	1.310	1.497	1.632	1.760	33	128
Totale	20.298	20.197	19.774	19.655	19.393	19.203	- 1.095	- 190

Solo nell’ultimo anno il numero di risorse si è ridotto di circa 190 unità, principalmente tra i medici ed il comparto, compensate dall’incremento del costo del personale a tempo determinato destinato a far fronte alle esigenze della pandemia.

Ai fini della valutazione economica del Tendenziale, si è valutato di mantenere il costo del personale costante per il periodo 2022-2025, come rappresentato nella tabella precedente.

PROGRAMMATICO

La valutazione economica programmatica, come previsto nel capitolo 3 gestione del personale e nei capitoli 10-15, prevede un potenziamento delle risorse umane e l’attuazione di quanto previsto

nel precedente PO. La Regione si troverà quindi nella necessità di: a) recuperare attraverso il turnover le risorse fuoriuscite nel periodo 2019, 2020 e 2021; b) provvedere alle assunzioni già previste ed autorizzate di unità di personale; c) assumere unità di personale in relazione al fabbisogno atteso per garantire l'incremento della produzione Ospedaliera e ambulatoriale e garantire il recupero della mobilità passiva extra regione; d) assumere unità di personale per l'attivazione dei Presidi Ospedalieri di Trebisacce, Cariati e Praia a Mare.

Il costo è stato stimato a partire dall'anno 2022 prendendo in considerazione le azioni in itinere da parte delle Aziende. Il personale integra anche le esigenze in linea con le attuazioni dei decreti di riordino della rete ospedaliera e territoriale e tiene conto anche del fabbisogno del personale per recuperare a partire dall'anno 2023 la mobilità extra regionale, come rappresentato anche nel punto della valorizzazione del saldo di mobilità.

Nell'anno 2022, si prevede un impatto del costo del personale riconducibile alle unità di personale dedicato alla pandemia, fino al 30/06/2022 in linea con la proroga dello stesso per i primi sei mesi dell'anno in corso. Si ipotizza, in ragione delle necessità di cui sopra, di assumere le unità di personale aggiuntive rispetto alla previsione del saldo per l'anno 2021 fino a raggiungere il costo del Consuntivo 2021 pari a circa **1.135,8** mln/€ incrementato del costo di **12 mln/€** previsto dall'articolo 1, comma 4-quater dal decreto-legge n. 150/202 e ulteriore incremento di personale pari a circa **3,1 mln/€**.

Alla luce dell'articolo 1, comma 4-ter, del decreto legge n. 150/2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181, che ha previsto per la Regione un contributo di 12 mln di euro a partire dall'anno 2021 per l'assunzione di personale sanitario, si procederà, pertanto, nel percorso di potenziamento delle linee di attività previste dal PO mediante l'ingresso di nuovi professionisti nel SSR. In particolare si rappresenta che tali risorse saranno prioritariamente utilizzate per il reclutamento del personale necessario a rinforzare i settori dell'Emergenza Urgenza 118, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia e Ortopedia.

La valorizzazione di tale impatto nell'anno 2022, pari a 15,1 mln/€, comprensivo della manovra dei 12 mln/€ è stato determinato considerando la stima aggiuntiva del personale per le macrocategorie di personale come riportato nella tabella di seguito, a partire dal costo medio del personale da Conto Annuale 2020, integrato degli oneri riflessi nella misura del 27%, esclusa l'IRAP.

Figure professionali	Nr.	Costo medio	Oneri riflessi	Totale costo medio	Totale costo complessivo
Medico	56	86.534	23.364	109.898	6.154.298
Dirigente sanitario non medico		77.578	20.946	98.524	-
Personale infermieristico	210	33.601	9.072	42.673	8.961.387
Totale	266	197.713	53.383	251.096	15.115.685

Inoltre, in ragione delle necessità di sviluppo e incremento delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, di contrazione delle liste di attesa e contrazione della mobilità extraregionale e in coerenza con il fabbisogno complessivo approvato dalla struttura commissariale, con i provvedimenti richiamati nell'apposito paragrafo del personale, e sulla base dei piani dei fabbisogni e dei piani assunzionali deliberati dalle Aziende del SSR, si prevede un fabbisogno complessivo del SSR pari a **21.063**, che sarà soddisfatto nel periodo di vigenza del P.O.

La valorizzazione di tale impatto a partire dall'anno 2023, è stato determinato considerando la stima aggiuntiva del personale per le macrocategorie di personale come riportato nella tabella di seguito.

Figure professionali	Nr.	Costo medio	Oneri riflessi	Totale costo medio	Totale costo complessivo
Medico	339	86.534	23.364	109.898	37.255.483
Dirigente sanitario non medico	42	77.578	20.946	98.524	4.138.011
Personale infermieristico	1.076	33.601	9.072	42.673	45.916.439
Totale	1.457	197.713	53.383	251.096	87.309.932

Si prevede pertanto, in termini di unità, nel periodo 2022-2025:

	Saldo Cessati/Assunti	Totale Unità di personale
Programmatico 2022	1.554	19.606
Programmatico 2023	437	20.043
Programmatico 2024	510	20.553
Programmatico 2025	510	21.063

Il totale delle unità di personale, che saranno assunte nel periodo di vigenza del PO 2022-2025, pari a n. 3.011, comprende 1.861 nuove assunzioni, come previsto dai Piani assunzionali, descritti in precedenza, e la restante parte delle unità comprende la stima delle stabilizzazioni e sostituzione del turnover.

Con riferimento all'impatto dei costi del personale nel Programmatico 2022-2025, si ipotizza che le assunzioni del personale aggiuntivo, pari a 1.457 unità, si manifestino a metà anno 2023 (437 unità) e 2024 (510 unità) e ad inizio anno per l'anno 2025 (510).

Costo Personale €/000	2022	2023	2024	2025
2022	15.116	15.116	15.116	15.116
2023		13.096	26.193	26.193
2024			15.279	30.558
2025			-	30.558
Totale	15.116	28.212	56.588	102.426

Si riporta di seguito la rappresentazione delle manovre.

CE	Descrizione CE	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
B1.1	Personale Sanitario	948.871	959.668	983.062	1.020.852	12.462	23.259	46.653	84.443
B1.2	Personale Non Sanitario	202.066	204.366	209.347	217.395	2.654	4.953	9.935	17.983
B1	Personale	1.150.937	1.164.034	1.192.410	1.238.247	15.116	28.212	56.588	102.426

Tabella: Programmatico 2022-2025- Costo del personale

AREA FARMACO (B2 – Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e C2 – Farmaceutica Convenzionata)

TENDENZIALE

Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Come evidenziato dall'andamento della spesa nel periodo 2018-IV trimestre 2021, l'incremento medio annuo della spesa per l'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati, è pari a circa il 5%. Tale incremento, concentrato principalmente nella voce dei prodotti farmaceutici con AIC tiene conto sia degli incrementi determinati dalla introduzione dei nuovi farmaci, che delle variazioni delle contabilizzazioni all'interno della voce, a seguito della introduzione del dettaglio del costo per l'ossigeno.

Per gli anni 2022-2025 si è tenuto conto anche dei costi al CE IV trimestre 2021 e delle tendenze di spesa rilevati.

Descrizione CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV Trim. 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
	A	B	C	D	E	F	G
Prodotti Farmaceutici con AIC	435.212	435.070	456.397	463.243	470.192	477.245	484.404
Prodotti Farmaceutici senza AIC	3.158	4.634	3.543	4.852	6.644	9.097	12.457
Ossigeno e altri gas medicali	8.779	9.384	9.755	9.950	10.149	10.352	10.559
Emoderivati	5.718	4.683	4.159	4.243	4.327	4.414	4.502
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	452.867	453.771	473.855	482.288	491.313	501.109	511.923

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Nel calcolo della proiezione si è tenuto conto, in modo prudenziale, dell'incremento medio pari al 2%. Il costo per i prodotti farmaceutici ed emoderivati passa quindi da 482,3 mln/€ nel 2022, ai 491,3 mln/€ nell'anno 2023, ai 501,1 mln/€ nell'anno 2024 per arrivare a un valore di 511,9 mln/€ nell'anno 2025.

Farmaceutica Convenzionata

La spesa per la farmaceutica convenzionata è diminuita nel triennio 2018-2020 dell'1,8%. Tale riduzione è frutto delle azioni che la Regione aveva messo in atto negli anni precedenti.

Per il tendenziale, in modo prudenziale, si è mantenuta costante la voce pari al valore registrato nel IV trimestre 2021 e pari a 282,1 mln/€.

Descrizione CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV Trim. 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
	A	B	C	D	E	F	G
Farmaceutica Convenzionata	289.867	279.392	282.063	282.063	282.063	282.063	282.063

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Farmaceutica Convenzionata

PROGRAMMATICO

Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Sulla base delle azioni definite nel paragrafo 8 e dal potenziamento della rete ospedaliera definito nello stesso paragrafo, è stato determinato un costo programmatico per l'anno 2023 di 489 mln/€, di 503,5 mln/€ per il 2023, di 530 mln/€ per il 2024 e di circa 531,8 mln/€ per il 2025.

Nel programmatico negli anni 2022-2025 sono previste delle azioni di contrazione della spesa, come definito al paragrafo 8, pari a 9,1 mln/€ nell'anno 2023 e 2024.

Le manovre prese in considerazione sono:

- a) La revisione delle politiche di acquisto e in modo particolare l'adesione alle nuove gare attive da parte delle aziende con la contestuale riduzione di prezzo dei farmaci;
- b) L'incentivazione, attraverso anche azioni di monitoraggio e controllo sull'utilizzo dei farmaci innovativi;
- c) L'utilizzo dei farmaci Biosimilari;
- d) Utilizzo dei farmaci innovativi per i quali esiste un fondo;
- e) Verifica della aderenza dei piani terapeutici.

L'obiettivo che si pone la regione è quello di ridurre l'incremento della spesa, passando ad una crescita annua dell'1,6% anziché del 3,4%.

Sono stati presi in considerazione i risparmi derivanti dall'utilizzo dei nuovi prezzi di acquisto che, solo per l'anno in corso, hanno determinato una diminuzione di costo di circa 3,5 mln/€rispetto all'anno 2020.

Analogamente nel programmatico sono previste incrementi associati all'aumento della produzione ospedaliera e ambulatoriale intra regionale ed extra regionale, quest'ultima determinata dalle azioni di recupero della mobilità passiva extra regione che determina: per l'anno 2022 un incremento netto (incremento -risparmio) di 6,7 mln/€, per l'anno 2023 un incremento netto di 12,1 mln/€, per l'anno 2024 un incremento netto di 28,8 mln/€ e per l'anno 2025 un incremento netto di circa 20 mln/€.

CE	Descrizione CE	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
B2.1	Prodotti Farmaceutici con AIC	469.735	481.369	504.621	502.435	6.492	11.177	27.375	18.031
B2.2	Prodotti Farmaceutici senza AIC	4.902	6.839	9.395	12.827	50	195	298	370
B2.3	Ossigeno e altri gas medicali	10.089	10.687	11.172	11.577	139	538	820	1.018
B2.4	Emoderivati	4.302	4.557	4.764	4.936	59	229	350	434
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	489.028	503.453	529.952	531.774	6.740	12.140	28.843	19.852

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Farmaceutica Convenzionata

A seguito delle azioni definite nel paragrafo 8.5, per quanto riguarda il settore della farmaceutica convenzionata, l'obiettivo del Dipartimento è quello di conseguire un risparmio negli anni 2023 e 2024 di circa 14,3 mln/€ al fine di garantire una contrazione ed un progressivo avvicinamento al tetto di spesa pari al 7,00% del FS.

CE	Descrizione CE	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
C2	Farmaceutica Convenzionata	282.063	270.729	270.729	267.729	-	11.334	11.334	14.334

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Farmaceutica Convenzionata

B3 - Beni E Servizi

TENDENZIALE

La voce "Beni e Servizi", nel triennio di riferimento 2019-2021 ha evidenziato complessivamente un incremento, passando da 597,1 mln/€ del 2019 a 620,3 mln/€ al IV trimestre 2021.

Per la costruzione del tendenziale, partendo dalle stime fatte sui dati del IV trimestre 2021, le proiezioni del consuntivo 2020 e l'impatto dell'incremento dei costi dell'energia si è provveduto a definire il programmatico 2022-2025. La definizione del tendenziale prende in considerazione a fini prudenziali per la parte dei dispositivi medici impiantabili attivi, per i dispositivi medici e i diagnostici in vitro il valore registrato a IV trimestre 2021. All'interno della voce "BA1530 Altri servizi sanitari da privato" è stato inserito nel triennio 2022-2024 anche la valorizzazione del costo della convenzione relativa alla collaborazione tra l'AOU Mater Domini e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù pari a circa 1,7 mln/€ annuo.

CE	Descrizione CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV Trim. 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
		A	B	C	D	E	F	G
B3.1a	Sangue ed emocomponenti	2.166	3.770	3.534	3.534	3.534	3.534	3.534
B3.1b	Dispositivi medici	110.830	114.260	106.655	106.655	106.655	106.655	106.655
B3.1c	Dispositivi medici impiantabili attivi	25.186	20.722	24.936	24.936	24.936	24.936	24.936
B3.1d	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	36.904	40.693	44.749	44.749	44.749	44.749	44.749
B3.1e	Altri beni sanitari	33.866	35.881	38.101	38.101	38.101	38.101	38.101
B3.1	Altri Beni Sanitari	208.952	215.326	217.975	217.975	217.975	217.975	217.975
B3.2	Beni Non Sanitari	7.999	7.520	7.831	8.159	8.322	8.489	8.658
B3.3a	Servizi Appalti	149.199	147.122	152.599	158.830	161.866	164.075	166.327
B3.3b	Servizi Utenze	32.653	34.429	36.300	46.814	48.444	49.412	50.401
B3.3c	Consulenze	4.511	4.151	8.186	8.548	8.599	8.771	8.946
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	33.189	25.372	34.311	32.796	33.475	34.145	34.827
B3.3e	Premi di assicurazione	35.690	33.959	34.329	36.284	37.010	37.750	38.505
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	86.457	85.514	90.351	92.086	95.736	97.616	97.799
B3.3g	Godimento Beni Di Terzi	38.447	39.170	38.423	39.044	39.825	40.621	41.434
B3.3	Servizi	380.146	369.717	394.498	414.403	424.954	432.390	438.239
B3	Altri Beni E Servizi	597.096	592.563	620.304	640.537	651.252	658.854	664.872

Tabella: Tendenziale 2022-2025-Beni e Servizi Dettaglio

PROGRAMMATICO

Per le azioni di contenimento si faccia riferimento ai paragrafi 8.8, relativamente ai Dispositivi medici e al capitolo 9.

Per i dispositivi medici, in linea con il vigente programma operativo, la Regione intende intensificare le procedure di monitoraggio e controllo sugli acquisti e le modalità di utilizzo, ed incentivare, attraverso la cooperazione delle aziende e le modifiche nelle modalità di definizione dei fabbisogni e l'omogeneizzazione delle categorie merceologiche al fine di usufruire delle possibili economie di scala.

Azioni specifiche sui Dispositivi Medici

Come definito nel par. 8.8. la Regione intende aggredire la spesa per dispositivi medici come una delle principali aree di risparmio e razionalizzazione per la spesa di beni e servizi. La definizione di aziende capofila ha lo scopo di rivedere la governance delle modalità operative di definizione dei fabbisogni di omogeneizzazione delle categorie merceologiche.

In generale, l'obiettivo che si è posta la regione, nell'ambito del prossimo biennio, è quello di raggiungere il tetto previsto del 4,4%.

Tuttavia, in ragione della necessità di garantire l'incremento della produzione ospedaliera, in linea con la necessità di recuperare la mobilità passiva extra regionale è previsto nel quadriennio un incremento del costo dei dispositivi medici, come rappresentato nella tabella sotto riportata.

CE	Descrizione CE	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
B3.1a	Sangue ed emocomponenti	3.584	3.730	3.832	3.832	50	196	298	
B3.1b	Dispositivi medici	108.177	112.556	115.650	114.813	1.522	5.901	8.995	8.159
B3.1c	Dispositivi medici impiantabili attivi	25.292	26.316	27.039	27.545	356	1.380	2.103	2.609
B3.1d	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	45.388	47.225	48.523	46.431	638	2.476	3.774	1.682
B3.1e	Altri beni sanitari	38.101	38.101	38.101	38.101	-	-	-	-
B3.1	Altri Beni Sanitari	220.541	227.928	233.145	230.722	2.566	9.953	15.170	12.747

Tabella: Programmatico 2022-2025- Altri Beni sanitari Dettaglio

Altri beni e servizi:

Le principali azioni previste nel capito 9 riguardano: da una parte l'attivazione di nuove gare e dall'altro dagli effetti che si verificano derivanti dalle gare attivate nel corso dell'anno 2021.

CE	Descrizione CE	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
B3.2	Beni Non Sanitari	8.159	8.322	8.489	8.658	-	-	-	-
B3.3a	Servizi Appalti	155.580	154.523	156.448	158.700	3.250	7.343	7.627	7.627
B3.3b	Servizi Utenze	46.814	48.444	49.412	50.401	-	-	-	-
B3.3c	Consulenze	8.548	8.599	8.771	8.946	-	-	-	-
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	32.796	33.475	34.145	34.827	-	-	-	-
B3.3e	Premi di assicurazione	36.284	37.010	37.750	38.505	-	-	-	-
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	92.086	95.736	97.616	97.799	-	-	-	-
B3.3g	Godimento Beni Di Terzi	39.044	39.825	40.621	41.434	-	-	-	-
B3.3	Servizi	411.153	417.611	424.763	430.611	3.250	7.343	7.627	7.627
B3	Altri Beni E Servizi	639.853	653.861	666.397	669.992	684	2.610	7.543	5.120

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Altri beni non sanitari e Servizi

L'effetto della attivazione delle gare in corso e l'applicazione delle gare in cantiere che sono in fase di esecuzione, oltre alle azioni previste di monitoraggio e di potenziamento della governance del sistema di approvvigionamento delle aziende sanitarie regionali, sarà quello di generare, a seguito delle manovre, un impatto sui Servizi pari a -3,2 mln/€ nel 2022, di -7,3 mln/€ nel 2023, -7,6 mln/€ nel 2024 e lo stesso valore nel 2025 per il quale non sono emersi elementi informativi che ne giustificano la variazione. Il minore impatto della manovra tra il 2023 e il 2025 tiene conto delle azioni di potenziamento delle reti ospedaliere e territoriali.

CE	Descrizione CE	Programmatico 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
B3.1	Altri Beni Sanitari	220.541	227.928	233.145	230.722	2.566	9.953	15.170	12.747
B3.2	Beni Non Sanitari	8.159	8.322	8.489	8.658	-	-	-	-
B3.3	Servizi	411.153	417.611	424.763	430.611	3.250	7.343	7.627	7.627
B3	Altri Beni E Servizi	639.853	653.861	666.397	669.992	684	2.610	7.543	5.120

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Riepilogo Altri Beni e Servizi

B4 - Ammortamenti E Costi CapitalizzatiTENDENZIALE e PROGRAMMATICO

Il Costo per Ammortamenti e Costi Capitalizzati per gli anni 2022-2025 è stato posto sostanzialmente in linea al dato del Consuntivo 2020 e pari a 5,2 mln/€.

B5 - AccantonamentiTENDENZIALE

Per gli accantonamenti rischi (voce BA2750 Altri accantonamenti per rischi), nella costruzione del tendenziale, si è tenuto conto nel quadriennio 2022-2025 dell'andamento degli accantonamenti effettuati a CE IV trimestre 2021, incrementati di circa 20 mln/€ nell'anno 2022 e di circa 15 mln/€ nel triennio 2023-2025, derivanti dai possibili impatti di futuri ricorsi giudiziari, a seguito della gestione del contenzioso e sia di una più puntuale valorizzazione dei fondi accantonati. Poiché nel tendenziale non sono state valorizzate le voci delle sopravvenienze passive, la valutazione del loro impatto, relativamente alla parte dei beni e servizi, è stata ricompresa nelle voci degli accantonamenti per un ulteriore impatto pari a 16 mln/€. Inoltre, si stima prudenzialmente l'accantonamento del Payback da sfondamento Ospedaliera pari a 43,8 mln/€ negli anni 2022-2024.

Per gli accantonamenti per interessi di mora, si stima nel tendenziale 2022-2025 un incremento degli stessi in relazione ai ritardi nei pagamenti, per un ammontare pari a circa 20 mln/€ ed un incremento di circa 10 mln/€ rispetto al 2021.

Per gli "Accantonamenti per Rinnovi contrattuali Dirigenza, Comparto e personale convenzionato" in attesa delle percentuali di incidenza dei rinnovi per le annualità 2022-2025, si è stimato, a partire dai rinnovi contrattuali dell'anno 2021, un ulteriore incremento per gli anni 2022-2025, con un impatto complessivo nell'anno 2025 di circa 136 mln/€.

Per gli accantonamenti delle quote inutilizzate è stato stimato un andamento analogo a quanto rappresentato nel CE IV trimestre 2021. Pertanto la voce "BA2780 B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato" riporta un valore di 33,5 mln/€ e la voce "BA2790 B.14.C.3) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati" riporta un valore di 4,3 mln/€ nel quadriennio.

La voce "altri accantonamenti riporta un valore pari al dato del CE IV trimestre 2021.

CE	Descrizione CE	C 2019	C 2020	IV TRIM 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
		A	B	C	D	E	F	G
B5.1	Accantonamenti Rischi	56.859	107.544	62.071	143.365	138.365	138.365	94.573
B5.2	Accantonamenti Sumai (+Tfr)	2.161	2.261	2.261	2.261	2.261	2.261	2.261
B5.3	Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali	23.006	17.116	58.283	77.710	97.138	116.566	135.993
B5.4	Accantonamenti Per Quote Inutilizzate	6.778	105.872	64.566	37.792	37.792	37.792	37.792
B5.5	Altri Accantonamenti	11.468	20.968	4.369	4.369	4.369	4.369	4.369
B5	Accantonamenti	100.271	253.761	191.550	265.498	279.925	299.353	274.988

Tabella: Tendenziale 2022-2025-Accantonamenti Dettaglio

PROGRAMMATICO

Il valore degli accantonamenti per rischi (B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi) prevede per gli anni 2022-2025 una stima in riduzione, rispettivamente di 7,1 mln/€ nel 2022, di 26,1 mln/€ nel 2023, 32 mln/€ nel 2024 e 23 mln/€ nel 2025, legata alla minore incidenza dell'impatto delle poste straordinarie, a seguito della ricognizione del contenzioso e del miglioramento nella gestione dello stesso. Analoga riduzione nel triennio 2023-2025, rispettivamente di 8 mln/€ nel 2023, 12 mln/€ nel 2024 e lo stesso valore nel 2025, si stima negli accantonamenti per interessi di mora, a seguito della definizione del debito pregresso e nel miglioramento nei tempi di pagamento.

Per i rinnovi contrattuali nel programmatico 2023-2025 sono stati considerati gli stessi valori previsti nel Tendenziale, riportando nel costo del personale eventuali incrementi per le nuove assunzioni.

La voce “BA2780 B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato” riporta una contrazione degli accantonamenti, derivanti dalle azioni di efficientamento nel processo di rendicontazione dei costi associati alle risorse vincolate, come meglio descritto nel precedente paragrafo relativo alle Entrate proprie, pari a – 7 mln/€ nell’anno 2022, - 14 mln/€ nell’anno 2023, – 21 mln/€ nell’anno 2024 e – 28 mln/€ nell’anno 2025.

La voce altri accantonamenti prevede negli anni 2022-2025 un incremento dell’accantonamento, riconducibile alle seguenti tipologie:

- anno 2022: incremento dell’accantonamento per fare fronte alla mancata realizzazione dell’avvio del recupero del saldo di mobilità pari a circa 160 mln/€, incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza e convenzione per trasporti sanitari pari a 14,8 mln/€, incremento per utilizzo delle risorse da destinare per l’abbattimento delle liste di attesa pari a 3,3 mln/€ e incremento ulteriori costi e poste straordinarie pari a circa 32,4 mln/€;
- anno 2023: incremento dell’accantonamento per fare fronte alla parziale realizzazione del recupero del saldo di mobilità e all’incremento dei costi pari a circa 1 mln/€, incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza pari a 14,8 mln/€;
- anno 2024: incremento dell’accantonamento per fare fronte alla parziale realizzazione del recupero del saldo di mobilità pari a circa 13 mln/€, incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza pari a 14,8 mln/€;
- anno 2025: incremento per potenziamento Servizio Emergenza Urgenza pari a 14,8 mln/€.

CE	Descrizione CE	PROG				Manovre			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
B5.1	Accantonamenti Rischi	136.246	104.222	94.402	59.573	7.119	34.143	43.963	35.000
B5.2	Accantonamenti Sumai (+Tfr)	2.261	2.261	2.261	2.261	-	-	-	-
B5.3	Accantonamenti Per Rinnovi Contrattuali	77.710	97.138	116.566	135.993	-	-	-	-
B5.4	Accantonamenti Per Quote Inutilizzate	30.792	23.792	16.792	9.792	7.000	14.000	21.000	28.000
B5.5	Altri Accantonamenti	214.844	20.144	32.144	19.144	210.475	15.775	27.775	14.775
B5	Accantonamenti	461.854	247.557	262.165	226.763	196.356	32.368	37.188	48.225

Tabella: Programmatico 2022-2025-Accantonamenti Dettaglio

C1 – Medicina di Base

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato mantenuto costante il valore rilevato a CE IV trimestre 2021 e pari a 258,3 mln/€.

PROGRAMMATICO

In linea con le azioni di potenziamento dell’assistenza primaria si stima un importo pari a 0,8 mln/€ per il 2023 e 1,6 mln/€ per il 2024 e il 2025 dove si è tenuto lo stesso valore dell’anno precedente in quanto non sono emersi ulteriori elementi informativi che ne giustifichino una rappresentazione diversa. Inoltre, in coerenza agli accordi intrapresi con i Medici del “118” si prevede un ulteriore incremento di 3,6 mln/€ in ogni anno del quadriennio considerato.

C.3 Prestazioni da Privato

C3.1 - Assistenza Ospedaliera Da Privato

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato inserito il valore programmato pari a 184 mln/€. Per il periodo 2022-2025 il valore del tetto dell'assistenza ospedaliera non comprende l'acquisto delle prestazioni di APA e PAC.

PROGRAMMATICO

Per l'anno 2022, è stato mantenuto invariato il valore del tetto rilevato nel tendenziale.

C3.2a - Specialistica Ambulatoriale Da Privato

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato inserito il valore programmato pari a 66 mln/€ per la specialistica ambulatoriale e il valore programmato pari a 13 mln/€ per le prestazioni di APA e PAC.

PROGRAMMATICO

Per gli anni 2022-2025, è stato confermato il valore del tendenziale.

C3.2b - Prestazioni Da Sumaisti

TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Nel quadriennio 2022 – 2025 è stato mantenuto costante il valore previsto nel piano di rientro vigente per il periodo 2019-2021 per l'anno 2021 e pari a 55,8 mln/€.

Rete Territoriale

C3.3 - Riabilitazione Extra-ospedaliera – C3.4c.1 Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato e C3.4c.4 Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022-2025 si è considerato di mantenere costante il dato del CE IV trimestre 2021, comprensivo del tetto previsto per le prestazioni territoriali.

CE	Descrizione CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV TRIM 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
		A	B	C	D	E	F	G
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	65.542	58.701	65.721	65.721	65.721	65.721	65.721
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	4.697	4.813	4.934	3.959	3.959	3.959	3.959
C3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	70.239	63.514	70.654	69.680	69.680	69.680	69.680
BA0920	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	198	-	-	-	-	-	-
BA0940	B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)	16.084	14.909	16.047	16.047	16.047	16.047	16.047
BA0950	B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	4.604	4.288	3.185	3.787	3.787	3.787	3.787
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semires. Da Privato	20.886	19.197	19.232	19.834	19.834	19.834	19.834
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	119	230	231	68	68	68	68
BA1161	B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) - Acquisto di Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a	-	-	-	-	-	-	-
BA1180	B.2.A.12.5) - da privato (intraregionale)	90.058	89.160	93.545	93.545	93.545	93.545	93.545
BA1190	B.2.A.12.6) - da privato (extraregionale)	3.472	3.321	1.589	1.895	1.895	1.895	1.895
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie Da Privato	93.649	92.711	95.366	95.509	95.509	95.509	95.509
	Totale prestazione assistenza territoriale	184.774	175.423	185.252	185.022	185.022	185.022	185.022
	Totale per prestazioni soggette a tetto	171.684	162.771	175.313	175.313	175.313	175.313	175.313
	Totale prestazioni extraregionali	13.090	12.653	9.939	9.709	9.709	9.709	9.709

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Prestazioni assistenza territoriale

PROGRAMMATICO

Nel quadriennio 2022-2025 si è considerato un incremento del tetto delle prestazioni territoriali in linea con lo sviluppo del territorio. Nello specifico il valore del tetto delle prestazioni territoriali, nel quadriennio è 200.785 mln/€.

CE	Descrizione CE	PROG 2022	PROG 2023	PROG 2024	PROG 2025	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	75.269	75.269	75.269	75.269	9.549	9.549	9.549	9.549
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	3.959	3.959	3.959	3.959	-	-	-	-
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	79.229	79.229	79.229	79.229	9.549	9.549	9.549	9.549
BA0920	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0940	B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)	18.379	18.379	18.379	18.379	2.332	2.332	2.332	2.332
BA0950	B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	3.787	3.787	3.787	3.787	-	-	-	-
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	22.166	22.166	22.166	22.166	2.332	2.332	2.332	2.332
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	68	68	68	68	-	-	-	-
BA1161	B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) - Acquisto di Altre prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1180	B.2.A.12.5) - da privato (intraregionale)	107.137	107.137	107.137	107.137	13.592	13.592	13.592	13.592
BA1190	B.2.A.12.6) - da privato (extraregionale)	1.895	1.895	1.895	1.895	-	-	-	-
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	109.100	109.100	109.100	109.100	13.592	13.592	13.592	13.592
TOTALE		210.494	210.494	210.494	210.494	25.472	25.472	25.472	25.472
	VALORE TOTALE (BA0680+BA0940+BA1180)	200.785	200.785	200.785	200.785	25.472	25.472	25.472	25.472
	Valore per mobilità extra regione	9.709	9.709	9.709	-	-	-	-	-

Tabella: Programmatico 2022-2025- Prestazioni assistenza territoriale

C3.4a Trasporti sanitari da privato da Privato

TENDENZIALE

Per il quadriennio 2022-2025 sulla base delle evidenze del IV trimestre 2021 e all'andamento pre-pandemia il valore dei trasporti sanitari viene stimato per un importo pari a 20 mln/€.

PROGRAMMATICO

La Regione, per potenziare l'emergenza urgenza, prevede di attivare le convenzioni con i privati con un incremento della spesa tendenziale di 12 mln/€ e un conseguente valore stimato per il quadriennio 2022-2025 di 32 mln/€.

C3.4b Assistenza Integrativa E Protesica Da Privato

TENDENZIALE

Per il quadriennio 2022-2025 sulla base delle evidenze del IV trimestre 2021 e all'andamento pre-pandemia il valore dell'assistenza integrativa e protesica viene stimato per un importo pari a 101,3 mln/€.

PROGRAMMATICO

La Regione, per allineare la spesa per assistenza Integrativa e protesica, viste le azioni sugli acquisti, prevede una riduzione della spesa tendenziale di 5,5 mln/€ (ausili per incontinenti) con un conseguente valore stimato per l'anno 2023, 2024 e 2025 di 95,8 mln/€.

Riepilogo tendenziale e manovre Sulle prestazioni da Privato

CE	Descrizione CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV Trim. 2021	Tendenziale 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
		A	B	C	D	E	F	G
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	186.163	150.080	160.673	186.079	186.079	186.079	186.079
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	62.977	61.815	65.439	79.172	79.172	79.172	79.172
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	54.853	52.698	53.579	55.815	55.815	55.815	55.815
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	117.829	114.513	119.017	134.988	134.988	134.988	134.988
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	70.239	63.514	70.654	69.680	69.680	69.680	69.680
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	20.657	19.906	20.003	20.003	20.003	20.003	20.003
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	102.172	101.189	101.260	101.258	101.258	101.258	101.258
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	20.886	19.197	19.232	19.834	19.834	19.834	19.834
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	16.416	17.245	17.447	17.285	17.285	17.285	17.285
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	4.974	1.391	1.083	5.300	5.300	5.300	5.300
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	93.649	92.711	95.366	95.509	95.509	95.509	95.509
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	135.926	130.544	133.127	137.927	137.927	137.927	137.927
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	258.754	251.639	254.390	259.188	259.188	259.188	259.188
C3	Prestazioni da Privato	632.985	579.746	604.734	649.934	649.934	649.934	649.934

Tabella: Tendenziale 2022-2025- Prestazioni da Privato

CE	Descrizione CE	Programmatico	Programmatico	Programmatico	Programmatico	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		2022	2023	2024	2025	H-D	I-E	L-F	M-G
		H	I	L	M				
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	184.010	184.010	184.010	184.010	-	-	-	-
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	81.241	81.241	81.241	81.241	-	-	-	-
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	55.815	55.815	55.815	55.815	-	-	-	-
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	137.056	137.056	137.056	137.056	-	-	-	-
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	79.229	79.229	79.229	79.229	9.549	9.549	9.549	9.549
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	32.003	32.003	32.003	32.003	12.000	12.000	12.000	12.000
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	101.258	95.727	95.727	95.727	-	5.531	5.531	5.531
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	22.166	22.166	22.166	22.166	2.332	2.332	2.332	2.332
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	17.285	17.285	17.285	17.285	-	-	-	-
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	5.300	5.300	5.300	5.300	-	-	-	-
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	109.100	109.100	109.100	109.100	13.592	13.592	13.592	13.592
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	153.851	153.851	153.851	153.851	15.923	15.923	15.923	15.923
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	287.111	281.580	281.580	281.580	27.923	22.392	22.392	22.392
C3	Prestazioni da Privato	687.406	681.875	681.875	681.875	37.472	31.941	31.941	31.941

Tabella: Programmatico e Manovre 2022-2025- Prestazioni da Privato

F Totale componenti Finanziarie e Straordinarie

F2 - Saldo Gestione Finanziaria

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022-2025 si riporta il dato rilevato a CE IV trimestre 2021 e pari a 20,1 mln/€.

CE	Descrizione CE	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	IV Trim. 2021	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale	Tendenziale
		A	B	C	2022	2023	2024	2025
					D	E	F	G
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	(62.736)	(20.971)	(2.742)	(70)	(70)	(70)	(70)
F2	Saldo Gestione Finanziaria	(59.938)	(30.107)	(20.114)	(20.114)	(20.114)	(20.114)	(20.114)
F3	Oneri Fiscali	87.109	85.619	79.901	79.065	79.065	79.065	79.065
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(5.494)	(51.044)	2.924	-	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	- 215.277	- 187.741	- 99.833	- 99.249	- 99.249	- 99.249	- 99.249

Tabella: Tendenziale 2022-2025 - Componenti Finanziari e Straordinari

PROGRAMMATICO

Come già evidenziato nei precedenti PO elemento di forte criticità nelle componenti finanziarie è determinato dalla situazione debitoria pregressa al 31/12/2020 ancora non definita nel suo ammontare complessivo e dalla presenza del contenzioso presso le singole aziende del SSR, che ha determinato un impatto sui disavanzi annuali, con riferimento agli interessi passivi e spese legali rilevate nei conti economici.

Il paragrafo 4. "DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO" descrive gli interventi proposti al fine di affrontare con una procedura straordinaria e risolvere le criticità riscontrate all'interno delle aziende sanitarie

In ogni caso si è previsto un risparmio sulla voce relativa agli interessi passivi e oneri finanziari pari a un minor costo rispetto al tendenziale di 5,8 mln/€ nell'anno 2023, di 11,5 mln/€ nell'anno 2024 e di 12,5 mln/€ nell'anno 2025.

CE	Descrizione CE	Programmatico	Programmatico	Programmatico	Programmatico	Manovre 2022	Manovre 2023	Manovre 2024	Manovre 2025
		2022	2023	2024	2025				
		H	I	L	M	H-D	I-E	L-F	M-G
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	(70)	(70)	(70)	(70)	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	(20.114)	(14.364)	(8.614)	(7.614)	-	5.750	11.500	12.500
F3	Oneri Fiscali	80.002	80.813	82.572	85.414	937	1.749	3.508	6.349
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	- 100.186	- 95.248	- 91.257	- 93.098	- 937	4.001	7.992	6.151

F3 - Oneri Fiscali

TENDENZIALE

Nel quadriennio 2022 – 2025 l'impatto degli oneri fiscali è sostanzialmente mantenuto costante e pari al valore del IV trimestre 2021.

PROGRAMMATICO

Gli oneri fiscali aumentano in proporzione all'incremento dell'IRAP.

F4 – Saldo Gestione Straordinaria

TENDENZIALE e PROGRAMMATICO

Le voci afferenti alla gestione straordinaria non risultano valorizzate nel tendenziale e nel Programmatico, in ragione della natura straordinaria dei costi e ricavi. L'impatto delle poste straordinarie è assorbito nella rappresentazione dei costi e prudenzialmente nella voce degli "Altri accantonamenti".