Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 352/12
di iniziativa del Consigliere P. STRAFACE,S. MANNARINO,P. RASO recante: "Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e per l''attuazione della Rete reumatologica regionale"
relatore: P. STRAFACE;

DATI DELL'ITER	
NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	23/01/2025
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	23/01/2025
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	II Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 25/02/2025

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 352/XII pag. 3

"Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e per l'attuazione della Rete reumatologica regionale"

Normativa citata

Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (artt. 4 e 17) pag. 12

"Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106."

Normativa regionale

DCA n. 119 del 14.09. 2017 pag. 16

"Rete Reumatologica Integrata Ospedale-Territorio Hub/Spoke"

DCA n.162 del 18.11.2022 pag. 53

"Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i."

DCA n.162 del 18.11.2022 - (Allegato A) pag. 57

"PROGRAMMA OPERATIVO 2022-2025"

DCA n. 40 del 25.01.2023 (mod. e int. al DCA 162 del 18.11.2022) pag. 350

"Modifica/integrazione DCA 162 del 18 novembre 2022 Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i."

DCA n. 47 del 09.03.2023 pag. 357

"Modifica ed integrazione DCA n. 119 del 14/09/2017 – Variazione Componenti Gruppo Tecnico di Lavoro per la rete Reumatologica Integrata Ospedale- Territorio Hub/Spoke."

DCA n. 53 del 23.02.2024 pag. 362

"Rete Reumatologica Integrata Territorio-Ospedale - Aggiornamento"

DCA n. 53 del 23.02.2024 - (Allegato I) pag. 367

"RETE REUMATOLOGICA REGIONE CALABRIA"

Proposta di Legge recante:

" Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e per l'attuazione della Rete reumatologica regionale "

I Consiglieri regionali

F.to Pasqualina Straface
F.to Sabrina Mannarino
F.to Pietro Raso

Proposta di Legge recante:

" Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e per l'attuazione della Rete reumatologica regionale "

RELAZIONE DESCRITTIVA

Contesto e motivazioni della proposta di Legge

Le malattie reumatologiche rappresentano un insieme di patologie croniche che interessano le articolazioni, i muscoli e i tessuti connettivi del corpo umano, ma che, a differenza di altre patologie, non ricevono sempre la giusta attenzione sia a livello medico che sociale. Artrite reumatoide, spondilite anchilosante, lupus, psoriasi articolare e fibromialgia sono solo alcune delle condizioni che colpiscono milioni di persone in Italia e, in particolare, in Calabria. Queste malattie sono spesso caratterizzate da un esordio lento ma progressivo, che le rende difficili da diagnosticare precocemente. I pazienti, se non correttamente seguiti, possono andare incontro a disabilità, con un impatto negativo sulla qualità della vita e sulla capacità lavorativa.

Secondo le stime, le malattie reumatologiche interessano una parte significativa della popolazione, con un forte incremento tra la popolazione anziana, ma anche in età giovane. In Calabria, queste patologie sono in forte crescita, a causa di fattori genetici, ambientali e stili di vita poco sani, e necessitano di un approccio integrato, che garantisca diagnosi tempestive, trattamenti adeguati e una gestione globale delle persone affette.

La proposta di Legge nasce dall'esigenza di dare una risposta concreta alle difficoltà che i pazienti affetti da malattie reumatologiche affrontano quotidianamente. La Regione Calabria, purtroppo, si trova ad affrontare alcune difficoltà ataviche nell'ottimizzazione dell'accesso alle cure sanitarie, in particolare nelle aree più periferiche e rurali. Sebbene siano stati fatti significativi progressi, i pazienti affetti da malattie reumatologiche possono incontrare sfide legate a tempi di attesa per diagnosi e trattamenti specialistici. Inoltre, la necessità di un maggiore coordinamento delle iniziative destinate a queste patologie e la varietà dei servizi disponibili sul territorio potrebbero rendere più complessa una gestione armoniosa e integrata della cura dei pazienti.

La proposta di Legge nasce per risolvere queste criticità e per garantire una risposta più efficace e tempestiva.

Un sistema integrato di ambulatori e una rete di coordinamento e supporto, che assicuri ai cittadini l'accesso a cure di qualità in tempi rapidi. Allo stesso tempo, si vuole promuovere la cultura della prevenzione e sensibilizzare la popolazione sulle patologie reumatologiche attraverso una serie di iniziative di informazione e sensibilizzazione, tra cui la Giornata regionale per la lotta alle malattie reumatologiche, che contribuirà a far crescere la consapevolezza sull'importanza della diagnosi precoce e del trattamento tempestivo.

Obiettivi della proposta di Legge

La presente proposta di legge si articola su più fronti, con l'obiettivo di:

- riconoscere la rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e promuovere un cambiamento culturale in grado di sensibilizzare sia la popolazione che le istituzioni sull'impatto di queste malattie sulla vita delle persone;
- garantire un approccio integrato e multidisciplinare nella cura dei pazienti, attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati e l'attuazione di una rete reumatologica regionale di strutture sanitarie altamente specializzate, distribuite in modo omogeneo su tutto il territorio regionale;
- migliorare l'accesso alle cure, promuovendo soluzioni innovative come la telemedicina;
- promuovere la formazione del personale sanitario, con l'obiettivo di aggiornare le competenze dei medici, infermieri e operatori sanitari, migliorando la qualità del trattamento delle malattie reumatologiche;
- valorizzare il contributo degli ETS, operanti nell'ambito delle malattie reumatologiche e che, avvalendosi di volontari, spesso sono a stretto contatto con i pazienti supportando la loro vita quotidiana e offrendo un aiuto psicologico e pratico.

Impatti attesi

L'adozione di questa legge avrà un impatto diretto ed immediato sia sul piano sanitario che sociale:

- miglioramento dell'accesso alle cure: la creazione di una rete di ambulatori reumatologici contribuirà a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai trattamenti e a garantire che ogni paziente possa ricevere cure tempestive e personalizzate, indipendentemente dalla propria zona di residenza;
- miglioramento della qualità della vita dei pazienti: con diagnosi tempestive, trattamenti più mirati e una gestione più accurata, si prevede un miglioramento significativo della qualità della vita dei pazienti, riducendo il rischio di disabilità e aumentando la loro capacità di partecipare attivamente alla vita sociale e lavorativa;
- sensibilizzazione della popolazione: le campagne di sensibilizzazione e la istituzione della Giornata regionale per la lotta alle malattie reumatologiche contribuiranno ad aumentare la consapevolezza della popolazione sull'importanza della diagnosi precoce e dell'adozione di stili di vita sani, prevenendo l'insorgenza o il peggioramento delle patologie;
- sviluppo della ricerca e innovazione: l'implementazione del registro regionale delle patologie reumatiche consentirà di raccogliere dati utili per la ricerca scientifica e per il monitoraggio delle politiche sanitarie, favorendo lo sviluppo di terapie innovative e la valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari.

La proposta di legge si integra perfettamente con le politiche sanitarie regionali e nazionali, in particolare con quelle relative alla prevenzione e alla cura delle malattie croniche e invalidanti. Si allinea inoltre con le linee guida nazionali sulla gestione delle malattie reumatologiche e contribuisce ad attuare gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in ambito sanitario, rafforzando la rete di assistenza territoriale e migliorando l'accesso alle cure in tutto il Paese.

Conclusioni

La proposta di legge regionale per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e per l'attuazione della Rete Reumatologica regionale rappresenta una risposta concreta e strategica alle necessità della popolazione calabrese. Essa mira a creare un sistema sanitario più equo, inclusivo e efficiente, che possa garantire cure tempestive e di alta qualità a tutti i pazienti, con particolare attenzione alle aree più svantaggiate della nostra regione.

La legge rappresenta un passo avanti nella costruzione di un sistema sanitario che, oltre a rispondere alle esigenze di cura, sia capace di promuovere una vera e propria cultura della salute, fondata sulla consapevolezza, sulla prevenzione e sull'accessibilità per tutti.

La proposta si compone di 10 articoli, come di seguito descritti:

- l'art. 1 prevede le finalità della legge;
- l'art. 2 prevede l' istituzione di ambulatori multidisciplinari;
- l'art. 3 prevede la attuazione della Rete reumatologica regionale;
- l'art. 4 prevede il riconoscimento degli ETS operanti nell'ambito delle malattie reumatologiche e che, avvalendosi di volontari di cui all'articolo 17 del medesimo Codice del Terzo settore, possono fornire supporto e informazioni ai pazienti e alle loro famiglie;
- l'art. 5 prevede il monitoraggio e la ricerca sulle malattie reumatologiche;
- l'art. 6 prevede la promozione della formazione specifica;
- l'art. 7 prevede l'istituzione della giornata regionale per la lotta alle malattie reumatologiche;
- l'art. 8 prevede campagne di sensibilizzazione e prevenzione;
- l'art. 9 prevede la clausola di invarianza finanziaria;
- l'art. 10 dispone l'entrata in vigore anticipata della legge rispetto al termine ordinario di 15 giorni (*vacatio legis*), considerata l'urgenza sanitaria di rispondere alle gravi esigenze sociali ed economiche sopra descritte e di garantire tempestivamente l'attivazione di reti di equità nell'accesso alle prestazioni.

Relazione finanziaria

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo della Legge: **" Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e per l'attuazione della Rete reumatologica regionale ".**

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale A o P	Importo
Art. 1	Norma a carattere ordinamentale che indica le finalità della legge.			0
Art. 2	Norma a carattere ordinamentale che prevede l'istituzione di ambulatori multidisciplinari.			0
Art. 3	Norma a carattere ordinamentale che promuove la attuazione della Rete reumatologica regionale.			
Art. 4	Norma a carattere ordinamentale che prevede il riconoscimento degli ETS che si occupano della materia.			0
Art. 5	Norma a carattere ordinamentale che prevede il monitoraggio e la ricerca sulle malattie reumatologiche.			0
Art.6	Norma a carattere ordinamentale che prevede la promozione della formazione specifica			0
Art. 7	Norma a carattere ordinamentale che prevede l'istituzione della giornata regionale per la lotta alle malattie reumatologiche.			
Art. 8	Norma a carattere ordinamentale che prevede campagne di sensibilizzazione e prevenzione.			0

Art. 9	Prevede la clausola di invarianza finanziaria.			0
Art. 10	Dispone l'urgenza della legge, anticipandone l'entrata in vigore rispetto al termine ordinario di 15 giorni decorrenti dalla pubblicazione della stessa sul BURC telematico.			0

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

Tab. 2 - Copertura finanziaria:

Programma / capitolo	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Totale
Totale	//	//	//	//

Proposta di Legge recante

" Disposizioni per il riconoscimento della rilevanza sociale delle malattie reumatiche e per l'attuazione della Rete reumatologica regionale "

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione Calabria riconosce la rilevanza sociale delle malattie reumatologiche e promuove l'attuazione della Rete reumatologica regionale al fine di garantire una diagnosi precoce, un trattamento adeguato e un supporto continuo ai pazienti affetti da tali patologie.

Art. 2

(Ambulatori multidisciplinari)

1. La Regione promuove l'istituzione, a livello ospedaliero e territoriale, di ambulatori multidisciplinari dedicati alle malattie reumatologiche, con la collaborazione di figure specialistiche per il trattamento e la gestione integrata dei pazienti.

2. Gli ambulatori multidisciplinari di cui al comma 1 possono essere supportati dall'attività di enti del Terzo settore (ETS), di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore), operanti nell'ambito delle malattie reumatologiche e che, avvalendosi di volontari di cui all'articolo 17 del medesimo Codice del Terzo settore, possono fornire supporto e informazioni ai pazienti e alle loro famiglie.

Art. 3

(Rete reumatologica regionale)

1. La Regione, al fine di garantire equità di accesso alle prestazioni sanitarie, migliorare la qualità della vita e prevenire le disabilità ai pazienti affetti da malattie reumatologiche, promuove la distribuzione omogenea sul territorio regionale dei relativi servizi specialistici.
2. Per perseguire le finalità di cui al comma 1, la Regione, senza nuovi oneri a carico del bilancio regionale e avvalendosi delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, promuove l'attuazione della Rete reumatologica regionale. La Rete si pone l'obiettivo di integrare e coordinare le strutture ospedaliere e territoriali esistenti, sviluppare e attuare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), assicurando il coinvolgimento di figure specialistiche adeguatamente distribuite su tutto il territorio regionale.
3. La Regione promuove l'adozione di soluzioni di telemedicina per garantire consulti specialistici a distanza, facilitare il monitoraggio dei pazienti e migliorare l'accessibilità alle cure nei territori meno serviti.

Art. 4

(Riconoscimento degli ETS che si avvalgono di volontari per i pazienti affetti da malattie reumatologiche)

1. La Regione riconosce e valorizza il contributo degli ETS di cui all'articolo 2, comma 2, che si avvalgono dell'apporto di volontari per le persone affette da malattie reumatologiche, promuovendo la diffusione delle loro attività finalizzate al supporto dei pazienti e delle loro famiglie.

Art. 5

(Monitoraggio e ricerca sulle malattie reumatologiche)

1. La Regione promuove l'implementazione e l'aggiornamento continuo del Registro regionale delle patologie reumatologiche, favorendo l'integrazione dei dati clinici con informazioni relative agli esiti a lungo termine delle cure.
2. I dati raccolti nel registro di cui al comma 1 sono utilizzati per:
a) realizzare e promuovere studi clinici e farmacologici;
b) monitorare l'incidenza e prevalenza delle malattie reumatologiche nella popolazione a livello regionale;
c) supportare la ricerca scientifica e lo sviluppo di terapie innovative;
d) valutare l'efficacia del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) e delle politiche sanitarie regionali specifiche;
e) aggiornare le linee guida relative ai trattamenti medico-sanitari più efficaci.

Art. 6
(Promozione della formazione specialistica)

1. La Regione promuove il potenziamento dei programmi di formazione e aggiornamento specialistico del personale medico e sanitario al fine di migliorare le competenze nella diagnosi precoce e nel trattamento delle malattie reumatologiche.
2. La formazione specialistica di cui al comma 1 è demandata ai centri di formazione strutturati nel contesto del Servizio sanitario regionale al fine di assicurare un livello uniforme e qualificato di competenze.

Art. 7
(Giornata regionale per la lotta alle malattie reumatologiche)

1. La Regione istituisce, senza nuovi o maggiori oneri a carico del proprio bilancio e con la collaborazione degli ETS di cui all'articolo 4, la Giornata regionale per la lotta alle malattie reumatologiche, da celebrarsi annualmente il 12 ottobre, in concomitanza della Giornata Mondiale delle Malattie Reumatologiche (World Arthritis Day - WAD), con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione e le istituzioni sulla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento di tali patologie.

Art. 8
(Campagne di sensibilizzazione e prevenzione)

1. La Regione promuove, senza nuovi oneri a carico del bilancio regionale e avvalendosi delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, iniziative di sensibilizzazione e informazione rivolte alla cittadinanza sulle malattie reumatologiche.
2. Le campagne di sensibilizzazione, da realizzarsi a livello regionale, riguardano, in particolare:
a) l'importanza della diagnosi precoce delle malattie reumatologiche;
b) la promozione di stili di vita sani e preventivi in grado di ridurre il rischio di insorgenza di tali patologie;
c) la corretta gestione delle malattie reumatologiche, per migliorare la qualità della vita dei pazienti.
3. Le azioni informative, veicolate, senza nuovi oneri a carico del bilancio regionale, attraverso i canali di comunicazione digitali istituzionali, tra cui siti web, social media e applicazioni, sono rivolte a educare il pubblico sulla varietà di malattie reumatologiche, incluse quelle rare, con particolare attenzione ai segni e sintomi precoci.
4. La Regione promuove, altresì, eventi pubblici e collaborazioni con scuole, università e ETS per favorire una cultura di consapevolezza e supporto verso le persone affette da patologie reumatologiche.
5. Le iniziative di sensibilizzazione e informazione sono attuate con il coinvolgimento degli ETS di cui all'articolo 2 e di pazienti e la collaborazione di esperti del settore, e sono monitorate annualmente per valutarne l'efficacia e adattarne le attività.

Art. 9
(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
2. Agli adempimenti disposti dalla presente legge si provvede con le risorse umane, finanziarie e strumentali già previste e disponibili a legislazione vigente, anche attraverso il coinvolgimento attivo degli ETS di cui all'articolo 4.

Art. 10
(Entrata in vigore)

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

F.to Pasqualina Straface
F.to Sabrina Mannarino
F.to Pietro Raso

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

DECRETO LEGISLATIVO 3 luglio 2017 , n. 117

Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.

(17G00128)

Vigente al : 24-1-2025

Titolo II

DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE IN GENERALE

Art. 4

Enti del Terzo settore

1. Sono enti del Terzo settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore.

2. Non sono enti del Terzo settore le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche, le associazioni di datori di lavoro, nonché gli enti sottoposti a direzione e coordinamento o controllati dai suddetti enti, ad esclusione dei soggetti operanti nel settore della protezione civile alla cui disciplina si provvede ai sensi dell'articolo 32, comma 4. Sono esclusi dall'ambito di applicazione del presente comma i corpi volontari dei vigili del fuoco delle Province autonome di Trento e di Bolzano e della Regione autonoma della Valle d'Aosta. Sono altresì escluse dall'ambito di applicazione del presente comma le associazioni o fondazioni di diritto privato ex Ipab derivanti dai processi di trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza o beneficenza, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 16 febbraio 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 23 febbraio 1990, e del decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, in quanto la nomina da parte della pubblica amministrazione degli amministratori di tali enti si configura come mera designazione, intesa come espressione della rappresentanza della cittadinanza, e non si configura quindi mandato fiduciario con rappresentanza, sicchè è sempre esclusa qualsiasi forma di controllo da parte di quest'ultima.

3. Agli enti religiosi civilmente riconosciuti **((e alle fabbricerie di cui all'articolo 72 della legge 20 maggio 1985, n. 222,))** le norme del presente decreto si applicano limitatamente allo svolgimento delle attività di cui all'articolo 5, nonché delle eventuali attività diverse di cui all'articolo 6 a condizione che per tali attività adottino un regolamento, in forma di atto pubblico o scrittura privata autenticata, che, ove non diversamente previsto ed in ogni caso nel rispetto della struttura e della finalità di tali enti, recepisca le norme del presente Codice e sia depositato nel Registro unico nazionale del Terzo settore. Per lo svolgimento di tali attività deve essere costituito un patrimonio destinato e devono essere tenute separatamente le scritture contabili di cui all'articolo 13. I beni che compongono il patrimonio destinato sono indicati nel regolamento, anche con atto distinto ad esso allegato.
Per le obbligazioni contratte in relazione alle attività di cui agli articoli 5 e 6, gli enti religiosi civilmente riconosciuti **((e le fabbricerie di cui all'articolo 72 della legge n. 222 del 1985))** rispondono nei limiti del patrimonio destinato. Gli altri creditori dell'ente religioso civilmente riconosciuto **((o della fabbriceria))** non possono far valere alcun diritto sul patrimonio destinato allo svolgimento delle

attività di cui ai citati articoli 5 e 6.

Titolo III

DEL VOLONTARIO E DELL'ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO

Art. 17

Volontario e attività di volontariato

1. Gli enti del Terzo settore possono avvalersi di volontari nello svolgimento delle proprie attività e sono tenuti a iscrivere in un apposito registro i volontari che svolgono la loro attività in modo non occasionale.

2. Il volontario è una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà.

3. L'attività del volontario non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario. Al volontario possono essere rimborsate dall'ente del Terzo settore tramite il quale svolge l'attività soltanto le spese effettivamente sostenute e documentate per l'attività prestata, entro limiti massimi e alle condizioni preventivamente stabilite dall'ente medesimo. Sono in ogni caso vietati rimborsi spese di tipo forfetario.

4. Ai fini di cui al comma 3, le spese sostenute dal volontario possono essere rimborsate anche a

fronte di una autocertificazione resa ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, purché non superino l'importo di 10 euro giornalieri e 150 euro mensili e l'organo sociale competente deliberi sulle tipologie di spese e le attività di volontariato per le quali è ammessa questa modalità di rimborso. La disposizione di cui al presente comma non si applica alle attività di volontariato aventi ad oggetto la donazione di sangue e di organi.

5. La qualità di volontario è incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di lavoro retribuito con l'ente di cui il volontario è socio o associato o tramite il quale svolge la propria attività volontaria. **((Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano agli operatori che prestano attività di soccorso per le organizzazioni di cui all'articolo 76 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, della Provincia autonoma di Bolzano e di cui all'articolo 55-bis della legge provinciale 19 luglio 1990, n. 23, della Provincia autonoma di Trento.))**

6. Ai fini del presente Codice non si considera volontario l'associato che occasionalmente coadiuvi gli organi sociali nello svolgimento delle loro funzioni.

((

6-bis. I lavoratori subordinati che intendano svolgere attività di volontariato in un ente del Terzo settore hanno diritto di usufruire delle forme di flessibilità di orario di lavoro o delle turnazioni previste dai contratti o dagli accordi collettivi, compatibilmente con l'organizzazione aziendale.

))

7. Le disposizioni di cui al presente titolo non si applicano agli operatori volontari del servizio civile universale, al personale impiegato all'estero a titolo volontario nelle attività di cooperazione internazionale allo sviluppo, nonché agli operatori che prestano le attività di cui alla legge 21 marzo 2001, n. 74

REGIONE
CALABRIA

REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 139 **del** 12.09.2017

Registro proposte del Dipartimento tutela della Salute.

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 119 **del** 14/09/**2017**

OGGETTO: Rete Reumatologica Integrata Ospedale-Territorio Hub/Spoke

IL R.U.P del Settore 11

[redacted]

Il Dirigente Generale

[redacted]

Pubblicato sul Bollettino
Calabria n. _____ del _____

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 119 **del** 14/09/2017

OGGETTO: Rete Reumatologica Integrata Territorio-Ospedale Hub Spoke

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;
VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;
VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;
VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente pro tempore della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;
RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;
RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri — su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
VISTO l'articolo 2,comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale pre-vigente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.
VISTO gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del

[redacted] 2

26 luglio e del 23 novembre 2016 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2016-2018

VISTO il DCA n. 119 del 4/11/2016 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2016- 2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

VISTO il Patto per la salute 2014-2015 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;
VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario ad acta per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;
VISTA la nota prot. ri.2981LICL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze' ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
RILEVATO che con la suddetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi Operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli 'essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e Utilità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:
1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di Cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto • specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8) definizione dei contratti con gli erogatoti privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies> comma 2- quìnquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge a 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;

[redacted] 3

9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di' ostacolo alla piena attuazione del piano di Tienilo e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO che la Regione Calabria nella formulazione del programma operativo 2016-2018 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012, n.. 135), ha previsto nel programma 2.1.1"Riorganizzazione delle Reti Assistenziali per intensità di cure", la definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse che prevedano l'integrazione ospedale/territorio;

CONSIDERATO che oltre al miglioramento dell'assistenza nei confronti delle persone con malattia reumatologica, la realizzazione di un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno multicentrico, mirato a valorizzare sia la rete specialistica Reumatologica, che tutti gli attori dell'assistenza primaria, permette di rendere più efficienti i servizi di prevenzione e assistenza , promuovendo la riduzione del peso della malattia sulla singola persona e sul contesto familiare e sociale;

TENUTO CONTO che per dare attuazione al Piano sulla malattia Reumatologica è stato istituito un gruppo tecnico di lavoro, costituito, da specialisti ospedalieri e territoriali di tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, dal delegato regionale per la Società Italiana di Reumatologia, da tre rappresentanti delle associazioni dei pazienti, così come esplicitato nell'Allegato 1 del presente DCA, così di seguito composto:

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale della Rete Reumatologica Calabrese è composto da due Dirigenti del Settore n.11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, dai rappresenti la società scientifica di reumatologia e le associazioni dei pazienti, così come di seguito indicato:

Dott. Sergio Petrillo - Dirigente Medico – R.U.P. Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott.ssa. Maria Antonietta Iorfida - Dirigente Biologo Settore11 Dipartimento Tutela della Salute Componenti ;

Dott. ssa Roberta Pellegrini Hub CS(Referente d'Area)

Dott. Giuseppe Muccari Hub AO Pugliese Ciaccio di CZ

[redacted] 4

Prof. Saverio Naty	A.O.U.MD CZ(Referente d'Area)
Dott. Maurizio Caminiti	Hub, RC(Referente d'Area)
Dott. Marcello D'Amico	Spoke Cetraro-Paola
Dott. Giuseppe Varcasia	Spoke Castrovillari
Dott. Carmela Palopoli	Spoke Crotone
Dott. Massimo L'Andolina	Spoke VV, OG Tropea
Dott. Nicola Congiusta	Spoke, Locri
Dott. Pietro Gigliotti	ASP CS
Dott. Domenico Olivo	ASP KR

Prof.ssa Rosa Daniela Grembiale Delegato Reg.le Società Italiana Reumatologia (SIR)

Rappresentanti Associazioni Pazienti

Dott. Rosario Pugliano	ACALMAR
Sig.ra Antonella Celano, Ing. Gioconda Durante	APMAR

CONSIDERATO che l'attività svolta dal gruppo di lavoro ha prodotto i seguenti documenti:

1. " Rete Reumatologica integrata ospedale e territorio Hub e Spoke " (Allegato1)
2. " Diagrammi del flusso operativo per il paziente con sospetta malattia reumatica e del flusso per il paziente con malattia reumatica accertata", entrambi da ridefinire con successivo atto, per singola patologia, attraverso specifico PDTAR, da redigere a cura del costituendo Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria (Allegato 2) ;

RITENUTO che, al fine di favorire l'analisi e la soluzione collegiale dei problemi, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la formazione comune, l' omogeneità, la condivisione e l'uniformità dei percorsi di cura su tutto il territorio, la Regione Calabria intende istituire la Rete Territoriale Reumatologica così da procedere alla organizzazione della stessa anche al fine di attivare specifici PDTAR per ogni patologia reumatica ;

CONSIDERATO che, relativamente alla rete, la Regione Calabria intende definire il modello organizzativo che si svilupperà su tre aree di coordinamento interaziendale Territorio/Ospedale, e intende prevedere che la rete dovrà essere strettamente correlata con tutte le forme organizzative della medicina Generale (Medici di famiglia e Pediatri) affidando il coordinamento d'Area al responsabile/referente dell'Hub di riferimento ;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato redatto materialmente dal Dirigente responsabile del procedimento del Settore 11 "Servizi Ospedaliero-Specialistico Ambulatoriale, Diagnostica e Laboratoristica Pubblica e Privata, del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;

VISTI

- la legge regionale 13 maggio 1996 n.7 e ss.mm. e. ii (Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale);
- la legge regionale n. 34/2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza.

TENUTO CONTO che con proposta n 128 del 31-07-2017 era già stato inoltrato detto

[redacted] 5

provvedimento alla Struttura Commissariale, nella sua interezza,per l'adozione dello stesso a seguito dell'istruttoria effettuata da Dipartimento Salute

- **VISTA** la nota 0008485-01/08/2017 – GAB – GAB – A, con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico di sub-Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria.
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 352 del 31/07/2017 con la quale il Dott. Bruno Zito è stato individuato quale Dirigente Generale ad interim del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, nelle more dell'individuazione del titolare all'esito delle procedure previste dalla normativa vigente;
- **RAVVISATA** la necessità di riproporre integralmente detto DCA

DECRETA

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

Di Costituire il Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria composto da due Dirigenti del Settore n.11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, in associazione ai rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti, così come di seguito indicato:

Referenti regionali:

Dott. Sergio Petrillo - Dirigente Medico – R.U.P. Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott.ssa. Maria Antonietta Iorfida - Dirigente Biologo Settore11 Dipartimento Tutela della Salute

Componenti ;

Dott. ssa Roberta Pellegrini	Hub CS (Referente d'Area)
Dott. Giuseppe Muccari	Hub AO Pugliese Ciaccio di CZ
Prof. Saverio Naty	A.O.U CZ (Referente d'Area)
Dott. Maurizio Caminiti	Hub, RC (Referente d'Area)
Dott. Marcello D'Amico	Spoke Cetraro-Paola
Dott. Giuseppe Varcasia	Spoke Castrovillari
Dott. Carmela Palopoli	Spoke Crotone
Dott. Massimo L'Andolina	Spoke VV, OG Tropea
Dott. Nicola Congiusta	Spoke, Locri
Dott. Pietro Gigliotti	ASP CS
Dott. Domenico Olivo	ASP KR

Prof.ssa Rosa Daniela Grembiale Delegato Reg.le Società Italiana Reumatologia (SIR)

Rappresentanti Associazioni Pazienti

[redacted]

Dott. Rosario Pugliano ACALMAR

Sig.ra Antonella Celano, Ing. Gioconda Durante APMAR

DI APPROVARE la nuova Rete Reumatologica Integrata Ospedale e Territorio Hub/Spoke per la Regione Calabria per come rappresentata nell'Allegato 1 al presente DCA , quale parte integrante dello stesso;

DI APPROVARE il Diagramma del flusso operativo per il paziente con sospetta malattia reumatica e diagramma di flusso per il paziente con malattia reumatica accertata, entrambi da ridefinire con successivo atto, per singola patologia, attraverso specifico PDTAR, da redigere a cura del costituendo Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria, per come rappresentati nell'Allegato 2 al presente DCA che fa parte integrante dello stesso;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere di dare attuazione a quanto decretato attraverso atti formali (deliberativi) da trasmettere al Dipartimento della Salute e con, conseguenti azioni specifiche tese:
- alla massima diffusione ai predetti documenti ;
- all'organizzazione della parte di rete di Loro competenza in collaborazione con i professionisti Reumatologi facenti parte del gruppo di lavoro e con il referente d'Area;
- allo sviluppo di attività di informazione e di formazione ;
- all'attuazione concreta dei percorsi, provvedendo anche al relativo monitoraggio;
- all'individuazione di eventuali elementi ostativi ed alla proposizione di eventuali interventi correttivi di cui occorrerà dare immediata e formale informativa sia al Dipartimento Tutela della Salute, in persona del responsabile del Settore n.11, sia al referente d'Area.

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

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

DI DARE MANDATO al Dirigente generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Commissario ad *acta*

Ing. Massimo Scura

[redacted]

[redacted]

REGIONE
CALABRIA

ALLEGATO 1

RETE REUMATOLOGICA
INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO
HUB/SPOKE

Sommario

PREMESSA.....PAG.10

EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATICHE IN CALABRIA..... PAG. 12

RETE REUMATOLOGICA.....PAG. 17

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI.....PAG.18

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE PAG.20

IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE REUMATOLOGICA...PAG.30

RETE INFORMATICA A SUPPORTO DELLA RETE REUMATOLOGICA. PAG.32

NOTE CONCLUSIVE.....PAG.33

PREMESSA

"La complessità della moderna Reumatologia consiste nella competenza su malattie croniche, in cui coesistano infiammazione e autoimmunità, accanto a condizioni che riconoscono cause degenerative o dismetaboliche, come l'artrosi e l'osteoporosi e condizioni a patogenesi auto-infiammatoria, come osservato in malattie di prevalente interesse pediatrico. Le malattie reumatiche rappresentano la condizione cronica più diffusa nella popolazione italiana, risultando la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di disabilità permanente, oltre ad essere la più frequente causa di assenza dal lavoro. Oltre al progressivo deterioramento della qualità di vita dei soggetti colpiti, forte è l'impatto socio-sanitario di queste patologie. Secondo l'Osservatorio Sanità e Salute, in Italia sono circa 23 milioni le giornate di lavoro perse annualmente per le tre principali malattie reumatiche invalidanti: **artrite reumatoide**, **artrite psoriasica** e **spondilite anchilosante**. Tutte condizioni che colpiscono individui nella fascia di età lavorativa - oltre la meta' tra i 45 e i 65 anni. Se non controllate farmacologicamente in maniera adeguata, le malattie reumatiche portano a progressiva disabilità e comparsa di comorbidità associate, particolarmente a carico del sistema cardiovascolare. L'evoluzione clinica e la progressiva perdita di autosufficienza comportano un'inevitabile compromissione della qualità di vita e conseguentemente elevati costi sociali. In Italia, nel 2015, la spesa socio-sanitaria annuale, per le tre sole patologie su menzionate ha superato i 4 miliardi di euro, quasi la metà dei quali è imputabile proprio alla perdita di produttività dei 371.586 lavoratori colpiti (dati desunti dal numero di pazienti esentati in 150 Asl, distribuite nelle singole regioni del Paese - pari allo 0,6% della popolazione italiana di cui, il 68% costituito da donne). Per molte patologie su base autoimmune, oggi esistono mezzi diagnostici di laboratorio ed indagini strumentali maggiormente sensibili, che permettono di giungere ad una diagnosi più precoce. Inoltre, nel corso degli ultimi anni sono stati introdotti in terapia nuovi farmaci prodotti con tecnica di biologia molecolare che hanno permesso di modificare la storia naturale di molte malattie autoimmuni, oltre a nuove metodologie di utilizzo di farmaci in precedenza utilizzati, sia singolarmente che in associazione. Pertanto, il blocco dell'evoluzione della malattia ed in alcuni casi la remissione completa possono essere ottenuti molto più che in passato. E' stato ampiamente acclarato che in circa la metà dei casi, una diagnosi precoce ed un trattamento adeguato portano ad un miglioramento della prognosi con riduzione della disabilità e della comorbidità. Ovviamente questo si traduce in un abbattimento dei costi sia diretti, legati alla richiesta di malattia, che indiretti, legati alle complicanze ed alla disabilita. Dall'indagine conoscitiva condotta dalla Commissione Permanente Igiene e Sanità è, tuttavia, emerso che a livello nazionale l'iter diagnostico non è ancora adeguatamente rapido. Inoltre, è stata rilevata un'estrema eterogeneità di comportamento tra le regioni ed anche tra zone diverse nell'ambito della stessa regione. Questo vale sia per quanto riguarda la possibilità di accedere a strutture specialistiche sia per la disponibilità delle nuove terapie, ma anche per l'uso aggiornato dei vecchi farmaci. La Legge Regionale della Calabria del 19 marzo 2004, n. 11 pubblicata sul BUR n. 5 del 16 marzo 2004, supplemento straordinario n. 3, definisce il "Piano Regionale per la Salute 2004/2006" evidenziando all'Obiettivo salute 3.7, le Malattie Reumatiche.

[redacted]

In particolare, lo stesso piano si pone come obiettivo prioritario il "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". Lo stesso piano evidenzia come il raggiungimento di tale target debba essere effettuato attraverso un'azione strategica sintetizzata nella frase "*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 PRS, fino alle strutture di riabilitazione*". E' quindi evidente come lo stesso piano ponga l'accento sulla necessità di strutturare un sistema, che tenendo conto delle diverse fasi della vita della persona affetta da patologie reumatiche, lo accompagni in un sistema integrato che coinvolga le strutture territoriali dei distretti (ASP), gli Ospedali fino alle strutture di riabilitazione. Preso atto della necessità di adottare un modello organizzativo dell'assistenza al paziente reumatologico che si adatti ai suoi molteplici e mutevoli bisogni e che individui per i diversi stadi di gravità della malattia, almeno tre livelli di cura diversi, con diverso assorbimento di risorse, diverse tipologie assistenziali e diversa organizzazione, si struttura un modello organizzativo in grado di essere efficace per l'assistenza integrata, coniugata alla medicina di iniziativa ed al follow up proattivo, strumenti, questi, che permettono di garantire una rapida diagnosi ed una corretta terapia in linea con la stretta "windows of opportunity" necessaria per la prevenzione del danno disabilitante ed un progetto di terapia secondo il modello "treat-to-target". Esso prevede l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Riabilitativi (Allegato n.1), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia, un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito, ed un sistema di comunicazione tra i vari attori. I modelli funzionali di rete assistenziale promossi per la gestione di patologie croniche si basano generalmente su una struttura tipo "Hub & Spoke" che, in base al diverso livello di criticità del paziente, prevede la concentrazione in centri di eccellenza (Hub) e l'invio dei pazienti ai centri periferici (Spoke) per il proseguimento delle cure. Il modello di Rete Reumatologica Integrata (proposta nel Piano Nazionale per la Malattia Croniche), che si basa su risorse e competenze già esistenti e da integrare a livello regionale, può efficacemente contribuire al miglioramento della qualità assistenziale e alla riduzione dei costi. In tale modello infatti per offrire la risposta più appropriata alla criticità presentata, è previsto che a livello territoriale vengano realizzati dei percorsi assistenziali finalizzati a creare sinergie operative tra le diverse risorse e competenze già esistenti e da implementare. In tale modo i vari nodi della rete possono essere alternativamente Hub o Spoke in base alle competenze e alla "expertise" presenti, alla criticità da trattare e ai PDTAR condivisi con gli altri nodi della rete. La rete assistenziale è costituita dal livello dell'assistenza primaria e dal livello delle cure specialistiche. È necessaria una maggiore flessibilità nei modelli organizzativi e operativi, che, per essere efficaci, devono prevedere servizi strutturati e organizzati, "riconoscibili per la complessità delle prestazioni offerte", e professionisti dedicati, organizzati in team multi-professionali e multi-disciplinari, che gestiscano percorsi assistenziali integrati. Saranno previsti idonei indicatori di processo, outcome con i relativi standard e con la produzione di un report semestrale di attività, comprensivo dei risultati conseguiti e delle eventuali azioni di miglioramento proposte. Tali indicatori di processo dovranno essere redatti ed inviati al Centro di Coordinamento d'area regionale, da ogni referente individuato per ogni HUB, Spoke e strutture del Territorio delle aree, NORD, CENTRO, SUD.

[redacted]

EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE REUMATICHE IN CALABRIA

Con il termine "Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni" si fa riferimento ad un gruppo di malattie croniche, gravi e invalidanti come le Artriti (es. Artrite Reumatoide, Spondiloartriti, Artrite Psoriasica, Artriti Enteropatiche, Artrite Idiopatica Giovanile), le Connettiviti (es. Sclerosi Sistemica, Lupus Eritematoso sistemico, Sindrome di Sjögren, Dermatomiosite, Polimiosite, Vasculiti) ed altre malattie rare. Alle malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni occorre aggiungere le patologie degenerative, soprattutto l'Artrosi e l'Osteoporosi che molto frequentemente si associano alle prime, incrementando la disabilità ed i costi sociali. In Calabria non esistono dati ufficiali sulla frequenza delle malattie reumatiche, poiché non è presente un REGISTRO REGIONALE delle MALATTIE REUMATICHE ed i dati sono ipotizzabili solo sulla base dei dati epidemiologici nazionali, rapportati alla popolazione riferita ai dati Istat del 2015, nei quali la Calabria contava **1.970.521** abitanti, e/o sulla base delle esenzioni per patologie reumatiche croniche invalidanti e malattie rare. Sulla base di ciò, tutte le patologie reumatiche, siano esse su base autoimmune-autoinfiammatoria che degenerativo-metaboliche interesserebbero nella nostra Regione circa 30.000 persone, con costi che si aggirano sui **400.000.000 di EURO**, senza considerare i costi sostenuti per le frequentissime comorbidità ad esse associate. Delle patologie suddette, nei paragrafi a seguire, si evidenzieranno i tratti più significativi facendo una breve sintesi dei costi sia economici che sociali che si riversano sul Sistema Sanitario Nazionale.

Artrite Reumatoide

L'artrite reumatoide è una patologia infiammatoria cronica su base autoimmune che colpisce tra lo 0,3 e 1,0% della popolazione. In Italia sono circa **400.000** le persone di ogni età affette da artrite reumatoide. Nel setting della medicina, si stima 2-3 pazienti per ogni 1000 assistiti. La malattia interessa con maggior frequenza le donne che risultano da 3 a 4 volte più colpite degli uomini, inserendo di diritto l'artrite reumatoide tra le patologie di genere. Dolore, fatica e depressione accompagnano la malattia, caratterizzata da un danno progressivo dell'anatomia articolare con conseguente disabilità, riduzione della qualità e dell'aspettativa di vita. L'artrite reumatoide interessa soggetti di ogni età, tra cui persone ancora inserite nel mondo del lavoro. La progressiva disabilità caratterizzante il decorso della malattia si ripercuote sulla capacità lavorativa dei pazienti con conseguenti assenze e, talvolta, perdita del lavoro. L'artrite reumatoide comporta quindi "costi" particolarmente significativi. In Italia il costo medio annuo per i 253.069 pazienti stimati affetti da artrite reumatoide di età maggiore di 18 anni risulterebbe pari a 3.388.593.910 Euro, di cui 2.330.006.283 Euro per costi diretti costituiti dalla componente sanitaria (per un importo di 698.976.578 Euro) e non sanitaria (per 1.631.029.705 Euro), mentre 1.058.587.627 Euro sono i costi indiretti. Il costo sociale medio annuo stimato di un paziente malato di artrite reumatoide in Italia risulterebbe secondo l'esercizio pari a **13.390 Euro**. I costi diretti ammonterebbero a 9.207 Euro (il 69% del totale), ripartiti in costi diretti sanitari per un ammontare di 2.762 Euro, comprensivi di ospedalizzazioni, farmaci tradizionali e biologici, visite, esami diagnostici e terapia riabilitativa (il 21% del totale) e in costi diretti non sanitari per un importo di 6.445 Euro, comprensivi di spese di trasporto, assistenza domestica a pagamento, assistenza informale gratuita prestata da familiari o conoscenti e dispositivi ausiliari domestici (il 48% del totale). I costi indiretti

dovuti alle prestazioni previdenziali erogate, alle perdite di produttività dovute alle assenze dal lavoro del paziente e dei *caregivers* risultano pari a 4.183 Euro (il 31% del totale) per un numero medio annuo di 65 giornate di assenza.

Tabella 1. Costi Artrite Reumatoide su base nazionale.

	Costo per paziente	**%**	**Costo totale per Italia**
N. persone adulte con AR			**253.069**
Costi diretti	**9.207**	**69%**	**2.330.006.283**
Costi diretti sanitari	*2.762*	*21%*	*698.976.578*
Costi diretti non sanitari	*6.445*	*48%*	*1.631.029.705*
Costi indiretti	**4.183**	**31%**	**1.058.587.627**
Totale Costo Sociale	**13.390**	**100%**	**3.388.593.910**

Il dato stimato per la Calabria, su una popolazione di **1.970.521** abitanti è di circa 4.700 pazienti di età maggiore di 18 anni. Il costo totale risulterebbe superiore ai 63 milioni di Euro.

- L'Artrite Reumatoide in Italia interessa **254.631** pazienti, con una prevalenza del 4,2 per mille abitanti .
- **In Calabria, il numero atteso di malati di artrite reumatoide è di circa 4.700** su di una popolazione di **1.970.521** abitanti (dati Istat 2015)
- Rispetto alla popolazione non affetta dalla patologia, i pazienti con AR mostrano:
  - Una probabilità 6 volte superiore di andare incontro a gravi limitazioni funzionali
  - Un aumento di 4 volte delle giornate lavorative perse per la limitazione funzionale articolare

Nei pazienti affetti da AR:

- L'indice di disabilità lavorativa aumenta di 10 volte rispetto alla popolazione generale;
- Dopo 10 anni, solo il 50% mantiene la propria occupazione;

Inoltre i lavoratori affetti da AR vanno incontro a una riduzione del proprio reddito di circa il 60% nei primi 6 anni dalla comparsa della malattia

Nei pazienti affetti da AR:

- La spesa sanitaria totale risulta aumentata di 4 volte rispetto alla popolazione sana
- Il tasso di ospedalizzazione è raddoppiato
- Il numero di visite mediche è quadruplicato

Nella A.R. la prognosi è severa, infatti si ha:

- Sopravvivenza a 5 anni del 45-55%, come nei coronaropatici con compromissione di 3 vasi coronarici o nei pazienti con Morbo di Hodgkin al IV stadio.
- Riduzione dell'aspettativa di vita media di 7 anni per gli uomini e di 3 anni per le donne.

[redacted]

Artrite Psoriasica

L'artrite psoriasica è un'artropatia cronica infiammatoria associata a psoriasi cutanea e/o ungueale. La malattia colpisce ugualmente donne e uomini, la maggior parte dei quali manifesta la psoriasi prima dell'Artrite. L'Artrite Psoriasica presenta differenti modalità di espressione clinica che si identificano in una prevalente compromissione dello scheletro assiale o delle articolazioni periferiche; in quest'ultimo caso sono interessate soprattutto le piccole articolazioni delle mani e dei piedi.

In Italia, essa interessa circa 250.000 persone, con una prevalenza di 4,6 per mille abitanti.

- Circa il 20 – 30 % dei pazienti sviluppa una forma destruente invalidante;
- Entro due anni dalla diagnosi, circa il 47% dei pazienti presenta almeno una erosione
- L'Artrite psoriasica si associa ad un aumento del rischio di mortalità del 60% rispetto alla popolazione generale
- L' invalidità e la compromissione funzionale associate all'artrite psoriasica possono essere gravi quanto quelle riscontrate in altre artropatie come l'Artrite reumatoide

In Calabria il numero atteso di soggetti con artrite psoriasica è di circa 5.000 paz.

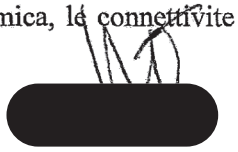
Spondilite anchilosante

La malattia colpisce più frequentemente (66- 75%) individui di sesso maschile, con picco di età tra i 20 ed i 30 anni. La sua prevalenza si aggira tra lo 0,2 e lo 0,5%.

Colpisce sempre lo scheletro assiale, con marcata predilezione della articolazioni sacroiliache, ma non infrequentemente anche le articolazioni e le entesi periferiche, prevalentemente agli arti inferiori e con localizzazione asimmetrica. Una significativa percentuale di pazienti, compresa tra il 20 ed il 40%, presenta anche manifestazioni extra articolari, in particolare uveite anteriore, ma anche malattia infiammatoria cronica intestinale, psoriasi, disturbi della conduzione cardiaca, insufficienza aortica, interessamento polmonare, interessamento renale, osteoporosi e fratture vertebrali. Anche questa patologia è estremamente invalidante e colpisce soggetti all'inizio della loro storia lavorativa. **In Calabria il numero atteso di soggetti con S.A. è di circa 4.000 pa**zienti

Connettiviti

Le Connettiviti sono un gruppo di malattie del sistema immune che include patologie con differenti caratteristiche cliniche, a volte associate, che hanno un'unica e distinguibile caratteristica: un comune meccanismo autoimmunitario sottostante ed il danno d'organo sistemico immuno-mediato. Tra esse sono comprese malattie relativamente frequenti come l'artrite reumatoide, il Lupus eritematosi sistemico, le miopatie infiammatorie idiopatiche, la Sclerosi sistemica, le connettivite miste ed altre più rare come la sindrome di Sjögren's.



LES

Il lupus eritematoso sistemico (LES) è una malattia infiammatoria cronica autoimmue, invalidante, progressiva, associata a molte comorbidità, prevalentemente cardiovascolari. Colpisce più frequentemente soggetti in età fertile ma può insorgere a qualsiasi età. Per il suo coinvolgimento multisistemico, è in grado di provocare notevoli disabilità e mortalità precoce. Gli studi epidemiologici indicano che la prevalenza varia molto, interessando da 10 a 50 persone per 100.000 abitanti; **il numero atteso di soggetti affetti da LES in Calabria è, pertanto, di circa 500 pazienti.**

Sclerosi sistemica

La Sclerosi Sistemica è una malattia cronica ed evolutiva a patogenesi auto-immune, che si caratterizza per la progressiva fibrosi della cute che nel tempo, può determinare retrazioni invalidanti. Si distinguono due forme: limitata e diffusa con diverse caratteristiche di prognosi. Bersaglio dell'aggressione auto-immunitaria sono considerate le cellule endoteliali, che formano il rivestimento interno dei vasi sanguigni. Questo fenomeno patologico comporta l'alterazione della microcircolazione e quindi dell'irrorazione sanguigna nella cute ed anche in altri organi, con conseguente stimolo alla maggiore produzione di collagene, una proteina costituente il tessuto connettivo. A questa maggiore produzione di collagene consegue la fibrosi degli organi colpiti che è la principale particolarità della malattia. La prevalenza è sicuramente sottostimata in quanto molte forme oligosintomatiche e scarsamente evolutive non vengono diagnosticate. La Sclerosi sistemica è nettamente prevalente nel sesso femminile ed ha una prevalenza che varia tra 8 e 30 casi ogni 100.000 abitanti e incidenza di 10-20 nuovi casi per anno per milione di abitanti. **Il numero atteso di soggetti affetti da Sclerosi Sistemica in Calabria è di circa 600-700 pazienti.** I costi pro capite per questa malattia sono nettamente superiori a quelli delle patologie precedenti per la gravità maggiore della prognosi e dell'evoluzione.

Vasculiti

Le **vasculiti** sono un gruppo eterogeneo di malattie accomunate da un'infiammazione dei vasi sanguigni di tipo autoimmune. Si tratta di malattie rare, a volte difficilmente differenziabili fra loro. Queste patologie presentano tassi di incidenza annuale di 0,5-3,7 per milione di abitanti.Le forme più frequenti, Granulomatosi di Wegener, Poliangioite microscopica e la sindrome di Churg-Strauss presentano tassi di sopravvivenza a 5 anni pari a 74-91%, 45-76% e 60-97%, rispettivamente.

Artrosi

In Italia colpisce circa 4.000.000 di pazienti; rappresenta il 72,6% di tutte le malattie reumatiche.

Essa è la principale causa di invalidità cronica nei paesi sviluppati e di invalidità e dolore nei pazienti con età >60 anni

In Calabria sono colpite da artrosi circa 150.000-200.000 persone.

Così come riportato dall'OMS:

"Le patologie muscoloscheletriche rappresentano la causa principale di morbidità nel mondo. Tali patologie hanno un impatto sostanziale sulla salute e sulla qualità di vita e determinano costi

[redacted]

enormi per i sistemi sanitari. Le patologie articolari, la rachialgia, l'osteoporosi ed i traumi agli arti in seguito ad incidenti hanno un impatto enorme sull'individuo, sulla società e sui sistemi di assistenza socio-sanitaria. Con l'aumento del numero degli anziani e le variazioni dello stile di vita che si stanno verificando in tutto il mondo, tale tendenza è destinata ad aumentare in modo drammatico dai prossimi dieci anni in poi".

Osteoporosi

L'osteoporosi, così come riportato dall'OMS e dalle linee guida EULAR, è la causa più comune di fratture da fragilità; esse si verificano in donne e uomini di età superiore ai 50 anni. Queste fratture sono più frequentemente a carico di alcuni distretti anatomici, anca, femore, vertebre, omero prossimale e radio distale e, oltre ad essere gravate da un notevole impatto sociosanitario ed economico, si associano ad un aumento della morbilità e mortalità.

Le fratture da fragilità ossea sono tra le più frequenti manifestazioni muscolo-scheletriche per la quale i pazienti consultano gli operatori sanitari di più di una specialità medica. Subito dopo una frattura, il paziente ha bisogno di cure acute fornite da un chirurgo ortopedico e alle cure mediche perioperatoria, in quanto trattasi molto frequentemente di pazienti fragili. Segue l'attuazione di modalità di prevenzione frattura in pazienti a rischio di una successiva frattura. Questa, di solito è eseguita sotto la supervisione dei MMG, reumatologi, geriatri, fiosioterapisti. Sia la European League Against Rheumatism (EULAR) che la Federazione europea delle associazioni nazionali di Ortopedia e Traumatologia (EFORT) hanno riconosciuto l'importanza della cura multidisciplinare ottimale per i pazienti con una recente frattura, seguita dalla prevenzione delle fratture successive in pazienti ad alto rischio, ed hanno quindi avviato un processo collaborativo emanando linee guida comuni. (22 Decembre 2016)

In Italia ci sono più di 4.000.000 pazienti a rischio:

- 3.500.000 di donne
- 1.000.000 di uomini

In età post-menopausale è affetta una donna su tre e la prevalenza aumenta con l'età e sempre con l'età aumenta l'incidenza delle fratture vertebrali:

- 11,5% per le donne d'età tra 50 e 54 anni;
- 35% per le donne d'età tra 75 e 79 anni;
- alterazioni morfologiche vertebrali sono state riscontrate in oltre il 20% di donne dopo i 65 anni.

Sono 250.000 le fratture dovute a osteoporosi ogni anno, delle quali circa 110.000 di polso, 80.000 all'anca e 70.000 al femore, con una spesa pro-capite stimata intorno ai 13.500 euro per paziente. In conseguenza di ciò, il 50% dei pazienti non è più autonomo. I pazienti con frattura del femore prossimale presentano entro un anno dalla frattura un tasso di mortalità del 15-30%. Il rischio per le donna di morire per le conseguenze di una frattura di femore è pari al rischio di morire per tumore al seno.

[redacted]

RETE REUMATOLOGICA

Come descritto, le malattie reumatiche sono patologie piuttosto frequenti ed altamente invalidanti, con alti costi sociali e con grave riduzione della qualità di vita, soprattutto quando non vengano adeguatamente trattate. In Calabria **sono fra le patologie a più alta mobilità passiva per la carenza di strutture specialistiche dedicate.** Per queste motivazioni sono fra le prime voci di spesa per il SSN.

Nell'ambito della razionalizzazione della spesa pubblica non si può non tenere conto di quelli che sono gli Standard previsti per la Reumatologia:

- 1 U.O.C. ogni milione di abitanti range (600.000-1,200.000 abitanti)
- 1 U.O.S. ogni 500.000 abitanti.

La rete reumatologica regionale si attiene a questi standard e tiene conto delle "Linee guida per la definizione degli Atti Aziendali" della Regione Calabria. Tale progetto mira, utilizzando le risorse umane e le strutture già esistenti, ***ad integrare l'organizzazione dell'assistenza al Malato reumatico fra strutture ospedaliere e territoriali*** per formare una Rete Reumatologica Regionale che permetta di accogliere gli Utenti affetti da qualsiasi tipologia di affezione reumatica (dalle patologie infiammatorie anche più gravi e/o più rare alle patologie degenerative), trattarli secondo i più moderni e validati protocolli, sia in regime di ricovero ordinario che di D.H., e seguirli poi costantemente per tutto il corso della malattia con percorsi condivisi e rapidi e con cartelle cliniche (elettroniche) e protocolli identici e concordati fra strutture ospedaliere e territoriali.

Questa proposta di organizzazione ha diversi vantaggi:

- Miglioramento della gestione dei pazienti per la qualità di vita e la prevenzione delle disabilità;
- Accesso semplice e rapido dei pazienti alle cure;
- Riduzione della mobilità passiva;
- Trattamenti uniformi e modalità di accesso alle strutture univoche;
- Valorizzazione e semplificazione del lavoro degli operatori;
- Reale presa in carico del Sistema Sanitario del Paziente in tutte le fasi della malattia;
- Integrazione con le realtà del volontariato (con attività di informazione, divulgazione, formazione, ecc.);
- Ritorno di immagine positivo della Regione Calabria e diffusione di best practice in sistemi di eccellenza;
- Diminuzione dei costi sanitari
- Diminuzione dei costi sociali.

PERCORSI DIAGNOSTICO -TERAPEUTICI E RIABILITATIVI in REUMATOLOGIA

(Principi Generali)

Entro sei mesi dall'emanazione del presente atto, sono prodotti i **Percorsi Diagnostici Terapeutici e Riabilitativi (PDTAR)** relativi alle principali patologie reumatologiche, *coerenti con le Linee Guida Regionali (DCA 118/2015 ed s.m.i.) e con quanto previsto dai DCA 127/2015 ed s.m.i., 93/2016 ed s.m.i., con valenza per ognuna delle 3 Aree di Coordinamento reumatologico.*

La realizzazione di un PDTAR permetterà quindi di definire in modo chiaro e condiviso un percorso di cura in grado di:

- garantire una diagnosi precoce;
- effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno di salute;
- integrare la pluralità degli interventi;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- garantire la presa in carico del paziente senza frammentazione del percorso;
- gestire correttamente la patologia riducendo le complicanze;
- garantire equità di accesso ai trattamenti sul territorio regionale;
- garantire una maggiore sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale.

Il PDTAR rappresenta, dunque uno strumento di *"Clinical Governance"* che, attraverso un approccio per processi, definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento; garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori; aiuta a migliorare la qualità, la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate; aiuta a prevedere e quindi ridurre rischi e complicanze; facilita la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti consentendo di strutturare ed integrare attività ed interventi in un contesto in cui sono coinvolte - nella presa in carico del paziente con problemi di salute - diverse specialità, professioni e aree d'azione.

Le fasi che dovranno essere prese in considerazione per ogni singola patologia sono:

- Sospetto diagnostico
- Screening reumatologico
- Accertamento diagnostico
- Stadi iniziali
- Trattamento farmacologico
- Follow-up e valutazione delle risposte

I percorsi diagnostico terapeutici dovranno tenere in considerazione l'appropriatezza tecnico-clinica delle prestazioni in base alle linee guida condivise nel gruppo regionale e l'appropriatezza organizzativa, intesa come migliore opportunità per l'assistito e migliore utilizzo delle risorse disponibili nell'area, nella logica di una nuova rete reumatologica che costituisce il naturale supporto ai percorsi stessi.

La Rete Reumatologica costruita sul modello Hub & Spoke, definisce per ciascun paziente affetto da malattie reumatiche il miglior supporto organizzativo al percorso diagnostico assistenziale e

riabilitativo, consentendo un risparmio economico e la fruizione oculata dei servizi. Essa realizza un abbinamento inscindibile tra assistenza e ricerca clinica applicata. E', infatti, ampiamente condiviso che non vi può essere oggi buona erogazione di prestazioni se non correlate ad una ricerca clinica adeguata (intesa come aggiornamento costante, verifica critica dei risultati, studio ed applicazione di nuove opportunità terapeutiche), al fine di offrire al paziente il meglio delle potenzialità reumatologiche presenti sul territorio. La rete reumatologica, in rapporto allo stadio di malattia, assume le seguenti funzioni:

- **PREVENTIVA** - funzione garantita dalla rete orizzontale (MMG/PLS, reumatologi ambulatoriali, fisioterapisti, fisiatri, associazioni) tramite educazione sanitaria alla prevenzione primaria e secondaria, mediante la diffusione di interventi di contrasto alla sedentarietà e di promozione di stili di vita attivi;
- **DIAGNOSTICA** - funzione affidata inizialmente al MMG/PLS con ruolo di "filtro" per patologie di altra natura e cui spetta anche il compito di individuare nel suo assistito i sintomi sospetti di una malattia reumatologica e di inviarlo tempestivamente allo specialista per una prima visita reumatologica, per la definizione diagnostica e la predisposizione del piano terapeutico e riabilitativo. **L'organizzazione per livelli crescenti** della Rete Reumatologica, fino ai centri Hub per i casi particolarmente complessi, **privilegia l'accesso dei pazienti che maggiormente necessitano di una rapida diagnosi per evoluzione, altrimenti negativa ed invalidante delle patologie.** Tale organizzazione inoltre, garantisce ai professionisti coinvolti l'acquisizione e lo sviluppo delle competenze specialistiche richieste per la cura di queste malattie, spesso rare o poco frequenti, che necessitano di una organizzazione in network con strutture nazionali ed internazionali;
- **GESTIONE URGENZE/EMERGENZE REUMATOLOGICHE** – funzione dedicata ai pazienti con malattie reumatologiche ad esordio acuto, riesacerbazioni gravi delle stesse o complicanze ad esse associate che possano mettere in pericolo la vita. Tale funzione vede coinvolti oltre che i centri Spoke e gli Hub, anche i PS e i DEA ospedalieri in stretta collaborazione con altri specialisti presenti nella struttura .
- **GESTIONE CRONICITÀ** – funzione che vede coinvolti tutti gli attori dell'assistenza reumatologica. Considerata la necessità di prescrizione di "farmaci di fondo" per la maggior parte delle patologie reumatiche a livello specialistico, resta centrale la figura del MMG/PLS che rappresenta il raccordo con altre professionalità che intervengono nel processo di cura territoriale: il riabilitatore, lo psicologo, l'assistente sociale. Il MMG/PLS, supportato da un continuo scambio di informazioni con lo specialista di riferimento, evita controlli e attese inutili, riduce di fatto i tempi di attesa per le visite ambulatoriali permettendo una riduzione della spesa.

LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'Articolo 1 della legge 189/2012 e il Patto della Salute 2014/2016 propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria e delle funzioni del Medico in rapporto di convenzionamento con il SSN finalizzate ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie.

L'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre figure professionali ambulatoriali, siglato il 17-12-2015, istituisce le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) , rimandando a livello regionale la definizione di un documento di programmazione (Articolo 4,comma2) .

L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP (articolo 5-6-7-8), rimandando ad un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle UCCP .

AFT

Le AFT della specialistica in generale e nello specifico quella reumatologica, garantiscono i percorsi della cronicità, integrandosi con i MMG/PLS nelle loro forme organizzative (AFT MMG e AFT PLS) e con i dipartimenti Ospedalieri di riferimento.

Ferme restando le caratteristiche dell'AFT individuate dall'ACN, vengono di seguito individuate alcune caratteristiche definite a livello regionale:

- Il dimensionamento deve permettere al sistema omogeneità, economicità, volumi significativi per la realizzazione di un approccio di un governo clinico: si ritiene che le AFT della specialistica convenzionata interna debbano avere una popolazione di riferimento di circa 100.000 abitanti corrispondente ad un ambito distrettuale, oppure, in funzione delle caratteristiche del territorio, sovrà-distrettuale
- Ferma restando la caratterizzazione mono professionale delle AFT (articolo 5 ACN), è possibile ipotizzare che al loro interno vengano coinvolti sia specialisti interni, dipendenti e del settore privato accreditato
- Per ogni AFT è previsto un referente AFT con le funzioni e caratteristiche previste dall'articolo 6 dell'ACN

UCCP

Le Unità Complesse di Cure Primarie sono le strutture organizzative di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale , caratterizzate da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio .

In generale la popolazione di riferimento di una UCCP è di circa 100.000 residenti e comprende :

- Circa 3 NCP o Case della Salute (avendo come popolazione di riferimento circa 30.000 residenti) compatibilmente con le scelte organizzative delle singole aziende ASL e con le caratteristiche territoriali

- 1 AFT della Specialistica
- AFT della PLS

Farmacie territoriali: La prescrizione della terapia farmacologia e dei trattamenti sanitari necessari nei pazienti in dimissione dall'ospedale o in prestazione post-ambulatoriale rappresenta un momento fondamentale per garantire la continuità assistenziale, alla quale si deve poter rispondere con percorsi veloci per l'attivazione di servizi sanitari domiciliari e la dispensazione dei farmaci e dei dispositivi medici necessari. La prescrizione dei farmaci in oggetto da parte dello Specialista ospedaliero/territoriale dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni terapeutiche, delle vie e delle modalità di somministrazione previste dalla scheda tecnica autorizzata dall'AIFA. L'utilizzo di un farmaco al di fuori delle indicazioni autorizzate dovrà avvenire nel rispetto della legge 94/98 e dell'articolo 348 della Legge finanziaria del 2008 (prescrizioni off – label), in altre parole in presenza di consenso informato del paziente e mai a carico dell'SSN. In questo contesto risulta indispensabile una stretta comunicazione tra gli specialisti reumatologi autorizzati alla prescrizione ed i farmacisti territoriali.
Il paziente in dimissione o dopo una visita specialistica presenta la prescrizione alla Farmaceutica Territoriale, sede aziendale presso la quale avviene la consegna di farmaci. Nel colloquio con il paziente il farmacista dà tutte le informazioni utili per l'assunzione del farmaco, risponde ad eventuali richieste del paziente ed eventualmente contatta il reparto per chiarimenti. Nel caso di piani terapeutici, quindi ripetibili nel tempo, il farmacista effettua una consegna per un tempo definito e programma le consegne successive.

ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO MMG/PLS

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di libera scelta (PLD), nel caso dei pazienti in età pediatrica ed evolutiva, rappresentano i referenti con i quali il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo, con possibilità di frequenti consultazioni. Entrambi hanno un ruolo fondamentale nell'identificazione della patologia reumatologica nel suo percorso iniziale poiché:

- Selezionano i pazienti da prendere in carico in base alla loro complessità clinica e, in relazione a quest'ultima, lo avviano ai centri territoriali o, se necessario, agli Spoke/ Hub
- Gestiscono in loco le problematiche diagnostico-terapeutiche.

Inoltre:

- sulla base della raccolta dei dati anamnestici, individuano eventuali fattori di rischio che possano richiedere approfondimenti diagnostici;
- osservano i primi segni e sintomi che possono evidenziare il rischio di una malattia reumatica infiammatoria e auto-immune;
- formulano un sospetto di diagnosi sempre più precoce con un accurato esame di sintomi e segni, con l'uso di appropriati esami di laboratorio e delle attuali metodiche di imaging;

- indirizzano il paziente al Reumatologo della rete, contribuendo ad evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica;
- forniscono, in accordo con lo specialista, informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili, aiutandoli a responsabilizzarsi sui problemi e i disagi provocati dalla malattia;
- In collaborazione con lo specialista reumatologo valutano la prosecuzione dei trattamenti iniziati e l'adesione al trattamento.
- Si avvalgono degli specialisti che costituiscono il gruppo multidisciplinare (Pneumologo, Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Gastroenterologo, Dermatologo, Diabetologo, Nutrizionista Clinico, Psichiatra, Patologo Clinico, Microbiologo, Ortopedico, Fisiatra, Genetista, Chirurgo vascolare)
- Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di libera scelta, interagiscono, pertanto, con gli specialisti secondo il modello HUB e Spoke.

Il distretto rappresenta, per motivi di prossimità, il riferimento principale per la popolazione residente, in particolar modo per le persone con patologie croniche, che si rivolgono ai servizi per esigenze primarie legate alla gestione della loro malattia.
In particolare, per i pazienti reumatici, i servizi distrettuali hanno il compito di garantire l'accessibilità al percorso di cura organizzato e coordinato dal responsabile del servizio territoriale. Inoltre, il distretto garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni (certificazioni, invalidità, 104 etc.) necessarie in relazione ai bisogni sanitari e socio sanitari dei pazienti nel rispetto della norma vigente. Il percorso di cura garantisce agli assistiti la programmazione degli accessi alla Struttura Specialistica Reumatologica, agli ambulatori degli specialisti reumatologici del territorio e, ove occorra, l'accessibilità ai presidi ospedalieri. Il distretto e la specialistica ambulatoriale devono funzionare come binari di congiunzione tra ospedale e territorio, come un sistema polifunzionale multidimensionale con i suoi potenziali punti di integrazione con il sistema ospedaliero, come mostrato nella figura 1. Gli ambulatori degli specialisti reumatologi del territorio vengono organizzati, in ciascuna area di riferimento (Nord, Centro e Sud) con logica distrettuale al fine di garantire la massima offerta di servizi possibile, con logica di prossimità al paziente, ma nel rispetto dei percorsi stabiliti dalla nuova rete che vede il paziente avviato verso uno specifico livello di assistenza e di cura nel rispetto del PDTAR di riferimento.

Centro territoriale-Ambulatorio specialistico

Ambulatorio con la presenza dello specialista in reumatologia, che avvia il percorso di presa in carico per arrivare alla diagnosi precoce, in particolare nel caso di malattie aggressive e potenzialmente invalidanti e suscettibili di terapie efficaci quali connettiviti, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, polimialgia reumatica.

E' demandata ad ogni singola ASP la possibilità che gli specialisti reumatologi operanti nelle AFT mono-professionali e nelle UCCP di riferimento, con il loro assenso e sentito il parere del Referente del Coordinamento territoriale, possano essere utilizzati, per esigenze specifiche, anche in sedi diverse.

ASSISTENZA DI SECONDO LIVELLO

L'assistenza di secondo livello è demandata alle SS territoriali, che coordinano gli accessi, ed alle Strutture Specialistiche Reumatologiche (SSR) degli Spoke entrambi in possesso dei requisiti minimi organizzativi e tecnologici, successivamente specificati, che caratterizzano un nodo di secondo livello della rete reumatologica, nelle more del redigendo Piano Nazionale delle Cronicità che tende alla deospedalizzazione delle patologie croniche.

- Identifica i pazienti ed avvia ad un percorso diagnostico specialistico integrato secondo il modello descritto dai **Percorsi Diagnostici Terapeuti e Riabilitativi (PDTAR)**;
- Adegua le strutture ai bisogni reumatologici della popolazione di riferimento;
- Alimenta ed Agisce attraverso la rete informatica che connette Territorio ed Ospedale .

Centro SPOKE (II livello della rete)

Si caratterizza per la contemporanea

- **Presenza di una Unità Operativa con posti letto funzionali posta all'interno di area omogenea o dipartimentale**, in grado di gestire le patologie reumatiche, nel rispetto di protocolli definiti e condivisi e di PDTAR integrati con i centri *Hub*; in grado di somministrare terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto, anche per patologie complesse; ***in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici di cui alla DCA n.118 del 12/11/2015*** e successive modifiche ed integrazioni.

  Opera in raccordo con le strutture di riferimento pediatriche per la gestione dei pazienti in età pediatrica al fine di identificare un percorso unico di presa in carico dei pazienti.

- **Presenza di un Ambulatorio** con specialista in reumatologia o con specialità equipollente o affine, (DM 30/01/1998), che avvia il percorso di presa in carico con l'obiettivo di raggiungere la diagnosi precoce, in particolare nel caso di malattie aggressive e potenzialmente invalidanti e suscettibili di terapie efficaci quali connettiviti, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, polimialgia reumatica. Garantisce, qualora richiesto, il follow-up dei pazienti cronici con controlli periodici, avvalendosi di percorsi definiti dalla rete.

Requisiti minimi organizzativi e tecnologici dell'ambulatorio:

- Presenza di uno specialista in reumatologia o con specialità equipollente o affine, (DM 30/01/1998), ;
- Team specialistico dedicato: Reumatologo, Pneumologo, Cardiologo, Dermatologo, Diabetologo, Patologo Clinico, Psichiatra,Microbiologo, Ortopedico, Fisiatra, Podologo, Infermiere;
- accesso all'utenza di almeno 30 ore settimanali, distribuite in 5 giorni a settimana, con almeno un'apertura pomeridiana;
- presenza di un servizio di radiologia nella struttura;
- locali idonei secondo requisiti per autorizzazione/accreditamento;
- sistema informatico per la gestione integrata e raccolta dati;
- sistematica raccolta dei dati e compilazione dei registri di monitoraggio regionali e AIFA

23

- presenza di personale sanitario (II.PP) idoneo a svolgere attività formative/informative riguardanti le malattie reumatiche.

Il personale sanitario non medico deve avere formazione in campo reumatologico al fine di operare in maniera specifica nei percorsi educazionali mirati alla gestione delle diverse malattie reumatologiche, l'addestramento all'utilizzo dei farmaci e dei devices, garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie. Detti requisiti devono essere garantiti per tutte le strutture di secondo livello nelle more dell'autorizzazione ed accreditamento definitivo e previa certificazione delle direzioni sanitarie aziendali.
Le prestazioni possono essere erogate in regime ambulatoriale o in regime di Day Service/PACC/Day Hospital/Day surgery in funzione dei PDTAR.

Le strutture in possesso dei requisiti minimi, ma non ancora autorizzati e accreditati, previa formale richiesta indirizzata al Dipartimento della Salute, potranno successivamente avere l'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici(ai sensi del DCA 127/2015 e DCA n 93/2016 e successive modifiche ed integrazioni) .

- **Presenza di un Centro Infusionale dedicato** (o con possibilità di poter accedere a un Centro Infusionale integrato tra più UUOO) che garantisca la somministrazione dei farmaci biologici infusionali alla stregua e nel rispetto degli standard di un ambulatorio per chemioterapia.
- **Presenza di una Farmacia ospedaliera:** Per i pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero e per quelli trattati con terapia infusionale ambulatoriale, la Farmacia Ospedaliera dovrà monitorare le prescrizioni di farmaci richiesti con **modulistica ad hoc** allo scopo di migliorare il livello di appropriatezza dell'uso del farmaco e di controllare la spesa farmaceutica con elaborazione di report sistematici; La stessa dovrà essere dotata di un sistema informativo aziendale che garantisca i flussi informativi relativi alla registrazione e alla movimentazione dei farmaci impiegati in ambito reumatologico.

L'autorizzazione quale centro proscrittore è condizionata dalla presenza di tutti i requisiti e gli elementi organizzativi precedentemente descritti. L'assenza o il venire meno dei suddetti, comporta la non autorizzazione - per quelli non ancora in possesso della stessa - o l'esclusione dai centri prescrittori per quelli già autorizzati.

ASSISTENZA DI TERZO LIVELLO

L'assistenza di terzo livello è demandata ai nodi della rete presenti negli ospedali Hub ed in possesso dei seguenti requisiti minimi, oltre a quelli già previsti per il secondo livello:

- **Presenza di reparti di Reumatologia e/o di Pediatria** con posti letto da utilizzare per il trattamento di pazienti con malattie reumatiche;
- Negli Hub, in assenza di reparti di Reumatologia e nelle more del riassetto della rete ospedaliera soprattutto per l'area centro che risulta sprovvista di reparti di reumatologia in entrambe le AA.OO. d'area, presenza di posti letto in Degenza

Ordinaria, in Day Hospital, Day Service Ospedaliero da impiegare sistematicamente, nel contesto di reparti di area medica. Ciò al fine di garantire il ricovero e il trattamento di pazienti affetti da patologia reumatica, di fatto già in trattamento da anni; Tale attività di assistenza potrà essere garantità solo in presenza di **almeno uno specialista in reumatologia** dedicato al trattamento e alla cura di detti pazienti o, come previsto dalla vigente normativa, di uno specialista con titolo equipollente o affine con attività almeno decennale in reumatologia ;

- **Presenza di attività sistematica di follow-up attivo, in collegamento funzionale strutturato con i professionisti che fanno parte del team REUMATOLOGICO allargato e formalizzato con atto organizzativo dell'azienda** (Pneumologo, Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Gastroenterologo, Dermatologo, Diabetologo, Nutrizionista Clinico, Patologo Clinico, Microbiologo, Ortopedico, Oculista, Psichiatra, Radiologo, Pediatra, Fisiatra, Genetista, Chirurgo vascolare per la gestione del paziente reumatico complesso con comorbidità.

Perché sia nodo della rete , l'Unità Operativa di Reumatologia, di Pediatra, o, in assenza di reparto di reumatologia, lo specialista di riferimento presente in reparto d'area medica con posti letto dedicati, devono essere in grado di gestire tutte le patologie reumatiche e tutte le fasi diagnostiche complesse, interagendo sia con il gruppo multidisciplinare che con i centri della rete delle Malattie Rare; i Pediatri che hanno in carico i piccoli pazienti affetti da malattie reumatiche, anche ai fini della gestione del periodo transazionale dalla fase pediatrica a quella adulta, dovranno relazionarsi sistematicamente con i colleghi ai quali saranno progressivamente affidati i pazienti divenuti adulti, al fine di identificare un percorso unico di presa in carico dei pazienti.

Il centro Hub, in ambito reumatologico, assicura il necessario supporto alle strutture dell'Area Territoriale in ambito sanitario e Sociale per le azioni di programmazione e governo clinico, tramite lo svolgimento delle seguenti attività:

- delle attività dei Centri di Assistenza Reumatologica, nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di una ottimizzazione del rapporto costi benefici , soprattutto per quanto attiene l'uso dei farmaci innovativi ad alto costo;
- Coordinamento attività di predisposizione di protocolli operativi condivisi;
- Raccolta dei dati epidemiologici relativi alle malattie reumatiche;
- Monitoraggio delle modalità di approccio terapeutico al fine di ottimizzare l'uso appropriato dei farmaci e degli schemi terapeutici sia nel trattamento delle forme di recente insorgenza sia nelle forme ormai cronicizzate;
- Monitoraggio della Rete e raccolta dati sulla diagnosi, gestione e cura delle artriti idiopatiche giovanili, anche per una corretta ed efficace presa in carico dei piccoli pazienti;
- Proposte di sviluppo e rilancio della ricerca.

Le strutture HUB sono centri autorizzati alla prescrizione di farmaci biotecnologici di cui alla DCA 127/2015 DCA n 93/2016 e successive modifiche ed integrazioni. L'autorizzazione quale centro proscrittore è ovviamente condizionata al mantenimento di tutti i requisiti e degli elementi

organizzativi precedentemente descritti. Il venire meno dei suddetti requisiti, comporterà l'esclusione dai centri prescrittori da quelli autorizzati .

I centri privati <u>non</u> possono essere riconosciuti tra i centri prescrittori.

La rete, giusti decreti organizzativi, si configura in tre aree così definite:

AREA NORD, AREA CENTRO, AREA SUD:
A supporto di tali aree esiste un'organizzazione dei servizi ospedalieri secondo il modello hub / spoke, supportato da og (ospedale generale), ozd (ospedale zona disagiata) e da attività ambulatoriali distribuite sul territorio di riferimento, con alcuni centri già autorizzati alla prescrizione dei farmaci biologici , di seguito indicati con un asterisco * e comunque nel rispetto e nelle more di una possibile rivisitazione del DCA n.64 /2015 che ha già riorganizzato la rete di assistenza ospedaliera.

<u>AREA NORD</u>

<u>III Livello</u>

Hub AO CS, Annunziata	SC Reumatologia *

<u>II Livello</u>

Spoke Castrovillari	Reumatologia *
Spoke Rossano /Corigliano	
Spoke Paola/Cetraro	
Ospedale OZD Asp cs Acri	
Ospedale OZD Asp cs S Giovanni in Fiore	
Ospedale OZD Asp cs Trebisacce	

<u>I Livello</u>

Distretto Cosenza Savuto
Distretto Pollino Esaro
Distretto Tirreno
Distretto Valle Crati

Castrolibero	Ambulatorio Territoriale
Praia a Mare	Ambulatorio Territoriale
Rende	Ambulatorio Territoriale
Trebisacce	Ambulatorio Territoriale
Cassano allo Jonio	Ambulatorio Territoriale
San Giovanni in Fiore	Ambulatorio Territoriale
San Marco Argentano	Ambulatorio Territoriale
Acri	Ambulatorio Territoriale
Cosenza	Ambulatorio Territoriale

AREA CENTRO

III Livello

Hub AO CZ,Pugliese Ciaccio	presso SC Medicina- Ambulatorio Reumatologia *
AOUCZ, MaterDomini	presso SC Medicina - Ambulatorio DH Reumatologia *

II Livello

Spoke Lamezia Terme	SC d Medicina Ambulatorio Reumatologia*
Spoke Crotone	SC Geriatria Ambulatorio Reumatologia*
Spoke Vibo Valentia	SC Medicina
Ospedale Generale Tropea	Ambulatorio Reumatologia (Spoke V V) *
Ospedale Generale Soverato	
Ospedale OZD Soveria Mannelli	
Ospedale Generale OZD Serra S Bruno	

I Livello

ASP Catanzaro	**Dovrà prevedere almeno 1 struttura ambulatoriale**
Distretto Catanzaro Lido	
Distretto Lametino	
Distretto Soverato	
ASP Vibo Valentia	
Vibo Valentia	Ambulatorio territoriale
ASP Crotone	
Distretto Crotone	Ambulatorio territoriale
Distretto Cirò Marina	
Distretto Mesoraca	

Casa di Cura Privata Madonna dello Scoglio, con posti letto di reumatologia il cui numero potrà essere oggetto di una proposta di redistribuzione nell'area al fine di garantire adeguata assistenza in almeno 1 degli Hub di riferimento

AREA SUD

III Livello

Hub AO RC, Bianchi Melacrino	SSD Reumatologia *

II Livello

Spoke Locri	SC Medicina con SS Reumatologia*

27

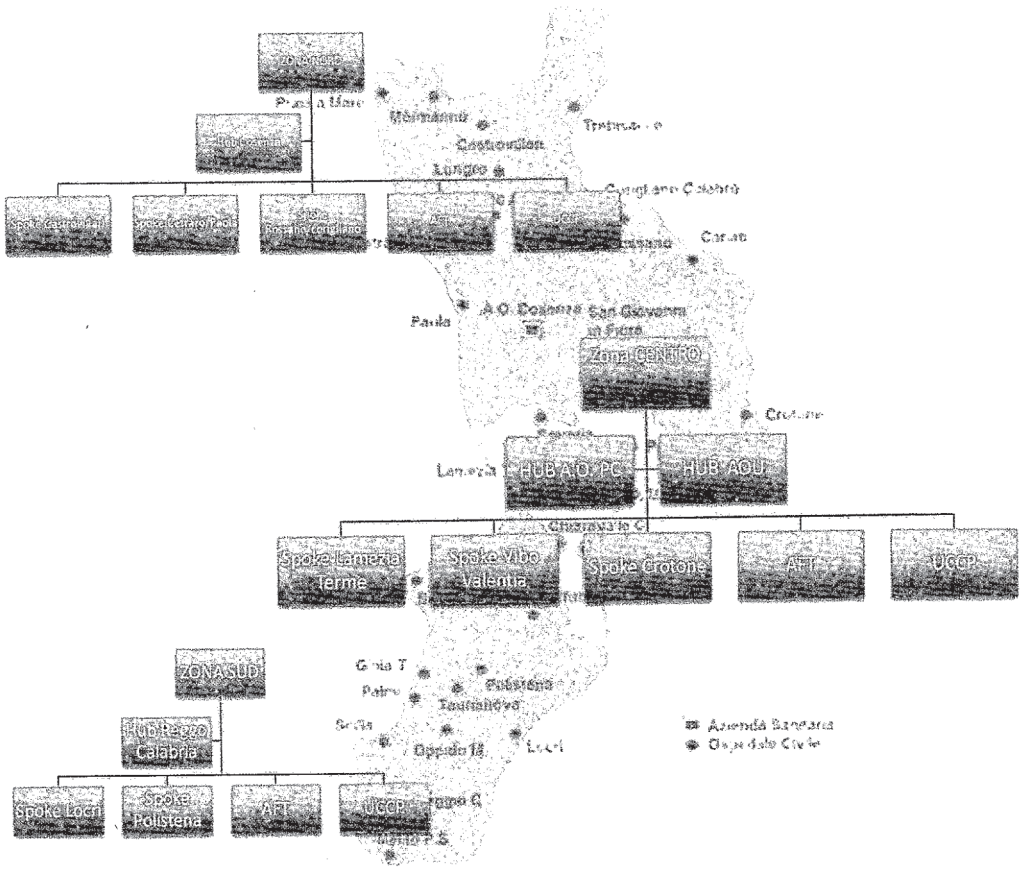
Spoke Polistena
Ospedale Generale OG Gioia Tauro
Ospedale Generale OG Melito Porto Salvo

I Livello

ASP Reggio Calabria 1	Ambulatorio territoriale
Bagnara	Ambulatorio territoriale
Reggio Nord	Ambulatorio territoriale
Villa San Giovanni	Ambulatorio territoriale
ASP Reggio Calabria 2	
Reggio Sud	Ambulatorio territoriale
Saline Ioniche	Ambulatorio territoriale
Melito	Ambulatorio territoriale
Chorio di San Lorenzo	Ambulatorio territoriale
ASP Locride	
Monasterace	Ambulatorio territoriale
Caulonia	Ambulatorio territoriale
Roccella Ionica	Ambulatorio territoriale
Gioiosa	Ambulatorio territoriale
Siderno	Ambulatorio territoriale
Bovalino	Ambulatorio territoriale
Bianco	Ambulatorio territoriale
Palizzi	Ambulatorio territoriale
ASP Tirrenica	
Palmi	Ambulatorio territoriale
Rosarno	Ambulatorio territoriale
Taurianova	Ambulatorio territoriale
Cittanova	Ambulatorio territoriale

Con il presente decreto si struttura la nuova organizzazione della rete secondo lo schema di seguito rappresentato:

Fig.1 Organizzazione della Rete Reumatologica Regionale



IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE REUMATOLOGICA

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale della Rete Reumatologica risponde direttamente al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e si relaziona sistematicamente con il Dirigente del Settore 11 "Servizi Ospedaliero-Specialistico Ambulatoriale, Diagnostica e Laboratoristica Pubblica e Privata" che li coordina e cura le relazioni con i Dirigenti Responsabili o Loro delegati dei Settori Autorizzazione/Accreditamento, Prevenzione, Politica del Farmaco, Territoriale e Informatico per le problematiche di loro competenza che di volta in volta devono essere affrontate.

Il Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale della Rete Reumatologica Calabrese è costituito da due Dirigenti del Settore n.11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, in associazione ai rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti, così come di seguito indicato:

Dott. Sergio Petrillo - Dirigente Medico – R.U.P. Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott.ssa. Maria Antonietta Iorfida - Dirigente Biologo Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute

Dott. ssa Roberta Pellegrini	Hub CS (Referente d'Area)
Dott. Giuseppe Muccari	Hub AO Pugliese Ciaccio di CZ
Prof. Saverio Naty	A.O.U .MD di CZ (Referente d'Area)
Dott. Maurizio Caminiti	Hub, RC (Referente d'Area)
Dott. Marcello D'Amico	Spoke Cetraro-Paola
Dott. Giuseppe Varcasia	Spoke Castrovillari
Dott. Carmela Palopoli	Spoke Crotone
Dott. Massimo L'Andolina	Spoke VV, OG Tropea
Dott. Nicola Congiusta	Spoke, Locri
Dott. Pietro Gigliotti	ASP CS
Dott. Domenico Olivo	ASP KR

Prof.ssa Rosa Daniela Grembiale Delegato Reg.le Società Italiana Reumatologia (SIR)

Rappresentanti Associazioni Pazienti

Dott. Rosario Pugliano	ACALMAR
Dott.ssa Antonella Celano, Ing. Gioconda Durante	APMAR

LE FUNZIONI DEL COORDINAMENTO REGIONALE

- Formulare gli obiettivi organizzativi, programmare le attività di governo clinico;
- Definire le priorità per le attività di ricerca, sviluppo e Health Technology Assessment per l'acquisizione di nuove tecnologie, definire i criteri di appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza reumatologica, con particolare riferimento ai ricoveri;
- Implementare la Rete Informatica;
- Coordinare le attività delle tre Aree nella definizione dei Piani operativi;
- Fornire supporto tecnico per l'attività di programmazione;
- Predisporre documenti ed elaborare linee guida tecnico-scientifiche dalle quali originano i PDTAR con cui vengono istituiti momenti di raccordo per la definizione di strumenti, tempi e metodi di attivazione della rete reumatologica regionale;
- Monitorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali fornendo un'idonea valutazione attraverso una relazione tecnica trimestrale da presentare al Dipartimento Tutela della Salute, Settore 11.
- Il Coordinamento Regionale, attraverso il coinvolgimento di gruppi di lavoro di valutazione del farmaco in seno alla Commissione Regionale del Farmaco, avrà il compito di elaborare raccomandazioni basate sull'evidenza, in merito a farmaci innovativi in ambito reumatologico e di alto impatto economico indicandone la forza e gli indicatori d'uso atteso attraverso specifici quesiti clinici.
- **Il Coordinamento Regionale omogeneizza e rende coerente le attività delle tre Aree che comprendono** le diverse strutture di tutte le Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali che assistono il paziente reumatologico nel percorso diagnostico terapeutico e definisce, con i nodi della rete, le Unità Operative delle Strutture Hub, Spoke e OG e le Unità Specialistiche che partecipano ai percorsi diagnostici che saranno con successivi atti adottati.
- **Il Coordinamento delle tre Aree è affidato ai referenti Hub** che hanno funzione non gerarchica, ma di raccordo di tutti le componenti d'Area, in relazione al funzionamento della rete e della applicazione dei PDTAR e del loro monitoraggio, in stretta collaborazione con gli specialisti dei distretti territoriali afferenti all'area di competenza che gestiscono l'organizzazione di tutti gli ambulatori territoriali.

RETE INFORMATICA A SUPPORTO DELLA RETE REUMATOLOGICA

Il Coordinamento Regionale si impegna a sviluppare le specifiche per un sistema informativo regionale per la reumatologia, tenendo conto di quanto ad oggi esistente nelle aziende e secondo le indicazioni che verranno prodotte dallo stesso, poichè strumento essenziale per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici e per la prescrizione informatizzata dei farmaci reumatologici.

La costituenda rete informatica regionale della reumatologia provvederà a:

- Raccogliere, analizzare e processare le informazioni sanitarie in modo sicuro ed automatico;
- Sviluppare un sistema di reporting della prescrizione specifico e integrato tra territorio e regione ;
- Rendere disponibile il dato ai professionisti della rete secondo codifiche condivise;
- Costruire banche dati per la ricerca scientifica;

L'informatizzazione della Rete si baserà su una piattaforma condivisa dalle Aziende Sanitarie al fine di garantire la connessione online continua di tutte le realtà afferenti alla Rete Reumatologica della Regione Calabria.

La piattaforma prevederà la presenza, all'interno del sito web di ogni singola azienda, di un link "Rete Reumatologica", a cui gli operatori autorizzati possano accedere mediante l'inserimento di una user ID e di una password.

I link di ogni singola azienda garantiranno l'accesso ai database delle singole UU.OO. afferenti alla rete ed insistenti nell'azienda (Archivi dati cartelle cliniche delle UU.OO. di Reumatologia), ai database di archiviazione dei servizi diagnostici ai PDTA regionali, alle Linee Guida Regionali, ai programmi di formazione e d'aggiornamento, ai protocolli degli studi clinici controllati attivi.

Le comunicazioni tra le diverse unità operative della rete reumatologica avverranno attraverso un servizio di posta elettronica certificata al fine di sveltire le procedure e garantire la sicurezza del sistema. All'interno della piattaforma informatica potrebbe anche essere attivato un servizio di TeleMedicina destinato a clinici, utenti, e loro caregivers. Attraverso il servizio di telemedicina i pazienti reumatologici potrebbero avvalersi di una rete di esperti in grado di sostenerli durante tutto il percorso della malattia (counseling clinico e psicologico).

Il servizio di TeleMedicina potrebbe inoltre favorire l'interazione tra i Centri Reumatologici della rete con Centri Reumatologici di rilievo nazionale, collegati alla rete attraverso un servizio di "second opinion" al fine di confrontare sia la diagnosi che la terapia, assicurando al paziente l'opportunità di accesso alle terapie più idonee e consentendo il controllo della qualità degli esami eseguiti, nell'ottica di un supporto decisionale alla ottimale gestione del paziente.

La rapidità nell'ottenere un secondo parere senza spostamenti del paziente consentirebbe inoltre, di indirizzare velocemente lo stesso alle terapie più appropriate, senza ricorrere alla mobilità extraregionale, con il duplice risultato di migliorare la qualità di vita del paziente e risparmiare risorse. Sarà implementato il monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, specificando la tipologia reumatologica della prestazione e il benchmark dei principali tempi di erogazione.

Sulla base dei criteri di appropriatezza, che saranno definiti dal Coordinamento Regionale, e sulla base della valutazione e del monitoraggio effettuato dal Coordinamento reumatologico di area, sarà periodicamente rivalutata la dotazione organica e strumentale della rete reumatologica con il preciso obiettivo di riportare l'attività al setting di erogazione più appropriato. In particolare per le attività di reumatologia si favorirà un aumento dell'erogazione in regime ambulatoriale, in aderenza con quanto previsti dal DPGR 5/2014.
Al fine di migliorare il livello di assistenza, in grado di favorire una diagnosi precoce ed una più accurata appropriatezza prescrittiva è necessaria l'attivazione di un CUP dedicato.

NOTE CONCLUSIVE

La Rete Reumatologica integrata Ospedale – Territorio, in coerenza con il modello HUB e SPOKE e in accordo ed integrazione con il nuovo modello organizzativo assistenziale dell'assistenza primaria (AFT e UCCP) individua i ruoli ed i livelli della rete medesima.

La Rete reumatologica regionale favorisce l'implementazione di modalità e strumenti che facilitino gli scambi informativi tra professionisti, quali ad esempio il teleconsulto specialistico e crea il **Registro regionale delle patologie reumatiche.**
I Nodi della Rete operano in stretta collaborazione, adottando strumenti informatici comuni (cartelle informatiche in rete) e protocolli di trattamento condivisi e comuni.
I requisiti devono essere garantiti per tutte le strutture nelle more dell'autorizzazione ed accreditamento definitivo e previa certificazione delle direzioni sanitarie aziendali.

Il Gruppo tecnico regionale si riunirà periodicamente per aggiornare protocolli, linee guida e PDTAR anche in collaborazioni, quando necessario, con i componenti del gruppo multidisciplinare.

Preso atto che a seguito del DCA n.64 del 2015, tutti i posti letto di reumatologia per l'Area Centro risultano essere allocati nell' ASP Crotone presso la Clinica privata "Madonna dello Scoglio" di Cotronei, al fine di rendere più funzionale la rete reumatologica regionale, appare opportuna prevedere, con successivo atto, la riconversione di un congruo numero di posti letto da allocare presso uno dei centri HUB, al fine di garantire nella città capoluogo di regione, una adeguata assistenza di III livello ai pazienti reumatologici bisognosi di trattamenti per acuti, nel contesto di una struttura dedicata e nel rispetto dei parametri previsti dal D.M. 70/2015.

REGIONE
CALABRIA

ALLEGATO 2

PDTAR PAZIENTE ADULTO

CON

PATOLOGIA REUMATOLOGICA

FASE 1

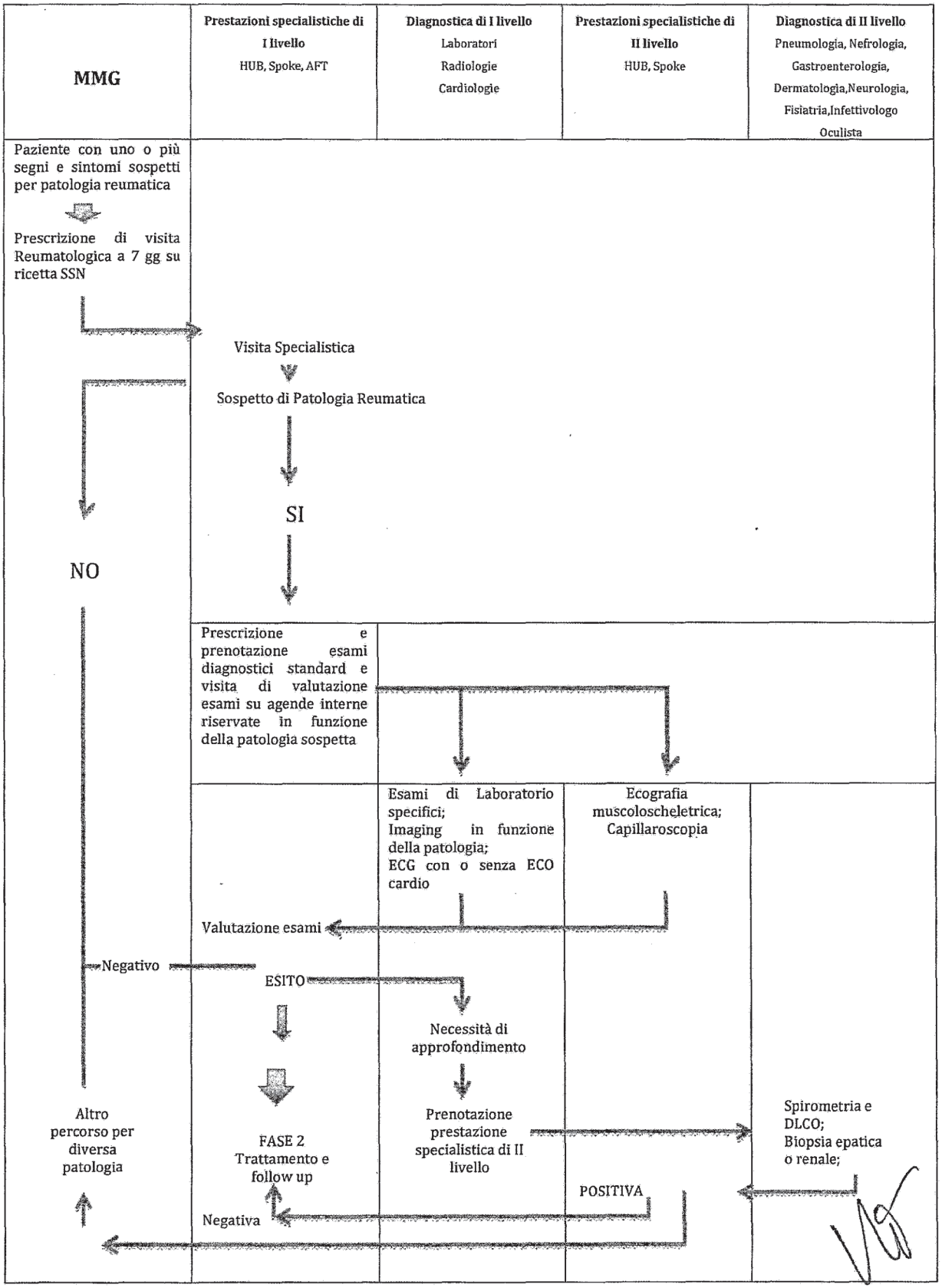
ACCESSO E DIAGNOSI

FASE 2

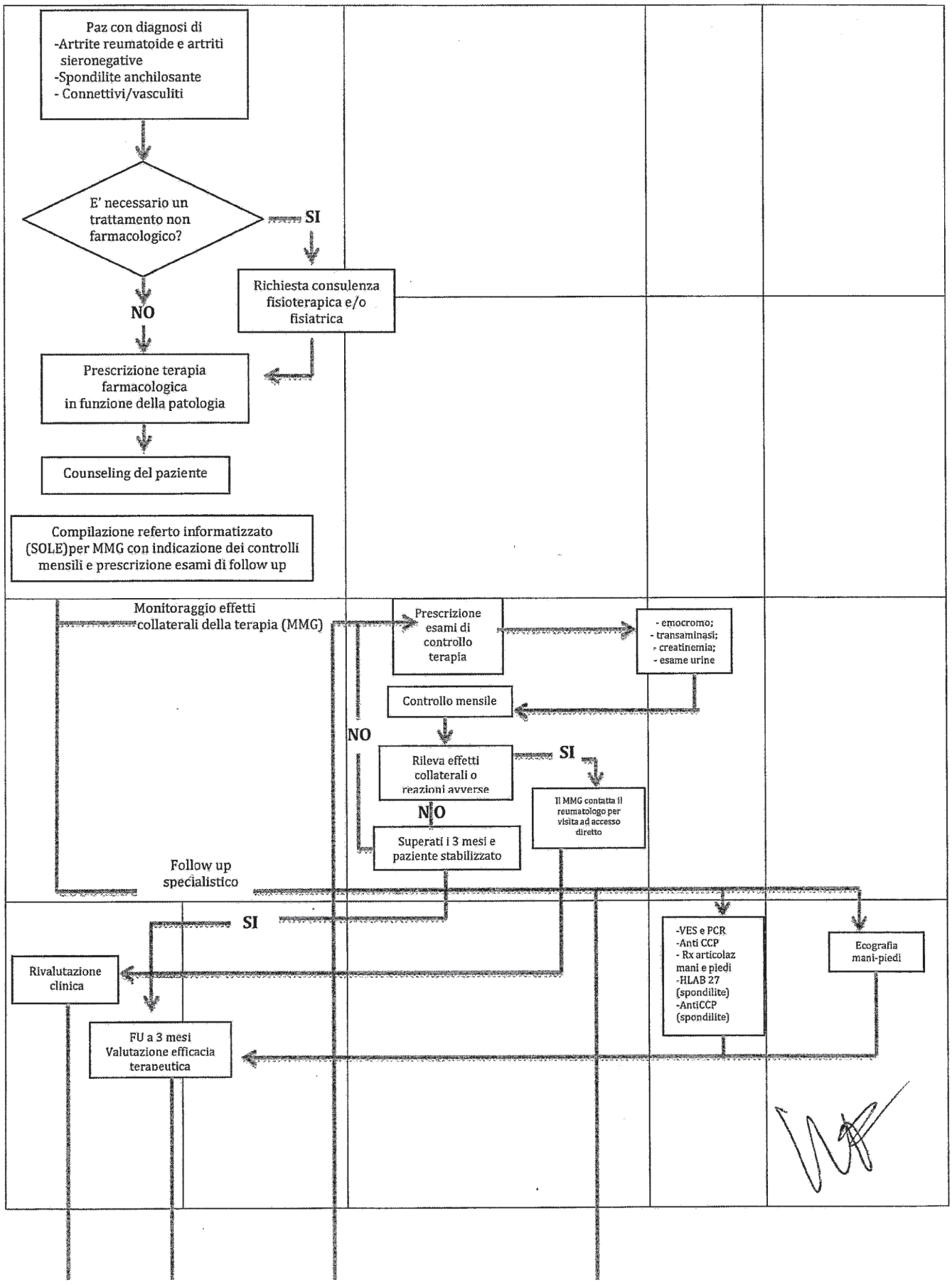
TRATTAMENTO E FOLLOW UP

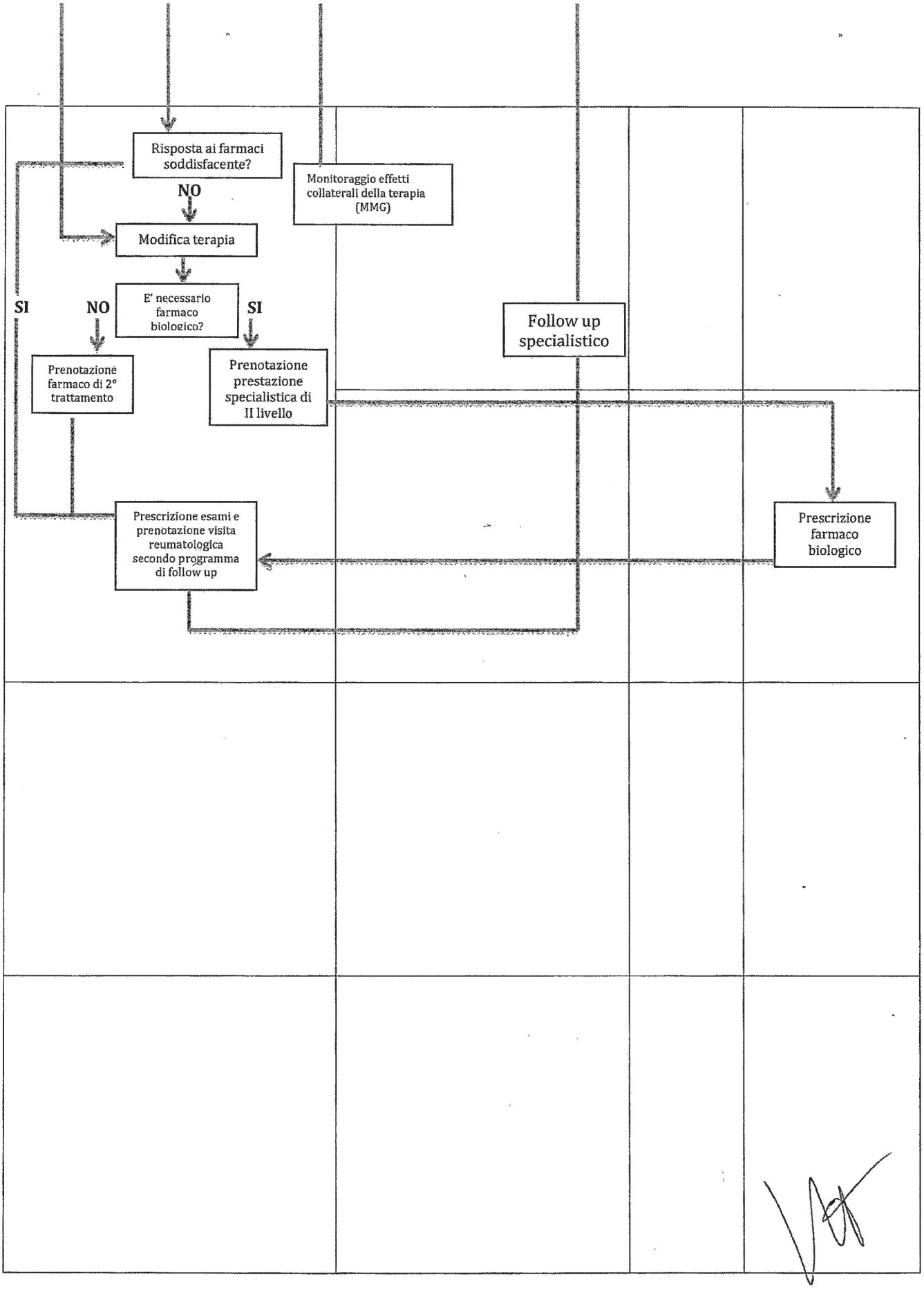
PDTAR Paziente adulto

FASE 1: Accesso e Diagnosi



Fase 2 Trattamento e Follow up




Risposta ai farmaci soddisfacente?
NO
Modifica terapia
E' necessario farmaco biologico?
SI
NO
SI
Prenotazione farmaco di 2° trattamento
Prenotazione prestazione specialistica di II livello
Monitoraggio effetti collaterali della terapia (MMG)
Follow up specialistico
Prescrizione esami e prenotazione visita reumatologica secondo programma di follow up
Prescrizione farmaco biologico

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n.**162** del **18/11/2022**

OGGETTO: Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

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

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

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

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTO l'art. 2, comma 88 della L. 23 dicembre 2009 n. 191 che stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già Commissariate alla data di entrata in vigore della presente Legge, resta fermo l'assetto della gestione Commissariale vigente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati predisposti dal Commissario ad acta;

RILEVATO CHE, ai sensi del comma 88 bis della citata Legge 191/2009 come inserito dall'art. 17, comma 4, lettera b del D.L. 98/2011 convertito, con modificazione dalla legge 111/2011 " *i Programmi Operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, di qualificazione e potenziamento del Piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del Servizio Sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del Piano di rientro, nonché, di ulteriori obblighi regionali derivanti da intese fra lo Stato*

le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni statale vigente"
VISTO l'art.6, comma 1, del Decreto-Legge 10 novembre 2020, n. 150 e smi che stabilisce che " *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"* ;
RILEVATO CHE, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 del citato decreto-Legge "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, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni contenente le modalità di erogazione delle risorse di cui al comma 1";*
VISTO l'articolo 16-septies del decreto legge n. 146 del 21 ottobre 2021, lettera e) stabilisce che "*per l'anno 2022 non si dà luogo alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nella matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno 2022. Le relative somme sono recuperate dalle regioni e province autonome in un arco quinquennale a partire dall'anno 2026. Il Ministero dell'economia e delle finanze provvede a tal fine. Si applicano conseguentemente le disposizioni di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118"*
CHE alla lettera f) stabilisce che *"è autorizzato nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale un contributo di solidarietà in favore della Regione Calabria di 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025";*
PREMESSO CHE con prot. n. 51-P del 30/03/2022, sono state trasmesse le linee di indirizzo predisposte dai Ministeri affiancanti per la redazione dei Programmi Operativi;
CHE con nota n. 181963 del 13/04/2022 (prot. SIVEAS n. 65 del 13/04/2022), la struttura commissariale trasmette il Programma Operativo 2022-2024 di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria.
RILEVATO CHE i Ministeri affiancanti, con il parere n. 133-P dell'11/07/2022, avevano formulato talune osservazioni e richiesto integrazioni, sulla bozza di Programma Operativo 2022-2024 trasmesso dalla struttura commissariale della Regione Calabria con prot. SIVEAS n. 65 del 13/04/2022;
CONSIDERATO che la legge n. 234/2021 definisce una cornice programmatoria pluriennale per la Regione Calabria e che in forza dell'articolo16-septies del decreto legge n. 146/2021 la Struttura Commissariale ha inteso estendere al periodo 2022-2025 la programmazione di cui al Programma operativo di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria;
CHE con la nota n. 451269 del 12/10/2022 (prot. SIVEAS n. 209 del 12/10/2022), la Struttura Commissariale ha provveduto a trasmettere una nuova versione del Programma Operativo 2022-2025 di prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria, nel quale sono state le recepite le osservazioni formulate dai Ministeri affiancati;
CHE con successiva nota n. 459519 del 18/10/2022 (prot. SIVEAS 224 del 19/10/2022), la struttura commissariale ha trasmesso, ad integrazione del (prot. SIVEAS 209 del 12/10/2022), il file excel contenente i modelli "CE Tendenziale e Programmatico 2022-2025".
VISTO il parere n. 261-P del 15/11/2022 in cui si rileva che la nuova bozza di PO risulta recepire gran parte delle osservazioni formulate nel precedente parere dai Ministeri affiancanti e di procedere all'approvazione formale del Programma operativo 2022-2025 previo recepimento di alcune ulteriori prescrizioni;
VISTO che nel medesimo parere è previsto di integrare con specifici indicatori di performance e di esito rinviando la loro definizione alla scheda di monitoraggio di cui alle linee di indirizzo per la redazione dei Programmi Operativi (prot. n. 51-P del 30/03/2022);
ATTESO che a seguito del parere sopra citato si è provveduto a recepire le ulteriori prescrizioni;
RITENUTO, pertanto, di procedere all'approvazione del Programma Operativo 2022-2025 di cui all'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, corredato dai

modelli CE tendenziale e programmatico 2022-2025 nonché dal modello LA tendenziale e programmatico;
VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 512004 del 18/11/2022.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;
DI APPROVARE il Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i. di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, corredato dai modelli CE tendenziale e programmatico 2022-2025 nonché dal modello LA tendenziale e programmatico;
DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati;
DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";
DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

F.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

F.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

Il Dirigente Generale
F.to Ing. Iole Fantozzi

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 Riqualificazione 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/adeguato 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 scientifiche[3] e nei rapporti sul coordinamento della finanza pubblica dell'ultimo biennio[4].

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.

<u>Le Persone, Formazione, Change Management</u>

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 proramma 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 1º 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.

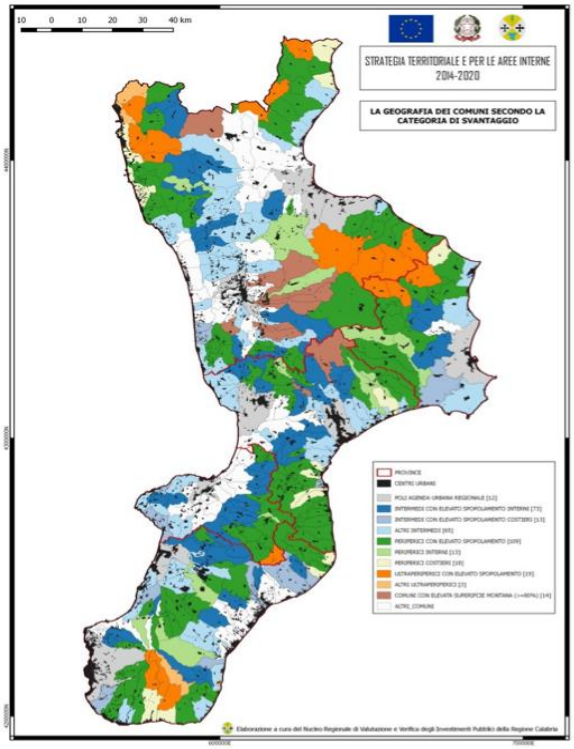
FIGURA 1. LA STRATEGIA - AREE INTERNE IN CALABRIA

STRATEGIA AREE INTERNE	N. Comuni	Popolazione (ISTAT 2011)	Superficie Kmq
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 adempienza nei vari livelli di assistenza; la qualità dei servizi resi in Calabria risulta essere in peggioramento con un punteggio pari a 125[5] (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 rifermento 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'assistenzain 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 grandi apparecchiature sanitarie	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 Consultori 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	**DATI PASSI** valore osservato 2019 (IC95%): 42,26 (39,36 – 45,22) valore atteso 2012 (IC95%): 45,6 (41,8 – 49,5) **DATI ISTAT** valore osservato 2019 (IC95%): 43,86 (41,65 - 46,07) valore atteso 2012 (IC95%): 42,1 (39,3 -

				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 inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza 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 rifermento 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 - Proporzione 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 rifermento 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 rifermento 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 rifermento 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 <= 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 inappropriatezza, *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/prod. 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 - Colecistectomia 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/prod. 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/prod. 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 - Colecistectomia 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 di fuga	Vol. ricovero	Volumi Priv. (%)	IAO %
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
- potenziamo 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 *"l'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'Agenzia 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'emergenzada 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 perla 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 requisitiformativi;

- 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 ≥ 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 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+I+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**

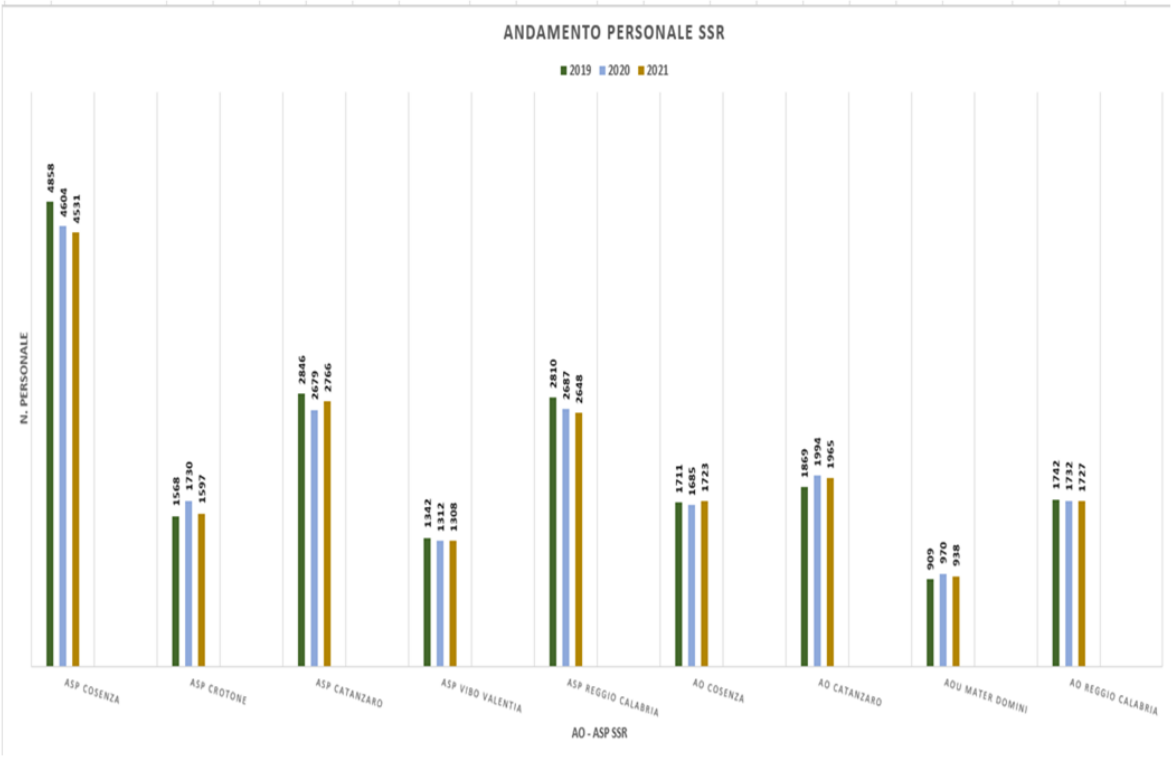
Relativamente alla consistenza del personale, si riportano, di seguito, i dati al 31/12/2021 da tab b:

		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	4858	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	256	543	413	385	131	370
	Dirigenti non medici	115	39	75	24	71	36	42	16	49
	Personale non dirigente	3249	1139	2070	963	1818	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	4604	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	290	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	4531	1597	2766	1308	2648	1723	1965	938	1727
	COVID (di cui)	167	110	92	77	198	54	128	159	165

CALABRIA		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 “Presa 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 dl 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 Assunzione 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 inserti 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.

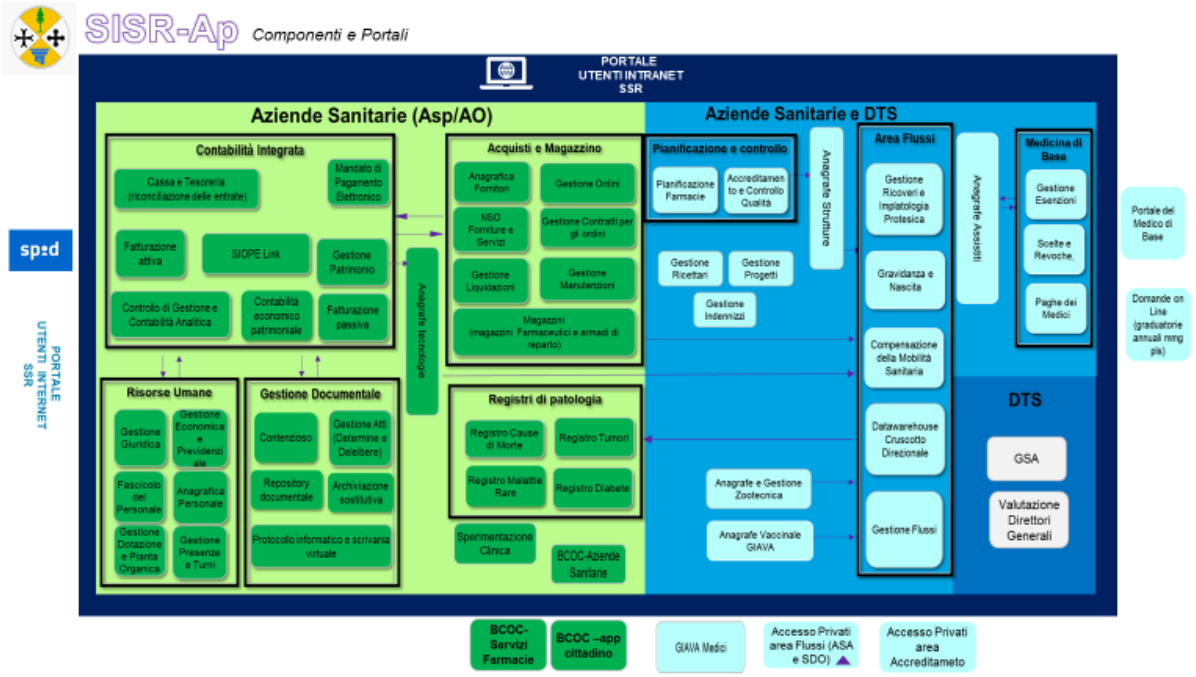
Collegi Sindacali Aziende SSR (coinvolgimento quale organo di controllo))

5. SISTEMI INFORMATIVI

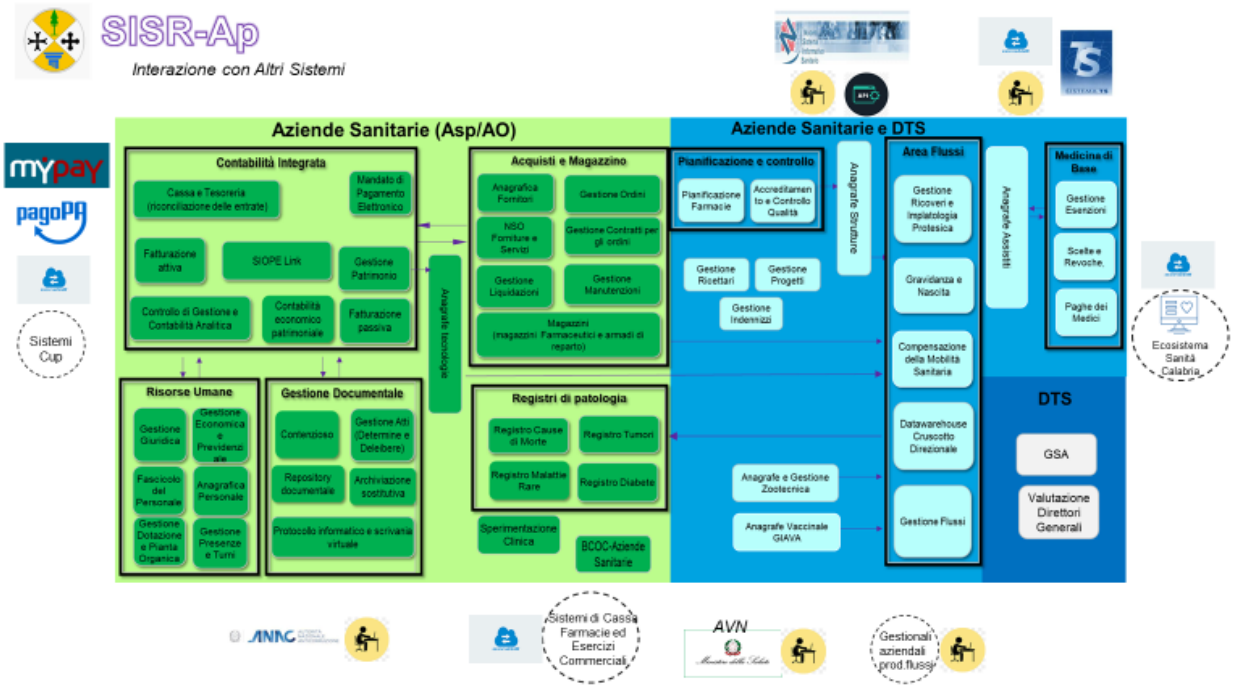
Stato di attuazione

I sistemi informativi rivestono un ruolo centrale che deve essere decisamente potenziato e reso più funzionale, a livello regionale e delle singole aziende e presìdi.

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 atermine 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 2017non 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 stanzia 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 affinchè 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 sostitutiva	■	■	■	■	■	■	■	■	■
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 Esenzioni					●	●	●	●	●
ALTRE	Medicina di Base					●	●	●	●	●
ALTRE	Compensazione della Mobilità Sanitaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ALTRE	Portale del Medico di Base					●	●	●	●	●
ALTRE	Anagrafe Vaccinale Giava					●	●	●	●	●
ALTRE	Gestione Ricoveri e Implantologia Protesica (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
- (P) Avvio pianificato
- (P) 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 deiprocessi di attività sanitaria	Numero di sistemi avviati su totale sistemida 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 eTerritoriale	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 eTerritoriale	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 programmatori 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:

- Riqualificazione 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 inappropriatezza 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. 1502020 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 Crotone	***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'Accodo 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'Accodo 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	Tomogrago 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 dei 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 LTl61/21, 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 percento 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 Crotone	***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 Crotone	***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 rifunzionalizzazione 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 Crotone	*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 I° LIVELLO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LOCRI (RC)*	*P.O. LOCRI*	*DEA I*
ASP REGGIO CALABRIA	*PNRR INTERVENTI FINALIZZATI ALLA DIGITALIZZAZIONE DEL DEA DI I° 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 I I*
AO "PUGLIESE-CIACCIO" CATANZARO /AOU "MATER DOMINI" CATANZARO	*AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO*	*PO "PUGLIESE" /PRESIDIO OSPEDALIERO GERMANETO E UFFICI AMMINISTRATIVI*	*DEA I I*
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 I I*

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 dei 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*

AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO	*AO "PUGLIESE CIACCIO" CATANZARO*	*2*	*PROGETTAZIONE DA AVVIARE*

ENTE del SSR	Titolo intervento (PNC)	Interventi	
		Cat. Zona sismica	Livello progettazione
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 norma\\ive 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.
- Sovrapponibilità 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 inappropriatezze, 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 destinata 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%.

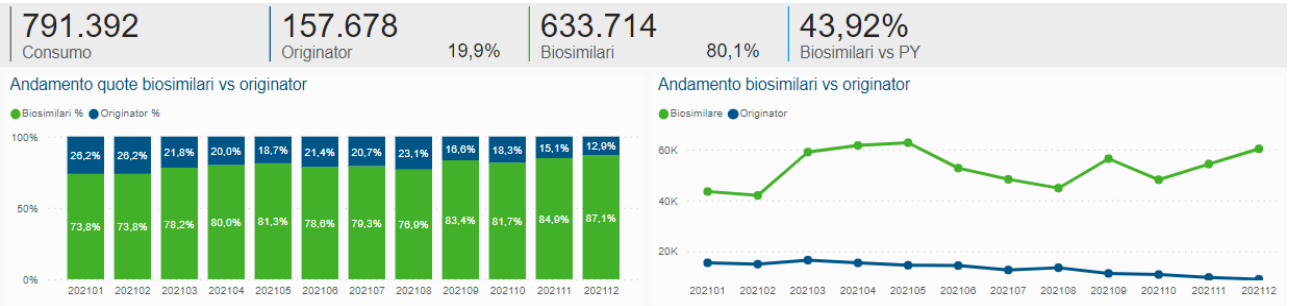
Molecola	Prezzo medio Italia (euro)	Prezzo medio Calabria (euro)	Scostamento assoluto (euro)	Scostamento percentuale (%)
Adalimumab	244,94	530,79	285,85	116,70
Bevacizumab	682,44	655,68	-26,76	-3,92
EBPM	10,80	15,54	4,74	43,89
Epoetine	17,97	32,61	14,63	81,47
Etanercept	456,70	756,25	299,55	65,59
Filgrastim	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

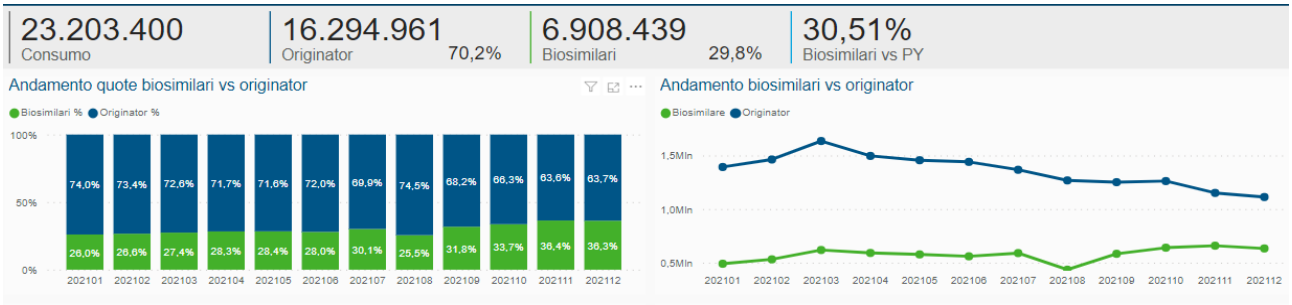
L'analisi dei consumi per l'anno 2021 dei farmaci biosimilari rispetto ai farmaci originator, mostra un maggiore utilizzo dei farmaci biosimilari che cresce nell'ultimo trimestre dell'anno 2021 rispetto ai primi mesi, con un consumo del biosimilare pari all'87,1% nell'ultimo mese.



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 nel periodo gen-set 2021***	***Biosimilare: prezzo medio per confezione a set 2021***	***Originator: prezzo medio per confezione nel periodo gen-set 2021***	***Originator: prezzo medio per confezione 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 ai Distributori	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	SPESA 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 dl 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 del farmaci biologici ih 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 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 118/2035 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 118/2035 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 118/2035 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			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 VV	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 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 conseguenzialmente 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 dl.gs. 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 costituiva 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 costituiva 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

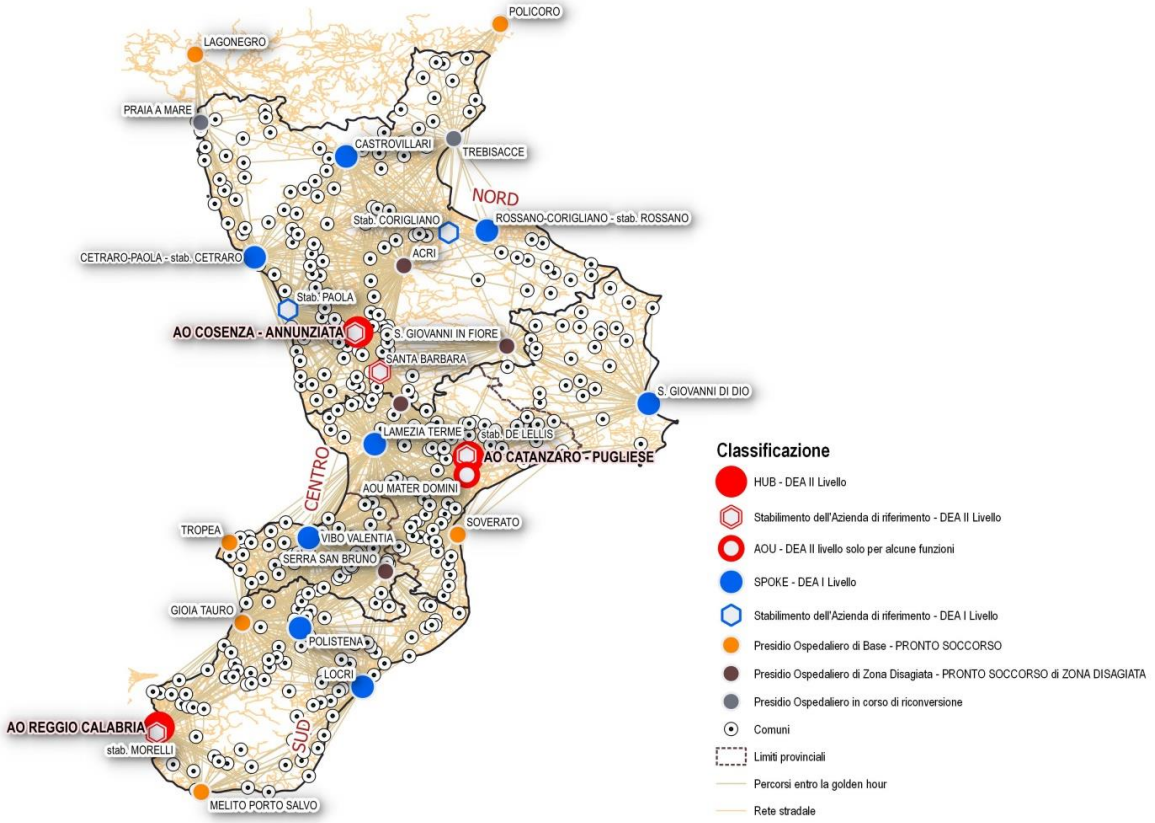
10.2 Rete ospedaliera - stato di attuazione e programmazione

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.

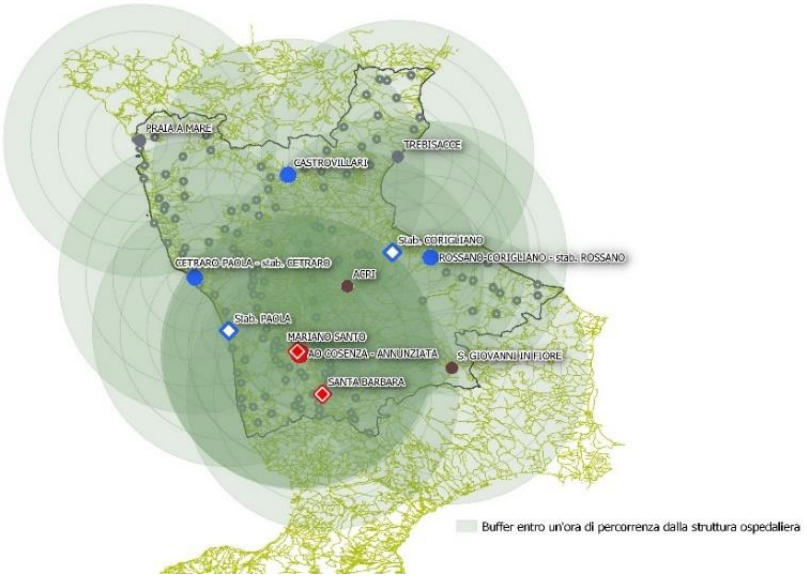
10.3 Distribuzione geografica dei servizi ospedalieri

Si riporta di seguito un approfondimento circa la distribuzione geografica dei servizi e la copertura del territorio.

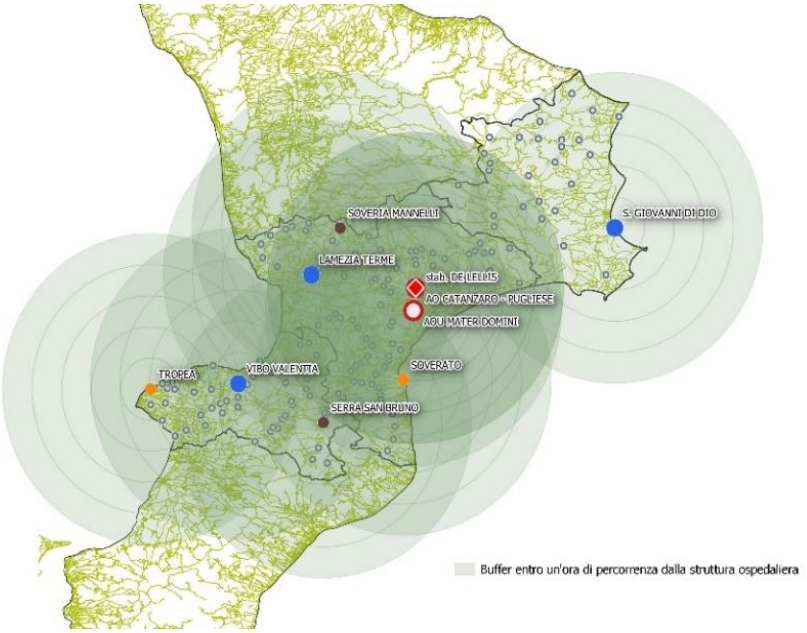


Si riportano di seguito le mappe rappresentative della copertura delle aree geografiche Nord, Centro, Sud che mostrano la completa copertura del territorio in termini di strutture raggiungibili entro un'ora dai diversi bacini di popolazione e dai singoli Comuni.

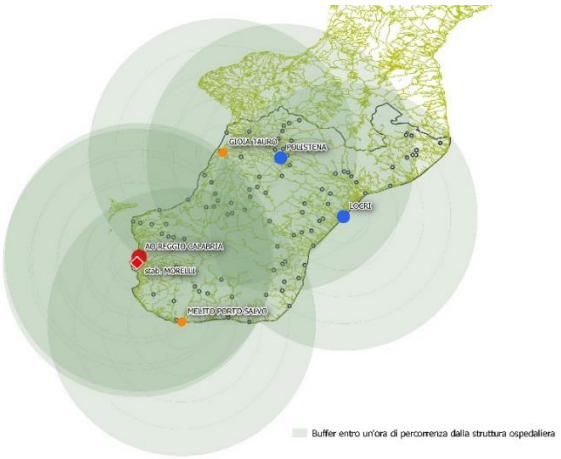
Area Nord



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 Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
Area funzionale	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati
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%
MATERNO 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 Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
Area funzionale	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati
CHIRURGICA	215	215	-	100%	219	242	23	111%	229	229	-	100%	663	686	23	103%
MATERNO 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 Nord				Area Centro				Area Sud				Totale Regionale			
Area funzionale	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati	PL DO DCA 64/2016	PL DO HSP 2019	delta	% pl attivati
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%
MATERNO 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 occupazione[6] 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 (≥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 (≥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 Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
Area funzionale	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 Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
Area funzionale	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 Nord			Area Centro			Area Sud			Totale Regionale		
Area funzionale	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 Ciacco. Per la provincia di Crotone, l'Ospedale S. Giovanni di Dio di Crotone 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 Crotone, 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 Nord			Area Centro			Area Sud			Totale		
Area funzionale	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 TRAPIANTC	-	-	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 XXIII'	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 XXIII'	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 Nord			Area Centro			Area Sud			Totale		
Area funzionale	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 Ospedaliera 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 EVOLI' - 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		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

		Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12				
Cod. disc.	Descrizione disciplina	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	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
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

		Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12				
Cod. disc.	Descrizione disciplina	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	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
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

		Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12				
Cod. disc.	Descrizione disciplina	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	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
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

		Numero Dimessi			PL DCA 64/2016			PL HSP-12				
Cod. disc.	Descrizione disciplina	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	Giornate di degenza DO	Tasso di occupazione DO
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 PUGLIESE	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 Jazzolino 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.	P.O. 'GIOVANNI XXIII' di GIOIA TAURO
cardiocircolatorio	alto	alto	na	na	na	na	na	medio	na
gravidanza 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'alto, 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 inappropriatezza	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 inappropriatezza 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.

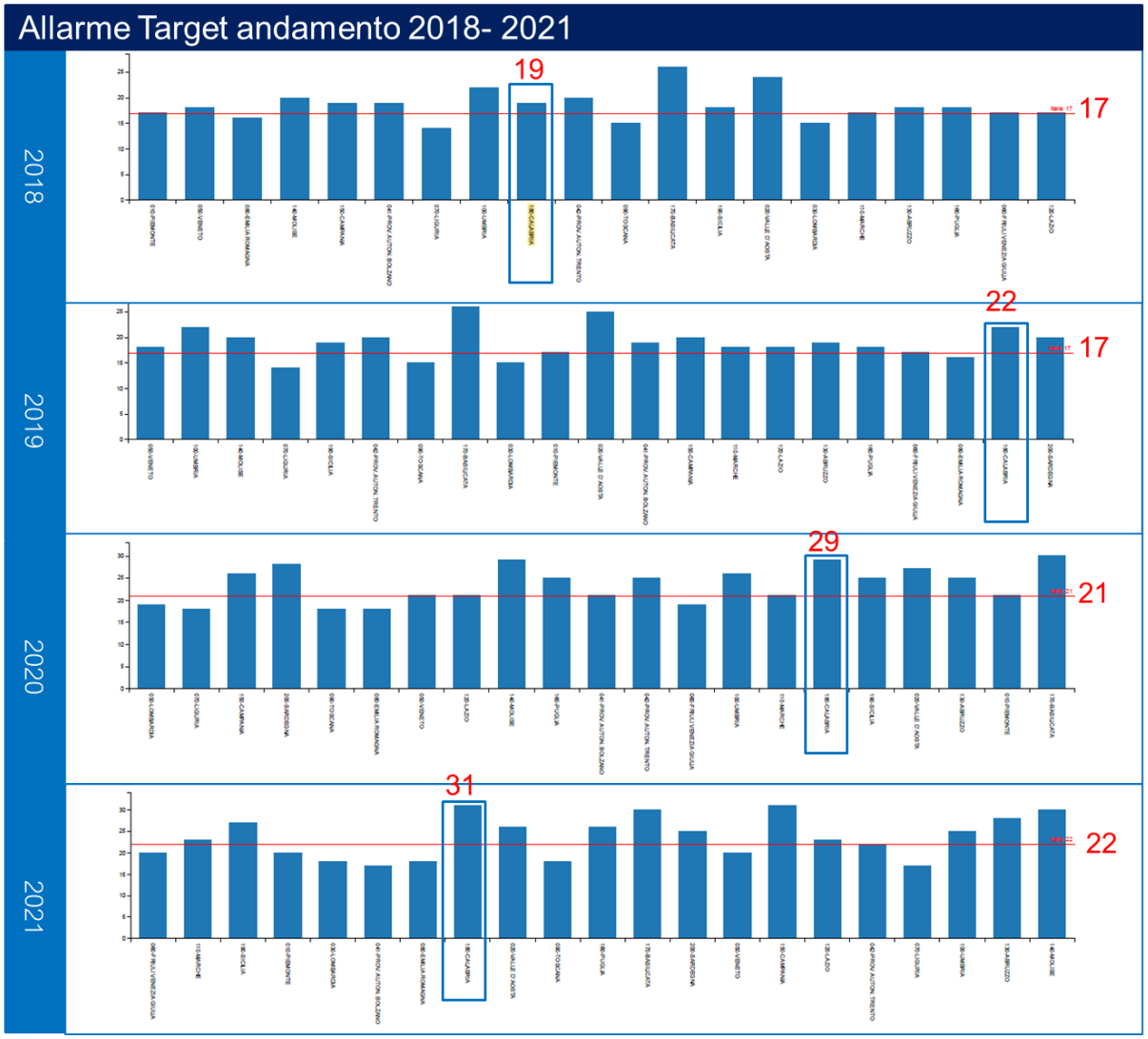
Strutture pubbliche	Provincia	Ruolo nella rete EM-UR	Standard DM 70/2015	N. accessi PS 2017	N. accessi PS 2018	N. accessi PS 2019
Totale Regione				518.456	428.739	488.135
OSPEDALE CIVILE FERRARI - CASTROVILLARI	CS	DEA I LIVELLO	N. accessi > 45.000	16.508	18.475	17.931
P.O. PRAIA A MARE	CS					
Ospedale 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, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria. Si programma l'accorpamento delle CO 118 di Crotone 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 équipe 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	CARDIO-LOGIA	UNITA' CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
A.O.	180912	A.O. DI COSENZA	COSENZA	25	10	si
A.S.P. Cosenza	180006	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	CASTROVILLARI	18	7	si
	180010	P.O. CORIGLIANO	CORIGLIANO	18	7	no
	180012	P.O. CETRARO	CETRARO	18	7	no
AZIENDE PRIVATE	180025	CASA DI CURA TRCARICO ROSANO	BELVEDERE MARITTIMO	22	5	si

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	CARDIO-LOGIA	UNITA' CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
CATANZARO						
A.O.	180913	A.O. DI CATANZARO	CATANZARO	20	12	si
A.O.U.	180914	A.O. MATER DOMINI	CATANZARO	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	CARDIO-LOGIA	UNITA' CORO-NARICA	EMO-DINAMICA
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 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 Crotone 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											
	Codici diagnosi				Codici intervento						
Strutture	_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									
	Codici diagnosi			**Codici intervento**					
Strutture	**_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									
	Codici diagnosi			**Codici intervento**					
Strutture	**_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 PDTA 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 (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE*) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA).	Annuale
		Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) 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 condividi 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 Consultori 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 consultori 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 consultori 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 molecolar 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 Antiblastici (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 Elaborazione di un Piano di potenziamento aziendale delle singole chirurgie	Giugno 2022 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 molecolar 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 Progetto operativo	Dicembre 2023 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 (dietetica 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 anali 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 Presìdi 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 inappropriatezza 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 afferenza.

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 eziopatogenica 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 diseguaglianze, 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-acuti 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 costatato 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 Crotone 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 programmatorie. 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 comorbilità 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 *web-based* 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 (*errata corrige / tot.* ***118*** *non 117 come riportato nel dca 65)*	**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 Crotone 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 Crotone 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 Crotone 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

1.1Istituzione 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. **Case 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

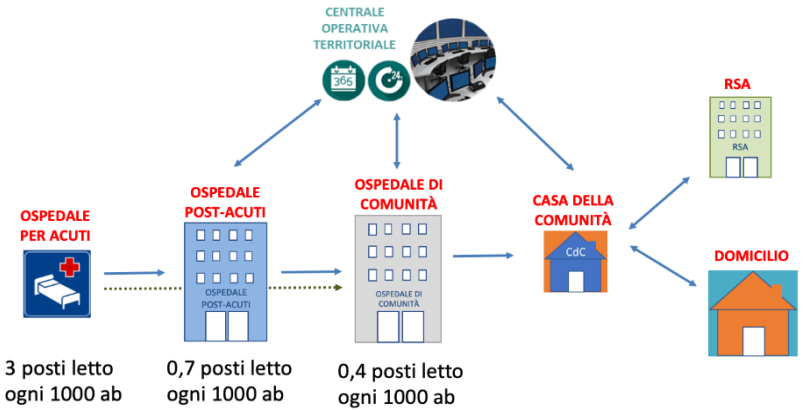
La programmazione da PNRR indicherà i modelli strutturali e gestionali-organizzativi di tali realtà giusto DCA 15/2022.

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	• Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • *Report* 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	• Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • *Report* 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	• Implementazioni anagrafiche • Certificazioni • *Report* 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	• *Report* 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 diffusive 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	• Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • *Report* informativi/rendicontazioni ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni
D6	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive 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	• Gestione di casi di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • *Report* 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	• Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Rilascio pareri ed autorizzazioni • *Report* 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	• 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	• 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	• Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti • Certificazioni • *Report* 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	• Sorveglianza epidemiologica • *Report* 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	• Aggiornamento di un'anagrafe locale • Vigilanza su utilizzatori • Controlli ufficiali e altre attività ufficiali e provvedimenti conseguenti su allevatori e fornitori • *Report* 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 / riconoscimentodi 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/*report* 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/*report* 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/report 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/*report* 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/*report* 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/*report* 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/*report* 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/*report* 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/*report* 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, evidenzi 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 dettagliano 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. II 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 del 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 colorettali, 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 anestesi	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 Crotone 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 Crotone 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 cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri 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 ≥ 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 atinfluenzale (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)	≥95%	≥95%	91,69 %	**≥95%**	**≥95%**	**≥95%**
2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia(MPR)	≥95%	≥95%	88,98	**≥95%**	≥95%	≥95%

3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale dell'anziano (>= 65 anni)	≥75% minimo ≥95% Ottimale	≥75%	**79%**	**≥75%**	≥75%	≥75%
4	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino antivaricella (MPRV oppure MPR+V)	≥95%	**≥95%**	**88,98**	**≥95%**	≥95%	≥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 obbiettivi 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 STEAOTISI 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 tabelle descrive sinteticamente quali sono le proposte di progetto di prevenzione in ambito Cardio Metabolico legato all'aspetto della Nutrizione.

Fascia Età	**Patologie**	**Azioni**				
Pediatrica 3-17 anni	PRE OB/OB	Diagnosi I° Livello	Valutazione Accrescimento Genitale	Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica	Follow Up	Raccolta Dati
	PRE DMII	Diagnosi I° Livello	Traiettoria Glicemia	Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica	Follow Up	Raccolta Dati
	DMII	Diagnosi I° Livello	Invio HUB Pediatrico Nutrizione Clinica	Follow Up	Raccolta Dati	
Adulti 18-65	PRE OB/OB	Diagnosi I° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Follow Up	Raccolta Dati	
	IP	Diagnosi I° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Follow Up	Eventuale Invio HUB per IRC	Raccolta Dati
	PRE DMII	Diagnosi I° Livello	Protocollo 8 settimane Reverse Diabetes	Traiettoria Glicemica	Invio HUB Nutrizione Clinica	Raccolta Dati
	DMII	Diagnosi I° 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 I° Livello	Prescrizione Dieta Mediterranea Personalizzata	Prescrizione Esercizio Personalizzato	Invio HUB Nutrizione Clinica	Raccolta Dati
	Sarcopenia	Diagnosi I° 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 Accreditamento", 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 die 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 *in itinere*	90% DDG	Settembre 2022
	1.2.2 Avvio delle procedure di accreditamento e di rinnovo accreditamento	(DCA) - 20% delle procedure concluse	Settembre 2022
	1.2.3 Prosecuzione delle procedure di accreditamento e di rinnovo accreditamento	(DCA) - 50% delle procedure concluse	Dicembre 2022
	1.2.4 Completamento delle procedure accreditamento in itinere	(DCA) - 100% delle procedure concluse	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 20l5 (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 istituendi 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_Attività_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 *report* 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 regolamenta 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 unita' 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 regionale 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-Sisr) 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 Azienda 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	**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. **Gestione del contenzioso**. L'Azienda comunica di aver proceduto a rilevare le informazioni principali relative al processo di "*Gestione del fondo rischi ed oneri per contenzioso".* 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

	pendente e definito alla data del 31/12/2020 seppur con dati ancora parziali. **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. **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.
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 Sisr, 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-Sisr, 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 Tendenziale 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 Tendenziale 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 programmatorio. 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 Tendenziale 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 Tendenziale 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-sepeties, 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 - Personale

TENDENZIALE

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 famaci 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 giustifichino 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 Capitalizzati

TENDENZIALE 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 - Accantonamenti

TENDENZIALE

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 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
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 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
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 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
		A	B	C	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 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
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 constante 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".

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 40 del 25/01/2023

OGGETTO: modifica/integrazione DCA 162 del 18 novembre 2022 "*Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.*";

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;
VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;
VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;
VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;
VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;
VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;
VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.
VISTO l'art. 2, comma 88 della L. 23 dicembre 2009 n. 191 che stabilisce che per le Regioni già sottoposte ai Piani di Rientro e già Commissariate alla data di entrata in vigore della presente Legge, resta fermo l'assetto della gestione Commissariale vigente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati predisposti dal Commissario ad acta;
RILEVATO CHE, ai sensi del comma 88 bis della citata Legge 191/2009 come inserito dall'art. 17, comma 4, lettera b del D.L. 98/2011 convertito, con modificazione dalla legge 111/2011 " *i Programmi Operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, di qualificazione e potenziamento del Piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del*

Servizio Sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del Piano di rientro, nonché, di ulteriori obblighi regionali derivanti da intese fra lo Stato le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni statale vigente"

VISTO l'art.6, comma 1, del Decreto-Legge 10 novembre 2020, n. 150 e smi che stabilisce che " *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"* ;

RILEVATO CHE, ai sensi dell'articolo 6, comma 2 del citato decreto-Legge "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, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, di uno specifico Accordo tra lo Stato e le Regioni contenente le modalità di erogazione delle risorse di cui al comma 1";*

VISTO l'articolo 16-septies del decreto legge n. 146 del 21 ottobre 2021, lettera f) stabilisce che *"è autorizzato nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale un contributo di solidarietà in favore della Regione Calabria di 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025";*

CONSIDERATO che con la nota n. 451269 del 12/10/2022 (prot. SIVEAS n. 209 del 12/10/2022), la Struttura Commissariale ha provveduto a trasmettere una nuova versione del Programma Operativo 2022-2025 di prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi della Regione Calabria, nel quale sono state le recepite le osservazioni formulate dai Ministeri affiancati;

CHE con successiva nota n. 459519 del 18/10/2022 (prot. SIVEAS 224 del 19/10/2022), la struttura commissariale ha trasmesso, ad integrazione del (prot. SIVEAS 209 del 12/10/2022), il file excel contenente i modelli "CE Tendenziale e Programmatico 2022-2025".

VISTO il parere n. 261-P del 15/11/2022 in cui si rileva che la nuova bozza di PO risulta recepire gran parte delle osservazioni formulate nel precedente parere dai Ministeri affiancanti e di procedere all'approvazione formale del Programma operativo 2022-2025 previo recepimento di alcune ulteriori prescrizioni;

CHE con il DCA n. 162 del 18 novembre 2022 si è proceduto all' "*Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'articolo 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.*";

CHE con parere prot. n. 264-P del 23 novembre 2022 i Ministeri affiancanti hanno preso atto del Programma Operativo 2022-2025 adottato;

VISTO l'Accordo rep. Atti n. 264/CSR del 21 dicembre 2022 recante: "*Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, così come modificato dalla legge di conversione 30 dicembre 2020, n. 181, concernente le modalità di erogazione del contributo di solidarietà finalizzato a supportare gli interventi di potenziamento del servizio sanitario della Regione Calabria*"

CHE con il succitato accordo si è preso atto dell'intervenuta presentazione ed approvazione, con il DCA n. 162/2022 del Programma Operativo 2022-2025 di prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo della Regione Calabria allegandolo all'accordo medesimo;

VISTO il paragrafo 10.1 del Programma Operativo 2022-2025 avente ad oggetto "*Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro*"

CONSIDERATO che nel medesimo paragrafo è prevista la seguente procedura:

"1. Istanza del Commissario ad acta intesa a perfezionare la necessaria conversione dell'atto presidenziale regionale nullo pervenendo ad un DPCM che abbia efficacia costituiva 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. (...)

4. Adozione del Presidente del Consiglio dei Ministri del DPCM che formalizzi l'intervenuta costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco";

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021 che al punto 15) del mandato commissariale prevede "*definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente"*;

VISTO che con nota prot. n. 11368 dell'11 gennaio 2023 l'Università "Magna Graecia" ha trasmesso la delibera licenziata dal Senato Accademico nella seduta del 4 gennaio 2023 e il parere pro veritate dei Proff. Filippo e Enrico Lubrano dal quale si evince che nessun atto preliminare è necessario per la stipula del protocollo d'intesa e per la disciplina relativa alla nuova azienda Dulbecco.

CHE l'Università condivide il parere pro veritate e invita il Commissario ad Acta a rettificare il DCA n. 162/2022 nelle parti che riguardano l'Azienda ospedaliera-universitaria Dulbecco e le procedure previste per la stipula del protocollo d'intesa Regione/Commissario-Università Magna Graecia.

RITENUTO pertanto necessario, al fine di addivenire nel più breve tempo possibile alla fusione per incorporazione dell'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro, richiedere con nota prot. n. 13961 del 12/01/2023 un approfondito esame da parte del Ministero della Salute in merito a quanto previsto nel Programma operativo 2022-2025 sul "Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro".

CHE con nota prot. n. 285 del 16/01/2023 il Ministero della Salute ha, in particolare, legittimato il Commissario ad Acta ad eventualmente attivare un procedimento volto al **riesame in autotutela** del DCA e del Programma Operativo:

- ✓ *funzionale alla modifica e/o rettifica, in parte qua, del programma operativo e in particolare del puto 10.1, ivi espungendosi tutti i riferimenti alla necessità di ottenere i provvedimenti (due DPCM e autorizzazione del Ministero dell'Università) richiesti in caso di istituzione di nuove aziende ospedaliere universitarie, id est in ipotesi che (...) non appare ricorrere nella fattispecie in esame.*

VISTO il ricorso dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro per l'annullamento del DCA "approvazione Programma operativo 2022-2025, predisposto ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nella parte relativa alla costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco", con particolare riferimento alla necessità dei due provvedimenti adottati dal Presidente del Consiglio dei Ministri;

CHE con nota prot. n. 34012 del 25/01/2023 (SIVEAS prot. n. 41 del 25/01/2023) sono state trasmesse ai Ministeri affiancati le suddette note prot. n. 13961 del 12/01/2023 e prot. n. 285 del 16/01/2023 e la nuova versione del paragrafo 10.1 del programma operativo;

CHE, nelle more degli opportuni approfondimenti da parte dei ministeri affiancanti, di dover procedere in autotutela ad approvare la modifica al paragrafo 10.1 del programma operativo 2022-2025 "*Processo di fusione per incorporazione della azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nell'azienda ospedaliera-universitaria mater domini degli studi Magna Graecia di Catanzaro*" di cui al DCA 162/2022, per come riportato nell'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 35434 del 25/01/2023.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE la modifica al paragrafo 10.1 del programma operativo 2022-2025 di cui al DCA 162/2022 per come riportato nell'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso

l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";
DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

Dott. Ernesto Esposito

ERNESTO ESPOSITO
Regione Calabria
25.01.2023 19:16:13
GMT+01:00

Il Commissario ad acta

Dott. Roberto Occhiuto

ROBERTO
OCCHIUTO
Regione
Calabria
25.01.2023
19:28:52
GMT+01:00

Dipartimento tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

Il Dirigente Generale

Ing. Iole Fantozzi

Iole Fantozzi
Regione Calabria
25.01.2023
19:12:34
GMT+01:00

ALL.A

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.

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
- Sottoscrizione del suddetto protocollo d'Intesa tra il Commissario ad acta e il Rettore dell'Università Magna Graecia di Catanzaro;

Azioni

1. Costituzione della commissione tecnica paritetica per la definizione del protocollo d'intesa (L.R. n.33/2021, art. 2 comma 3);
2. Approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con relativo cronoprogramma;
3. Adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco".

Quadro sinottico dei tempi e degli indicatori di misurazione

	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.	Approvazione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con relativo cronoprogramma		Febbraio 2023
3.	Adozione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Renato Dulbecco".	DCA	Giugno 2023

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 47 del 09/02/2023

OGGETTO: Modifica ed integrazione DCA n. 119 del 14/09/2017 – Variazione Componenti Gruppo Tecnico di Lavoro per la rete Reumatologica Integrata Ospedale- Territorio Hub/Spoke.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

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

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

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

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 34903 del 25/01/2023;

PREMESSO che la Regione Calabria nella formulazione del programma operativo 2022-2025 (ai sensi dell'art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191, ha previsto nel programma la "Riorganizzazione delle Reti Assistenziali per "intensità di cure", la definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse che prevedano l'integrazione ospedale/territorio;
CONSIDERATO che oltre al miglioramento dell'assistenza nei confronti delle persone con malattia

reumatologica, la realizzazione di un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno multicentrico, mirato a valorizzare sia la rete specialistica Reumatologica, che tutti gli attori dell'assistenza primaria, permette di rendere più efficienti i servizi di prevenzione e assistenza , promuovendo la riduzione del peso della malattia sulla singola persona e sul contesto familiare e sociale;

TENUTO CONTO che per dare attuazione al Piano sulla malattia Reumatologica è stato istituito un gruppo tecnico di lavoro, costituito da specialisti ospedalieri e territoriali di tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, dal delegato regionale per la Società Italiana di Reumatologia e da tre rappresentanti delle associazioni dei pazienti;

PRESO ATTO che il DCA n.119 del 14/09/2017 ha costituito un Gruppo Tecnico di Lavoro per dare attuazione al Piano sulla malattia Reumatologica composto secondo il seguente prospetto:

REFERENTI REGIONALI	
Dott. Sergio Petrillo R.U.P. Settore 11 – Dipartimento Tutela della Salute	
Dott. Ssa Maria Antonietta Iorfida Dirigente Biologo Settore 11 Dipartimento Tutela della Salute	
HUB – SPOKE	
AO Catanzaro	Dott. Giuseppe Muccari
ASP Cosenza	Dott. Giuseppe Varcasia
ASP Cosenza	Dott. Marcello D'Amico
ASP Cosenza	Dott. Pietro Gigliotti
AO Cosenza	Dr.ssa Roberta Pellegrini
ASP Reggio Calabria	Dott. Mario Cuzzucoli
AO Reggio Calabria	Dott. Maurizio Caminiti
ASP Vibo Valentia	Dott. Massimo Landolina
ASP Crotone	Dott. Domenico Olivo
ASP Crotone	Dott.ssa Carmela Paolopoli
AOU Catanzaro	Dott. Saverio Naty
SOCIETA' ITALIANA REUMATOLOGIA (SIR)	
	Dr.ssa Daniela Grembiale
RAPPRESENTANTI ASSOCIAZIONI PAZIENTI	
ACALMAR	Dott. Rosario Pugliano
APMAR	Sig.ra Antonella Celano - Dr.ssa Gioconda Durante

PRESO ATTO della quiescenza di qualche componente del predetto gruppo e della richiesta inviata a mezzo pec in data 15/11/2022 dal dirigente del settore 6 ai Commissari Straordinari, attraverso la quale si chiedeva, dovendo procedere alla ricostituzione del gruppo tecnico regionale della rete reumatologica, un solo nominativo per Azienda da inserire nel gruppo.

CONSIDERATO che con DCA n. 162 del 18/11/2022 è stato approvato il nuovo Programma Operativo 2022/2025 e che per l'attuazione di detto programma è necessario modificare il Gruppo Tecnico di Lavoro nominato con DCA n. 119 del 14/09/2017 per le motivazioni sopra descritte e che tale gruppo sarà composto da due Dirigenti del Settore n.6 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici indicati dai Commissari Straordinari delle ASP e delle AO, dal Responsabile Sanitario della Casa di Cura Madonna dello Scoglio di Cotronei KR, in quanto unica struttura privata convenzionata con SSR, che eroga prestazioni di reumatologia (DPGR – CA no. 45

del 10 aprile 2014), dalle associazioni dei pazienti e da un esperto reumatologo, secondo il seguente prospetto:

REFERENTI REGIONALI	
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi Dirigente Settore 6 – Dipartimento Tutela della Salute	
Dott. Fedele Bevacqua - Dirigente Farmacista - Settore 6 - Dipartimento Tutela della Salute	
HUB – SPOKE	
ASP Catanzaro	Dott. Gerardo Mancuso
AO Catanzaro	Dott. Carmelo Pintaudi
ASP Cosenza	Dott. Giuseppe Varcasia
AO Cosenza	Dr.ssa Roberta Pellegrini
ASP Reggio Calabria	Dott. Mario Cuzzucoli
AO Reggio Calabria	Dott. Maurizio Caminiti
ASP Vibo Valentia	Dott. Massimo Landolina
ASP Crotone	Dott. Domenico Olivo
AOU Catanzaro	Dott. Saverio Naty
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	
Madonna dello Scoglio	Prof. Clodoveo Ferri
RAPPRESENTANTI ASSOCIAZIONI PAZIENTI	
Lega Italiana Sclerosi sistemica APS	Dr.ssa Manuela Aloise
ACALMAR	Dott. Rosario Pugliano
APMAR	Dr.ssa Gioconda Durante o suo delegato
ESPERTO REUMATOLOGO	
	Dott. Pietro Gigliotti

CONSIDERATO che, la Rete Reumatologica regionale è stata già formata utilizzando le risorse umane e le strutture esistenti, integrando l'organizzazione dell'assistenza al malato reumatico fra strutture ospedaliere e territoriali e che la Regione Calabria intende continuare il lavoro svolto migliorando il modello organizzativo e di coordinamento interaziendale Territorio/Ospedale, per consentire a tutti i pazienti affetti da patologia reumatologica di essere accolti e trattati secondo i più moderni e validati protocolli;

RITENUTO pertanto necessario, alla luce delle predette considerazioni, aggiornare il Gruppo Tecnico di lavoro per la Rete Reumatologica;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI MODIFICARE il Gruppo Tecnico di Lavoro per la Rete Reumatologica regionale secondo il seguente prospetto:

REFERENTI REGIONALI	
Dr.ssa Maria Pompea Bernardi Dirigente Settore 6 – Dipartimento Tutela della Salute	
Dott. Fedele Bevacqua - Dirigente Farmacista - Settore 6 - Dipartimento Tutela della Salute	
HUB – SPOKE	
ASP Catanzaro	Dott. Gerardo Mancuso
AO Catanzaro	Dott. Carmelo Pintaudi
ASP Cosenza	Dott. Giuseppe Varcasia
AO Cosenza	Dr.ssa Roberta Pellegrini
ASP Reggio Calabria	Dott. Mario Cuzzucoli
AO Reggio Calabria	Dott. Maurizio Caminiti
ASP Vibo Valentia	Dott. Massimo Landolina
ASP Crotone	Dott. Domenico Olivo
AOU Catanzaro	Dott. Saverio Naty
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	
Madonna dello Scoglio	Prof. Clodoveo Ferri
RAPPRESENTANTI ASSOCIAZIONI PAZIENTI	
Lega Italiana Sclerosi sistemica APS	Dr.ssa Manuela Aloise
ACALMAR	Dott. Rosario Pugliano
APMAR	Dr.ssa Gioconda Durante o suo delegato
ESPERTO REUMATOLOGO	
	Dott. Pietro Gigliotti

DI DEMANDARE al Dipartimento Tutela della Salute, Servizi Socio Sanitari, tramite il competente Settore, la definizione di ogni successivo atto funzionale all'attuazione del presente provvedimento;

DI PRECISARE che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio annuale e/ o pluriennale della Regione Calabria;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI INVIARE il presente decreto, ai Commissari Straordinari delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

F.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

F.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

Settore n. 6 Programmazione dell'Offerta Ospedaliera e Sistema Emergenza-Urgenza

Il Responsabile del Procedimento

F.to Dott. Fedele Bevacqua

Il Dirigente del Settore

F.toDott.ssa Maria Pompea Bernardi

Il Dirigente Generale
F.to Ing. Iole Fantozzi

Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 53 del 23/02/2024

OGGETTO: Rete Reumatologica Integrata Territorio-Ospedale - Aggiornamento

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

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

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

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

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, con la quale il Dott. Roberto Occhiuto è stato nominato quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato sub-commissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 settembre 2023, con la quale l'ing. Iole Fantozzi è stata nominata ulteriore sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai

disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, suddividendo i compiti con quelli attribuiti al Sub – commissario dott. Ernesto Esposito già in precedenza nominato;

VISTO il DCA n. 162 del 18/11/2022 con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2022- 2025, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i. e successivo DCA n. 40 del 25/01/2023 di modifica ed integrazione del suddetto DCA n. 162 del 18/11/2022;

PREMESSO che la Regione Calabria nella formulazione del programma operativo 2022-2025 (ai sensi dell'art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191), ha previsto nel programma la "Riorganizzazione delle Reti Assistenziali per "intensità di cure", la definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse che prevedano l'integrazione ospedale/territorio;

CONSIDERATO che oltre al miglioramento dell'assistenza nei confronti delle persone con malattia reumatologica, 1a realizzazione di un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno multicentrico, mirato a valorizzare sia la rete specialistica Reumatologica, che tutti gli attori dell'assistenza primaria, permette di rendere più efficienti i servizi di prevenzione e assistenza, promuovendo la riduzione del peso della malattia sulla singola persona e sul contesto familiare e sociale;

TENUTO CONTO che per dare attuazione al Piano sulla malattia Reumatologica era necessario istituire un gruppo tecnico di lavoro;

VISTO il DCA 119 del 14/09/2017, avente ad oggetto "Rete Reumatologica Integrata Territorio-Ospedale Hub Spoke", con il quale:

- è stata approvata la nuova Rete Reumatologica Integrata Ospedale e Territorio Hub/Spoke per la Regione Calabria;
- è stato costituito il Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria composto da due Dirigenti del Settore n. 11 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici rappresentanti gli Hub, gli Spoke, il territorio, in associazione ai rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti;

CONSIDERATO che l'attività svolta dal suddetto gruppo di lavoro aveva prodotto i seguenti documenti:

1. "*Rete Reumatologica integrata ospedale e territorio Hub e Spoke";*
2. *"Diagrammi del flusso operativo per il paziente con sospetta malattia reumatica e del flusso per il paziente con malattia reumatica accertata", entrambi da ridefinire con successivo atto, per singola patologia, attraverso specifico PDTAR, da redigere a cura del costituendo Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento della Rete Reumatologica della Regione Calabria".*

VISTO il DCA 47 del 09/02/2023 avente ad oggetto "Modifica ed integrazione DCA n. 119 del

14/09/2017 – Variazione Componenti Gruppo Tecnico di Lavoro per la rete Reumatologica Integrata Ospedale- Territorio Hub/Spoke.", con il quale è stato aggiornato il Gruppo Tecnico di Lavoro, composto da due Dirigenti del Settore n.6 del Dipartimento Tutela della Salute, dagli specialisti reumatologici indicati dai Commissari Straordinari delle ASP e delle AO, dal Responsabile Sanitario della Casa di Cura Madonna dello Scoglio di Cotronei KR, in quanto unica struttura privata convenzionata con SSR, che eroga prestazioni di reumatologia (DPGR – CA no. 45 del 10 aprile 2014), dalle associazioni dei pazienti e da un esperto reumatologo;

VISTA la nota Prot. N. 213077 del 11/05/2023 con la quale il Settore n.6 del Dipartimento Tutela della Salute, al fine di conoscere lo stato attuativo del DCA 119 del 2017, chiedeva ai Commissari Straordinari delle aziende Sanitarie provinciali ed Ospedaliere del servizio Sanitario Regionale di comunicare lo stato dell'arte dei lavori di cui al succitato DCA, attraverso la compilazione di apposito modello allegato.

CONSIDERATO che il Gruppo Tecnico di Lavoro per la rete Reumatologica Integrata Ospedale-Territorio istituito con DCA 47 del 09/02/2023, a seguito di diversi incontri volti ad aggiornare l'offerta sanitaria rispetto alle evoluzioni della disciplina, ha provveduto a modificare ed integrare la rete Reumatologica Integrata Ospedale-Territorio.

RITENUTO NECESSARIO che, per consentire un accesso rapido ed univoco dei pazienti alle cure e alle strutture del SSR, superare le diseguaglianze e di rispondere in modo puntuale alle esigenze dei pazienti, ridurre la mobilità passiva, garantire una reale presa in carico del paziente in tutte le fasi della malattia, la Regione Calabria intende istituire la Rete Territoriale Reumatologica così da procedere alla organizzazione della stessa anche al fine di attivare specifici PDTAR per ogni patologia reumatica;

VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. N. 136880 del 22/02/2024.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

D E C R E T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI APPROVARE la nuova Rete Reumatologica Integrata Ospedale e Territorio Hub/Spoke per la Regione Calabria per come rappresentata nell'Allegato I al presente DCA, quale parte integrante dello stesso;

DI PRECISARE che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio annuale e/o pluriennale della Regione Calabria;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso

l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI INVIARE il presente decreto, ai Commissari Straordinari e ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Salute e Welfare per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

F.to Ing. Iole Fantozzi

Il Sub Commissario

F.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

F.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento Salute e Welfare

Settore n. 5 Assistenza Ospedaliera e Sistemi Alternativi al Ricovero

Settore 3 Assistenza Farmaceutica - Assistenza Integrativa E Protesica - Farmacie Convenzionate – Educazione All'uso Consapevole Del Farmaco

Il Responsabile del Procedimento

F.to Dott. Bevacqua Fedele

Il Dirigente del Settore 3

F.to Dott.ssa Rita Francesca Scarpelli

Il Dirigente Generale

F.to Dott. Tommaso Calabrò

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Salute e Welfare

RETE REUMATOLOGICA
REGIONE CALABRIA

Le malattie reumatiche rappresentano un eterogeneo gruppo di circa 150 condizioni morbose non traumatiche dell'apparato locomotore e dei tessuti connettivi ad elevata diffusione nella popolazione generale, infatti, sono per prevalenza al secondo posto dopo le Malattie del Sistema cardio-vascolare ed al primo posto tra le malattie cronico-degenerative.

Se si escludono le forme artrosico-degenerative, la cui frequenza aumenta con l'età, le malattie reumatiche cronico-infiammatorie, a genesi autoimmune, interessano persone di tutte le età e di ogni fascia sociale, ma con una maggiore prevalenza nell'età adulto- giovanile, in fase lavorativa, e nel genere femminile.

Sono malattie quasi sempre ad andamento cronico e spesso causa di inabilità temporanea, per cui costituiscono la causa più frequente di assenza dal lavoro; sono inoltre fra le principali cause di disabilità permanente. Hanno un impatto epidemiologico e socio-sanitario rilevante nell'ambito della cronicità in medicina generale.

Le malattie reumatiche comportano elevati costi diretti ed indiretti; i primi a carico della spesa pubblica, i secondi, spesso sottovalutati, a carico dei pazienti e dei loro familiari. A causa dell'ampia

diffusione nella popolazione italiana, le malattie reumatologiche costituiscono un importante problema socio-sanitario con il quale un moderno stato sociale deve confrontarsi.

La diagnosi precoce delle malattie reumatiche cronico-infiammatorie è determinante per la presa in carico e l'efficace gestione del paziente. Se diagnosticate e trattate precocemente le malattie reumatiche cronico-infiammatorie oggi hanno opportunità di essere curate con terapie farmacologiche estremamente efficaci. Purtroppo tali pazienti giungono molto spesso tardi alla diagnosi; il ritardo diagnostico incide pesantemente sulla capacità lavorativa dei pazienti e sugli esiti a distanza delle malattie reumatiche; in ultima analisi sui costi diretti ed indiretti, aggravati dalle giornate lavorative perse e dalla disabilità cronica.

A causa della loro natura progressiva ed elevata complessità clinico-diagnostica e terapeutica, le malattie reumatiche cronico-infiammatorie sono particolarmente temibili per il coinvolgimento, oltre che del sistema osteoarticolare/muscolare, anche di organi interni quali il cuore, i reni, i polmoni, i nervi periferici, i vasi sanguigni, l'apparato gastroenterico, il sistema nervoso centrale, nonché per la mortalità collegata al danno multi-organo.

La loro gestione necessita di un approccio multidisciplinare con un ruolo centrale dello specialista in reumatologia a partire dalla diagnosi precoce e successiva presa in carico e monitoraggio.

Le malattie reumatiche interessano anche l'età pediatrica. Possono essere di tipo infiammatorio, non infiammatorio (osteocondrosi, patologie periarticolari) e infettivo (artriti settiche, post-infettive) e, oltre alle articolazioni, possono interessare ogni organo ed apparato, costituendo una delle maggiori cause di disabilità nel bambino. Si tratta di patologie caratterizzate da un andamento cronico, spesso dolorose ed invalidanti, con una prognosi difficile da valutare per ogni singolo paziente, ma che comporta un rischio di sequele anche permanenti con un significativo impatto sulla qualità della vita dei bambini e dei loro familiari.

La prevalenza in Italia di tali patologie è molto incerta per la mancanza di studi specifici, si stima che circa 1 bambino su 1.000 abbia una malattia reumatica cronica.

In Calabria il numero atteso di persone affette da patologie reumatiche è di ca 30.000 persone su 1.980.000 abitanti ca, con costi che si aggirano sui 400.000.000 di euro/anno, senza considerare i costi sostenuti per le frequentissime comorbidità ad esse associate.

La rete reumatologica regionale ha lo scopo di integrare le strutture ospedaliere e territoriali per consentire ai pazienti affetti da patologie reumatiche, comprese le patologie rare, di essere trattati secondo i più moderni e validati protocolli diagnostici e terapeutici, al fine di migliorarne la qualità di vita e prevenire le disabilità.

La nuova rete reumatologica regionale, articolata in tre livelli di assistenza, si pone l'obiettivo di:

- consentire un accesso rapido ed univoco dei pazienti alle cure e alle strutture del SSR,
- superare le diseguaglianze rispondendo in modo puntuale alle esigenze di tutti i pazienti,

- ridurre la mobilità passiva (ricorso a specialisti e strutture fuori regione)
- garantire una reale presa in carico del paziente in tutte le fasi della malattia
- creare percorsi di diagnosi precoce e terapia appropriata per limitare lo sviluppo di quadri che necessitano di ospedalizzazione.

Il presente documento definisce la cornice di riferimento della Rete Reumatologia, saranno però i singoli PDTA a specificare concretamente il ruolo dei vari livelli della rete nelle singole patologie.

La Rete Reumatologica è organizzata in tre livelli di assistenza:

1. ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO:

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di libera scelta (PLS), nel caso dei pazienti in età pediatrica, rappresentano i referenti con i quali il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo, con possibilità di frequenti consultazioni. Entrambi hanno un ruolo fondamentale nell'identificazione della patologia reumatologica nel suo percorso iniziale poiché:

- formulano una prima ipotesi diagnostica sulla base dei dati anamnestici, eventuali fattori di rischio, segni e sintomi malattia e se occorre mediante approfondimenti diagnostici di primo livello;
- gestiscono in loco le problematiche cliniche almeno nelle prime fasi della malattia;
- selezionano, sulla base della complessità clinica e secondo le linee guida regionali, i pazienti da prendere in carico o da avviare rapidamente ai centri regionali specialistici di II-III livello, Spoke /Hub, al fine di evitare ritardi diagnostici e terapeutici, con possibili complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica;
- Formulano un sospetto di diagnosi sempre più precoce con l'uso di appropriati esami di laboratorio e delle attuali metodiche;
- forniscono, anche in accordo con lo specialista reumatologo, informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili, aiutandoli a responsabilizzarsi sui problemi e i disagi provocati dalla malattia;
- valutano, anche in collaborazione con lo specialista reumatologo, la prosecuzione dei trattamenti in corso l'adesione al trattamento.
- Il PLS ed il MMG indirizzano, nel caso di soggetti in età pediatrica, il paziente al Pediatra Reumatologo, contribuendo ad evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica. Considerato che in più della metà dei casi, la malattia perdura in età adulta è necessario anche predisporre la transizione dal pediatra reumatologo al reumatologo dell'adulto. La figura del PLS è importante anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatologico in età pediatrica che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista Pediatra Reumatologo. Il PLS riveste un ruolo-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del bambino.

Affinché il MMG ed il PLS possano svolgere al meglio le attività su elencate, è necessario prevedere dei percorsi formativi e informativi adeguati.

2. ASSISTENZA DI SECONDO LIVELLO

L'assistenza di secondo livello è demandata alle Aziende Sanitarie del SSR e comprende ambulatori specialistici con specialista in reumatologia o con specialità equipollente o affine, (DM 30/01/1998), che sono collocati nelle strutture territoriali, stabilite sulla base del fabbisogno, dalle Aziende Sanitarie Provinciali del Servizio Sanitario Regionale. Nell'ambulatorio di reumatologia avviene la presa in carico del paziente da parte dello specialista che ha l'obiettivo di formulare la diagnosi precocemente. L'assistenza di secondo livello garantisce anche il follow up clinico dei pazienti cronici.

Gli ambulatori degli specialisti reumatologi del territorio vengono organizzati con logica di prossimità al paziente e devono possedere i seguenti requisiti:

- locali idonei secondo requisiti previsti dalla vigente normativa in materia di autorizzazione/accreditamento;
- sistema informatico per la gestione integrata e raccolta dati;
- presenza di personale sanitario idoneo a svolgere attività formative/informative riguardanti le malattie reumatiche;
- presenza di personale sanitario non medico con formazione in campo reumatologico tale da consentirgli di operare in maniera specifica nei percorsi educazionali mirati alla gestione delle diverse malattie reumatologiche, all'addestramento e utilizzo dei farmaci e dei devices.

L'assistenza di secondo livello comprende anche gli ambulatori di reumatologia presenti all'interno degli Spoke, degli Ospedali di Zona Disagiati (OZD) e degli Ospedali Generali (OG), i quali devono possedere, oltre ai requisiti previsti per gli ambulatori del territorio, anche i seguenti requisiti minimi organizzativi e tecnologici:

- servizio di radiologia nella struttura;
- day hospital dedicati alle terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto, anche per patologie complesse;

Gli ambulatori di reumatologia presenti all'interno degli Spoke, degli OZD e degli OG, sono distinti in tre aree, nord, centro e sud, secondo il seguente schema:

AREA NORD:

- Ospedale Civile Ferrari Castrovillari: 8 posti letto di day hospital (DCA 198 del 12 luglio 2023)
- Ospedale Spoke Rossano /Corigliano
- Ospedale Spoke Paola/Cetraro
- Ospedale di zona disagiata Acri

- Ospedale Civile di zona disagiata San Giovanni in Fiore • Ospedale di zona disagiata Asp Trebisacce
- Ospedali di zone disagiate che saranno attivati in seguito

AREA CENTRO:

- Presidio Ospedaliero Lamezia Terme
- Ospedale Civile San Giovanni di Dio Crotone
- Ospedale Spoke Vibo Valentia
- Ospedale Tropea
- Ospedale Basso-Jonio Soverato
- Ospedale di zona disagiata Saveria Mannelli
- Presidio Ospedaliero di zona disagiata Serra S Bruno

AREA SUD:

- Ospedale Civile Locri
- Presidio Ospedaliero “Santa Maria degli Ungheresi” Polistena
- Presidio Ospedaliero “Giovanni XXII” Gioia Tauro
- Ospedale “Tiberio Evoli” Melito Porto Salvo

In futuro, gli ambulatori reumatologici territoriali saranno collocati anche all'interno delle case di comunità e questo permetterà il confronto diretto degli specialisti con i MMG e PLS, ivi operanti, sui singoli casi clinici. Nelle case di comunità sarà inoltre possibile individuare ambulatori protetti per le terapie infusionali.

Infine bisognerà promuovere sempre di più la telemedicina, in particolare il teleconsulto e la tele-visita dello specialista reumatologo, che potrà permettere una più tempestiva diagnosi e un più efficace follow-up da parte del MMG riducendo le necessità di spostamento dei pazienti.

3. ASSISTENZA DI TERZO LIVELLO

L'assistenza di terzo livello è demandata ai nodi della rete, dotata di alta tecnologia diagnostica e terapeutica, presenti negli ospedali Hub ed in possesso dei seguenti requisiti minimi, oltre a quelli già previsti per il secondo livello:

• presenza di unità operative con posti letto ordinari di Reumatologia e/o di Pediatria da utilizzare per il trattamento di pazienti con malattie reumatiche. In assenza di reparti di Reumatologia, è necessario prevedere posti letto dedicati in reparti d’area medica funzionali alla Reumatologia, per consentire il trattamento di pazienti affetti da patologie reumatiche. Tale attività di assistenza potrà essere garantita solo in presenza di almeno uno specialista in reumatologia dedicato al trattamento e

alla cura di detti pazienti o, come previsto dalla vigente normativa, di uno specialista con titolo equipollente o affine con attività almeno decennale in reumatologia;

- presenza di un team di sostegno alla reumatologia per la cura delle patologie d'organo, individuato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera, (Pneumologo, Cardiologo, Nefrologo, Neurologo, Gastroenterologo, Dermatologo, Diabetologo, Nutrizionista Clinico, Patologo Clinico, Microbiologo, Ortopedico, Oculista, Psichiatra, Radiologo, Pediatra, Fisiatra, Genetista, Chirurgo vascolare per la gestione del paziente reumatico complesso con comorbidità).

È necessario che lo specialista reumatologo interagisca con il team multidisciplinare e, considerato che alcune delle patologie reumatiche sono malattie rare, anche con i centri della rete delle Malattie Rare.

Il centro Hub, in ambito reumatologico, assicura il necessario supporto alle strutture dell'Area Territoriale.

La rete si configura in tre aree:

AREA NORD

- Azienda Ospedaliera Cosenza "Annunziata": 4 posti letto di day hospital e 6 di degenza ordinaria (DCA 198 del12 luglio 2023);

AREA CENTRO

- Azienda Ospedaliera Universitaria Catanzaro "Renato Dulbecco": 3 posti letto di day hospital e 7 di degenza ordinaria (DCA 198 del12 luglio 2023).

  Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Catanzaro "Renato Dulbecco" è presente il Centro di riferimento Regionale di Reumatologia Pediatrica che possiede i criteri previsti dalla Società Italiana di Reumatologia Pediatrica;

  Casa di Cura Privata Accreditata "Madonna dello Scoglio": 3 posti letto di day hospital e 37 di degenza ordinaria (DCA 198 del 12 luglio 2023).

AREA SUD

Azienda Ospedaliera Reggio Calabria "Grande Ospedale Metropolitano": 3 posti letto di day hospital e 3 posti letto di degenza ordinaria (DCA 198 del 12 luglio 2023).

4. PRESCRIZIONE FARMACI BIOLOGICI

Il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), istituito con DGR 371/2010, contenente l'elenco aggiornato dei medicinali, classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica), utili a garantire l'assistenza farmaceutica ospedaliera e la continuità assistenziale nel territorio regionale, rappresenta uno strumento di governo clinico del farmaco inteso come coniugazione delle opzioni terapeutiche disponibili con sicurezza d'uso e sostenibilità economica. A seguito di aggiornamenti periodici, recepiti con apposito DCA, di cui l'ultimo pubblicato con DCA n. 238/2023, vengono inseriti nel PTR i nuovi farmaci ed aggiornati i centri abilitati alla prescrizione.

L'autorizzazione quale centro prescrittore è condizionata dalla presenza di tutti i requisiti e gli elementi organizzativi precedentemente descritti, in primis della presenza di uno specialista in reumatologia o con specialità equipollente o affine (DM 30/01/1998), e per le indicazioni pediatriche della presenza di uno specialista in pediatria, oltre che dei requisiti indicati nel DDG n. 4488 del 14.05.2018.

La prescrizione dei farmaci biologici avviene secondo le indicazioni e le raccomandazioni riportate nel PTR, nonché secondo quanto specificato nelle tabelle 2 e 3 "*Linee guida Appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologia*" e nelle Schede di Prescrizione della Terapia per farmaci biologici in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica, aggiornate contestualmente agli aggiornamenti periodici del PTR.

Il Piano Terapeutico associato all'erogazione del farmaco biologico dovrà essere contestuale ad una visita medica di valutazione del paziente:

- all'induzione del trattamento,
- dopo 3-6 mesi dal suo inizio,
- dopo 6 mesi o in condizioni di stabilità ogni 12 mesi
- qualora sopraggiungano motivazioni cliniche che possano indirizzare ad un cambio della terapia (visita straordinaria).

Le prescrizioni dei farmaci dovranno essere monitorate dalle Farmacie Ospedaliere/Territoriali, ai fini del controllo dell'appropriatezza prescrittiva dell'uso dei farmaci, nonché del controllo della spesa farmaceutica mediante anche apposita reportistica che verrà richiesta periodicamente alle Aziende del SSR dal competente Settore Farmaceutico Regionale.

Tale monitoraggio nasce dall'esigenza di garantire appropriatezza, efficacia, sicurezza e sostenibilità nella gestione di tali patologie, al fine di ottimizzare la gestione dei pazienti gastroenterologici, reumatologici e dermatologici con patologie autoimmuni e immuno-mediate, candidati a terapia con farmaci biologici, creando un percorso clinico-terapeutico che sia il più possibile omogeneo pur tenendo conto delle peculiarità di ogni patologia, e di ogni paziente.
In ogni caso, l'obiettivo è quello di mettere tutti i pazienti calabresi nelle condizioni di ottenere i piani terapeutici ed i loro rinnovi in regione.

NOTE CONCLUSIVE

Il Gruppo Tecnico di Lavoro per la rete Reumatologica Integrata Ospedale- Territorio istituito con DCA 47 del 09/02/2023 si impegna a redigere i PDTAR di ogni singola patologia reumatica. Attualmente tale gruppo sta lavorando per la redazione dei PDTAR delle seguenti patologie reumatiche: artrite reumatoide, spondilite anchilosante, osteoporosi e sclerosi sistemica. Tali PDTAR verranno recepiti e definiti con successivo atto.