



REGIONE CALABRIA
PIANO SANITARIO REGIONALE
2007-2009

Assessorato tutela della salute e politiche sanitarie

Sommario

DOCUMENTO DI PIANO SANITARIO REGIONALE	5
1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	6
1.1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO ISTITUZIONALE	6
1.1.1 <i>La sanità regionale e nazionale nel contesto europeo</i>	6
1.1.2 <i>Lo scenario nazionale: federalismo e sanità</i>	6
1.2 IL BISOGNO DI SALUTE: SITUAZIONE DEMOGRAFICA E STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	7
1.2.1 <i>Durata, aspettativa e qualità della vita dei cittadini calabresi</i>	9
1.2.2 <i>Bisogni e determinanti di salute</i>	16
1.3 LA SITUAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO DELLA CALABRIA	20
1.3.1 <i>Lo stato dei servizi sanitari</i>	20
1.3.2 <i>L'offerta ospedaliera</i>	21
1.3.3 <i>L'utilizzo dei servizi sanitari ed il fenomeno della mobilità</i>	26
1.3.3.1 <i>L'utilizzo dell'ospedale</i>	26
1.3.3.2 <i>La mobilità</i>	30
1.3.3.3 <i>I consumi di farmaci</i>	31
1.4 LO SVILUPPO TECNOLOGICO E L'INNOVAZIONE	35
1.4.1 <i>Le prospettive di sviluppo</i>	35
1.4.2 <i>L'evoluzione tecnologica e le biotecnologie</i>	35
1.4.3 <i>La sanità e lo sviluppo nell'ottica della società della conoscenza</i>	36
1.4.4 <i>Le piattaforme avanzate</i>	37
1.4.5 <i>Le cellule staminali</i>	39
1.4.6 <i>Lo sviluppo dei progetti comunitari</i>	39
1.4.7 <i>Le sperimentazioni gestionali</i>	41
2 LE LINEE STRATEGICHE DELLA NUOVA SANITA'	43
2.1 COSTRUIRE UN SISTEMA NORMALE	44
2.1.1 <i>Il percorso avviato</i>	45
2.1.2 <i>La necessità di sviluppare le iniziative intraprese</i>	47
2.2 ATTIVARE LA PIANIFICAZIONE ATTUATIVA LOCALE, GENERALE E SPECIFICA	48
2.3 IL GOVERNO CLINICO NEL DIMENSIONAMENTO DELLE FUNZIONI OSPEDALIERE	49
2.4 LE AZIONI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE	50
2.5 LE SCELTE PRIORITARIE	51
2.5.1 <i>Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del servizio sanitario regionale</i>	51
2.5.1.1 <i>Il "sistema" delle Aziende</i>	55
2.5.1.2 <i>La centralizzazione degli acquisti</i>	56
2.5.1.3 <i>Il patrimonio immobiliare e la gestione degli investimenti</i>	56
2.5.1.4 <i>Il sistema informativo</i>	58
2.5.1.5 <i>L'osservatorio epidemiologico regionale</i>	59
2.5.1.6 <i>La rete regionale della formazione</i>	59
2.5.1.6.1 <i>Formazione di base e specialistica</i>	59
2.5.1.6.2 <i>Formazione continua in medicina</i>	61
2.5.1.6.3 <i>Management e sanità</i>	62
2.5.1.7 <i>L'esercizio della libera professione intra-moenia</i>	62
2.5.1.8 <i>Il rischio clinico e la sicurezza del paziente</i>	62
2.6 LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DI SERVIZI	64
2.6.1 <i>Le risorse disponibili e la sostenibilità del sistema</i>	66
2.6.1.1 <i>Il finanziamento del Piano sanitario regionale ed il governo della spesa sanitaria</i>	66
2.6.1.2 <i>L'analisi della spesa sanitaria con riferimento ai livelli di assistenza</i>	66
2.6.1.3 <i>Le risorse disponibili nel triennio 2007 - 2009</i>	68
2.6.2 <i>Il finanziamento del Servizio sanitario regionale</i>	69

2.6.2.1	Criteri generali e prospettive	69
2.6.2.2	Gli obiettivi di riequilibrio	70
2.6.2.3	Obiettivi e criteri generali del nuovo sistema di finanziamento.....	70
2.6.2.4	Il governo della spesa sanitaria e le compatibilità economiche del piano	70
2.6.2.5	Concertazione negoziale tra Regione e Aziende	71
2.6.2.5.1	Budget e piani strategici aziendali.....	71
2.6.2.6	Controllo di gestione e sistema generale budgetario	73
2.6.2.7	Il sistema informativo di supporto alla gestione del budget.....	73
2.7	LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI ATTRAVERSO L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	74
2.7.1	<i>Le funzioni operative</i>	74
2.7.1.1	Le funzioni operative ospedaliere	74
2.7.1.2	Funzioni operative regionali	74
2.7.1.3	I servizi professionali	75
2.7.1.4	Le strutture organizzative professionali	75
2.7.1.5	Le soglie operative.....	75
2.7.2	<i>I dipartimenti</i>	76
2.8	IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA.....	79
2.8.1	<i>I parametri organizzativi ed i criteri di dimensionamento del nuovo ospedale.....</i>	80
2.8.1.1	La stratificazione dei tipi di casistica trattata	81
2.8.1.2	L'accesso programmato a tecnologie complesse	81
2.8.1.3	Il dimensionamento operativo	81
2.8.1.4	Il modello organizzativo per aree a diversa intensità assistenziale.....	82
2.8.1.5	Lo sviluppo dei professionalità degli operatori e la crescita delle competenze organizzative: formazione continua, ricerca applicata e sperimentazione	83
2.8.2	<i>La rete ospedaliera: fabbisogno ospedaliero, dimensionamento dei presidi ed organizzazione interna</i>	84
2.8.3	<i>Ospedale di riferimento ed altri presidi della rete</i>	84
2.8.4	<i>La rete riabilitativa: riabilitazione e lungodegenza</i>	86
2.8.5	<i>La riorganizzazione della rete ospedaliera</i>	86
2.8.5.1	Azienda sanitaria provinciale di Cosenza	88
2.8.5.1.1	Ambito Paola - Cosenza	88
2.8.5.1.2	Ambito territoriale Castrovillari - Rossano	90
2.8.5.2	Azienda ospedaliera di Cosenza	91
2.8.5.3	Azienda sanitaria provinciale di Crotona.....	92
2.8.5.4	Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro.....	93
2.8.5.4.1	Ambito territoriale Lamezia Terme	93
2.8.5.4.2	Ambito Catanzaro	94
2.8.5.5	Azienda ospedaliera - universitaria di Catanzaro.....	95
2.8.5.6	Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia	96
2.8.5.7	Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria.....	97
2.8.5.7.1	Ambito territoriale Locri - Palmi	97
2.8.5.7.2	Ambito Reggio Calabria	98
2.8.5.8	Azienda ospedaliera di Reggio Calabria.....	99
2.8.5.9	Riepilogo generale posti letto.....	100
2.9	ECCELLENZA, ALTA SPECIALITÀ, RICERCA	101
2.9.1	<i>L'oncologia</i>	101
2.9.2	<i>La cardiocirurgia</i>	102
2.9.3	<i>Trapianti</i>	102
2.9.4	<i>Centro regionale per la cura delle malattie endocrine</i>	103
2.9.5	<i>Rete ospedaliera pediatrica e polo pediatrico regionale</i>	103
2.9.6	<i>Trauma center- polo traumatologico regionale di Lamezia Terme</i>	105
2.10	IL PROCEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE E GLI INVESTIMENTI	105
2.11	LE RETI PER SPECIALITÀ	106
2.11.1	<i>La continuità dei servizi tra ospedale e territorio</i>	107
2.11.1.1	La rete dell'emergenza-urgenza	108
2.11.1.2	Il rapporto tra fase acuta della degenza e fase riabilitativa	111

2.11.1.3	I servizi di supporto alla degenza ospedaliera	112
2.11.1.3.1	La degenza intermedia	112
2.11.1.3.2	L'ospedale di comunità	113
2.11.1.3.3	I centri residenziali di cure palliative	113
2.11.1.3.4	Il centro diurno per prestazioni specialistiche	113
2.11.1.3.5	Altre strutture di degenza intermedia	114
2.12	RIORDINO E POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI	115
2.12.1	<i>Il percorso assistenziale</i>	115
2.12.2	<i>La costruzione dei nuovi distretti</i>	116
2.12.3	<i>L'integrazione socio-sanitaria e la programmazione dei servizi territoriali</i>	117
2.12.4	<i>La rete dei servizi di assistenza primaria</i>	118
2.12.4.1	Le piattaforme territoriali	118
2.12.4.2	L'Utap	118
2.12.4.3	La "Case della salute"	118
2.12.4.4	La presa in carico dei cittadini e la continuità delle cure	125
2.12.4.5	L'assistenza domiciliare	126
2.12.5	<i>Il governo della domanda di prestazioni specialistiche: gli standard di fabbisogno, l'accesso alle prestazioni, le liste di attesa</i>	126
2.12.6	<i>L'assistenza farmaceutica</i>	127
2.12.6.1	Appropriatezza prescrittiva	128
2.12.6.2	Educazione all'uso corretto del farmaco	128
2.12.6.3	Farmacovigilanza	128
2.12.6.4	Gestione farmaci e dispositivi medico-chirurgici	129
2.12.6.5	Controllo della spesa	129
2.12.6.6	La vigilanza ed il controllo delle attività farmaceutiche	129
2.12.7	<i>L'alta integrazione</i>	129
2.12.7.1	La salute mentale	130
2.12.7.2	Le dipendenze	131
2.12.7.2.1	Le linee programmatiche per la funzionalità dei servizi	132
2.12.7.2.2	Le aree di intervento	134
2.12.8	<i>La riabilitazione e la disabilità</i>	138
2.12.8.1	Gli anziani e la condizione di non autosufficienza	139
2.12.8.2	La maternità e l'infanzia.....	141
2.12.8.3	Gli immigrati.....	143
2.12.9	<i>La sanità penitenziaria</i>	144
2.13	LA PROMOZIONE E L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE	145
2.13.1	<i>Le cure primarie e l'educazione alla salute</i>	147
2.14	LA NUOVA RETE REGIONALE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE COLLETTIVA.....	148
2.14.1	<i>La prevenzione per la salute: il nuovo dipartimento</i>	148
2.14.2	<i>La prevenzione per la salute: le attività</i>	150
2.14.3	<i>La prevenzione per la salute: gli obiettivi specifici</i>	152
2.14.3.1	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.....	152
2.14.3.2	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	154
2.14.3.3	Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti collettivi, aperti e confinati	155
2.14.3.4	Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori - sorveglianza e prevenzione nutrizionale.....	157
2.14.3.5	Sanità animale, Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche, tutela degli alimenti di origine animale. Igiene urbana veterinaria.....	159
2.14.3.6	Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening.....	166
2.14.3.6.1	Prevenzione Malattie Cardiovascolari – Diffusione Carta del rischio.....	166
2.14.3.6.2	Prevenzione complicanze del diabete	168
2.14.3.6.3	Prevenzione attiva degli eventi cardiovascolari	169
2.14.3.6.4	Screening oncologici femminili e del colon retto	171
2.14.3.7	Promozione dell'attività fisica e medicina dello sport.....	173

2.14.3.8	Valutazione medico-legale per finalità pubbliche e degli stati di disabilità	175
3	GLI ATTORI E LE RELAZIONI DI SISTEMA.....	179
3.1	IL RUOLO DELLE AUTONOMIE LOCALI E LA CONFERENZA DI PROGRAMMAZIONE	180
3.2	IL RAPPORTO CON IL SISTEMA UNIVERSITARIO REGIONALE.....	183
3.3	IL RAPPORTO CON IL CNR.....	184
3.4	IL RAPPORTO CON L'INAIL	184
3.5	IL RAPPORTO CON L'INRCA	184
3.6	IL RAPPORTO CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI LAVORATORI	185
3.7	IL RAPPORTO CON LE PROFESSIONI ED IL CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE.....	186
3.8	IL RUOLO DELL'IMPRESORIA PRIVATA NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE: INTEGRAZIONE E CONCERTAZIONE NELLA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE E I SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI	187
4	LE AZIONI PROGRAMMATE.....	189
4.1	RETE ONCOLOGICA REGIONALE	189
4.2	RETE CARDIOLOGICA REGIONALE	195
4.3	MALATTIE RARE	198
4.4	DONAZIONE E TRAPIANTI	201
4.5	PIANO SANGUE E PLASMA REGIONALE	205

DOCUMENTO DI PIANO SANITARIO REGIONALE

1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1 *Il quadro di riferimento istituzionale*

1.1.1 **La sanità regionale e nazionale nel contesto europeo**

Il contesto europeo riveste un ruolo di grande rilievo anche per quanto riguarda la sanità, ciò per molte ragioni.

L'Europa certamente non interviene sulle scelte dei modelli organizzativi dei diversi paesi, tuttavia numerose sono le decisioni affidate a normative e direttive comunitarie, con le quali l'Unione europea influenza le attività sanitarie dei vari Stati.

Giova ricordarne alcune che al tempo stesso costituiscono vincoli e opportunità: anzitutto la libera circolazione degli uomini e delle merci nell'ambito comunitario, ivi compresa quella relativa all'esercizio del diritto di scegliere il luogo di cura; è questione di enorme valenza sia per le opportunità offerte ai cittadini, sia per le conseguenti iniziative.

In base a tale circostanza i sistemi sanitari dei diversi paesi della Comunità potranno entrare in concorrenza e determinare scambi finanziari.

In questo contesto il miglioramento della qualità delle prestazioni del nostro servizio sanitario e della sua capacità di fornire prestazioni a costi competitivi certamente creerà un sicuro vantaggio. Anche la proposta di offerte sanitarie per diverse circostanze presenti nel nostro paese può rappresentare una significativa opportunità.

La Regione Calabria detiene, in proposito, potenzialità ragguardevoli che, se valorizzate, potranno costituire un fattore di sviluppo non trascurabile: basti pensare alla crescita della capacità attrattiva in termini turistici legata al miglioramento delle condizioni di vita, e, nello specifico, alla qualità dei servizi sanitari offerti ed alle capacità di effettivo sviluppo delle terapie termali.

La normativa comunitaria offre opportunità positive anche per le attività sanitarie e socio economiche nazionali e regionali. Molte e specifiche sono le normative alle quali tutti gli Stati debbono attenersi ed alle quali conseguentemente i rispettivi sistemi sanitari regionali devono dare adeguata risposta.

Ciò accade in particolare nel campo:

- della sanità pubblica;
- della prevenzione e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro;
- delle attività veterinarie;
- della qualificazione di determinati prodotti;
- della sanità di frontiera.

1.1.2 **Lo scenario nazionale: federalismo e sanità**

L'applicazione delle modifiche al titolo quinto della Costituzione ha portato alla piena responsabilizzazione delle regioni nelle materie sanitarie. Allo stato nazionale restano infatti attribuite le competenze relative alla determinazione ed al controllo sulla erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La responsabilità regionale si estrinseca in due versanti fondamentali: nel compito di assicurare i livelli di assistenza ai propri cittadini e nella piena responsabilità finanziaria.

Intorno a tali argomenti il ruolo della Conferenza Stato-regioni è di primaria rilevanza, quale ambito di concertazione e di negoziazione interistituzionale. Tale organismo, che si riunisce con periodicità sempre più frequente e su materie sempre più ampie, è il luogo ove vengono sottoscritti accordi e patti fondamentali, affidati a strumenti e a tavoli di monitoraggio e valutazione pressoché permanenti.

A proposito degli strumenti pattizi sottoscritti, grande rilievo riveste l'accordo del 3 agosto 2000, che inaugura il cosiddetto "patto di stabilità", integrato e modificato con l'accordo dell'8 agosto 2001 e rinegoziato con l'accordo del 23 marzo 2005. Il 28 settembre 2006 lo Stato e le regioni hanno sottoscritto il nuovo "Patto per la salute", riferito al triennio 2007-2009 nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interno.

Tutti questi accordi sono basati sull'assunzione della piena responsabilità finanziaria delle regioni nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza e nel rispetto del quadro di risorse disponibili; ciò significa che la violazione dei vincoli finanziari determina conseguenze rilevanti: *in primis* l'obbligo di provvedere con proprie risorse alla copertura dei disavanzi.

Il nuovo Patto per la salute è di particolare importanza poiché individua risorse certe per il triennio di riferimento ed attribuisce alle singole regioni l'obbligo di un'accurata pianificazione delle proprie attività, in relazione ai fondi assegnati. Il patto inoltre attribuisce un ruolo di grande importanza al tavolo di monitoraggio in materia di controllo dell'andamento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e di tutela dell'equilibrio finanziario del sistema.

Fondamentale ai fini di un processo efficace di razionalizzazione della spesa, che non deve incidere sull'offerta di servizi, da ampliare e migliorare, è il contenimento dei costi organizzativi e gestionali. In tale direzione, il piano interviene in maniera decisiva, attraverso scelte coraggiose, quali, ad esempio, la riduzione del numero delle Aziende e la centralizzazione degli acquisti, che trovano fondamento anche in ragioni di appropriatezza organizzativa e al tempo stesso non possono che portare alla riduzione degli oneri non direttamente collegati alla produzione di servizi sanitari.

1.2 Il bisogno di salute: situazione demografica e stato di salute della popolazione

La Calabria si estende su una superficie di circa 15.000 Km², con una netta prevalenza di territori montani e collinari, rispetto alle aree pianeggianti, e nel cui territorio, al 1° gennaio 2006, risiedono 2.004.415 abitanti. La popolazione calabrese costituisce il 3,5% dei residenti in Italia. L'1,55% dei cittadini residenti in Calabria è di origine straniera.

La distribuzione della popolazione residente per ambito territoriale attribuisce ai comuni della provincia di Cosenza 730.395 abitanti (il 36,4% del totale), a quelli di Reggio Calabria 565.541 abitanti (il 28,2%), a Catanzaro 367.624 (il 18,3%), a Crotona 172.374 (8,6%) ed a Vibo Valentia 168.481 (8,4%).

Tabella 1.1 – Regione Calabria - Comuni, popolazione residente e superficie territoriale delle Aziende sanitarie esistenti alla data del 20 maggio 2007 - Popolazione all'1.1.2006 (dati ISTAT).

AZIENDE SANITARIE	valori assoluti				distribuzione percentuale		
	numero comuni	popolazione residente	superficie in kmq	densità ab x kmq	numero comuni	popolazione residente	superficie in kmq
101 - Paola	33	138.796	1.077,47	129	8,07%	6,92%	7,14%
102 - Castrovillari	28	104.964	1.340,98	78	6,85%	5,24%	8,89%
103 - Rossano Calabro	36	176.097	2.095,00	84	8,80%	8,79%	13,89%
104 - Cosenza	57	292.159	1.856,78	157	13,94%	14,58%	12,31%
105 - Crotona	29	191.249	2.011,30	95	7,09%	9,54%	13,34%
106 - Lamezia Terme	21	126.448	740,56	171	5,13%	6,31%	4,91%
107 - Catanzaro	58	240.680	1.635,52	147	14,18%	12,01%	10,85%
108 - Vibo Valentia	50	168.481	1.139,47	148	12,22%	8,41%	7,56%
109 - Locri	42	134.611	1.352,17	100	10,27%	6,72%	8,97%
110 - Palmi	30	157.528	861,38	183	7,33%	7,86%	5,71%
111 - Reggio Calabria	25	273.402	969,64	282	6,11%	13,64%	6,43%
Totale regionale	409	2.004.415	15.080,27	133	100,00%	100,00%	100,00%

Tabella 1.2 – Regione Calabria - Comuni, popolazione residente e superficie territoriale delle Aziende sanitarie provinciali - Popolazione all'1.1.2006 (dati ISTAT).

AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI	valori assoluti				distribuzione percentuale		
	numero comuni	popolazione residente	superficie in kmq	densità ab x kmq	numero comuni	popolazione residente	superficie in kmq
Cosenza	155	730.395	6.649,68	110	37,90%	36,44%	44,10%
Catanzaro	80	367.624	2.391,35	154	19,56%	18,34%	15,86%
Reggio Calabria	97	565.541	3.183,19	178	23,72%	28,21%	21,11%
Crotona	27	172.374	1.716,58	100	6,60%	8,60%	11,38%
Vibo Valentia	50	168.481	1.139,47	148	12,22%	8,41%	7,56%
Totale regionale	409	2.004.415	15.080,27	133	100,00%	100,00%	100,00%

Un terzo della popolazione calabrese risiede nei 324 comuni al di sotto di 5.000 abitanti, che rappresentano il 79,2% dei comuni calabresi e ricoprono il 66% del territorio. La dispersione della popolazione pertanto è assai elevata; negli stessi comuni, infatti, si registra una densità pari a 67 abitanti x km², che, per quelli di ampiezza demografica inferiore (fino a mille abitanti) arriva a misurare appena 34 ab. x km².

I centri abitati più consistenti sono pochi (35 comuni al di sopra dei 10.000 abitanti) ed in essi risiede il 49,9% della popolazione calabrese, distribuita sul 19,9% del territorio. Un solo comune, Reggio Calabria, va oltre i 100.000 residenti (al 1° gennaio 2006 vi sono 184.369 abitanti). Altri 50 comuni possiedono un'ampiezza demografica compresa tra 5.001 e 10.000 abitanti, dove risiede il rimanente 16,9% della popolazione calabrese, insediata sul 14,0% del territorio.

Tabella 1.2 - Distribuzione della popolazione calabrese all'1.1.2006 secondo l'ampiezza demografica del comune di residenza (dati ISTAT).

CLASSI DEMOGRAFICHE	valori assoluti			
	numero comuni	popolazione residente	superficie in kmq	densità ab x kmq
fino a 1.000 ab.	68	49.258	1.457,59	34
da 1.001 a 2.500 ab.	158	268.444	4.351,67	62
da 2.501 a 5.000 ab.	98	347.728	4.142,93	84
da 5.001 a 7.500 ab.	37	226.953	1.595,36	142
da 7.501 a 10.000 ab.	13	112.315	515,91	218
da 10.001 a 50.000 ab.	30	519.600	2.280,04	228
da 50.001 a 100.000 ab.	4	295.748	488,65	605
oltre 100.000 ab.	1	184.369	236,02	781
Totale regionale	409	2.004.415	15.068,17	133

A questo si aggiunge un sistema infrastrutturale carente e in gran parte obsoleto, che necessita di forti e sostanziali investimenti in termini di ripensamento dei collegamenti e di rifacimento dell'esistente.

1.2.1 Durata, aspettativa e qualità della vita dei cittadini calabresi

La popolazione residente in Calabria al 1° gennaio 2006 è distribuita in 738.145 nuclei familiari ed in 949 convivenze (insieme di persone che conducono vita in comune per motivi religiosi, di cura, di assistenza, di pena, militari e simili), con, rispettivamente, un numero medio di componenti di 2,7 e 6,6.

Tabella 1.3 - Calabria: Famiglie e loro composizione al 1° gennaio 2006 (dati ISTAT).

Tab. 1 - Famiglie e loro composizione al 1° gennaio 2006

AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI	numero di famiglie	numero di componenti per famiglia			numero di convivenze	numero medio di componenti per convivenze
		medio	minimo	massimo		
Cosenza	272.799	2,6	1,8	3,1	310	6,5
Catanzaro	137.549	2,6	2,1	3,0	160	7,8
Reggio Calabria	206.672	2,6	1,9	3,5	320	6,5
Crotone	60.625	2,7	2,2	3,4	74	5,2
Vibo Valentia	60.500	2,7	2,2	3,2	85	5,9
Totale regionale	738.145	2,7	1,8	3,5	949	6,6

La percentuale di persone con 65 anni di età ed oltre sul totale della popolazione residente è passata dal 13,5 % del 1992 al 17,97 % del 2005. L'indice di vecchiaia è infatti in continuo aumento ed assume valori più elevati nel genere femminile; nel 2005 ha raggiunto il valore di 97,4 per il genere maschile e di 134,9 nelle donne anche se, rispetto al resto d'Italia, le province calabresi si collocano comunque attorno a valori dell'indice di vecchiaia più basso.

Figura 1.1 – Andamento dell'indice di vecchiaia per singolo comune della Calabria - anno 2003. (dati ISTAT).

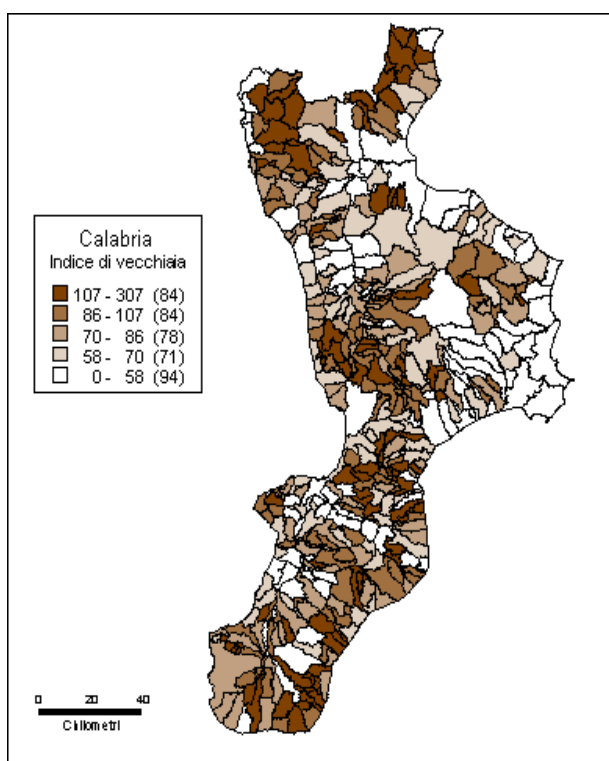
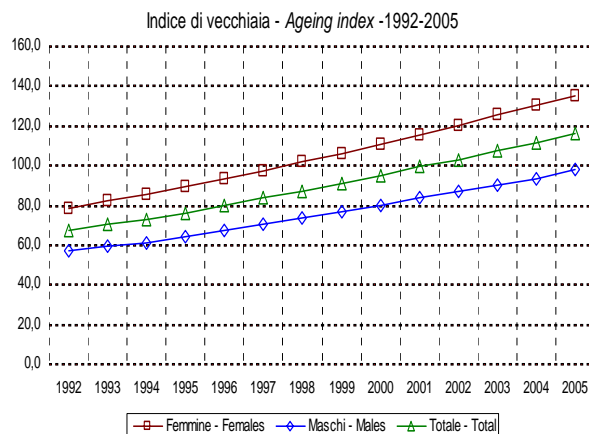
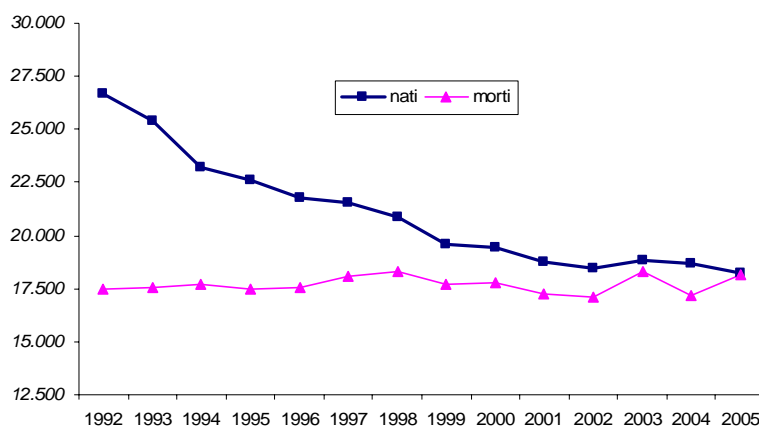


Figura 1.2 – Andamento dell'indice di vecchiaia in Calabria dal 1992 al 2005, distinto per genere. (dati ISTAT).



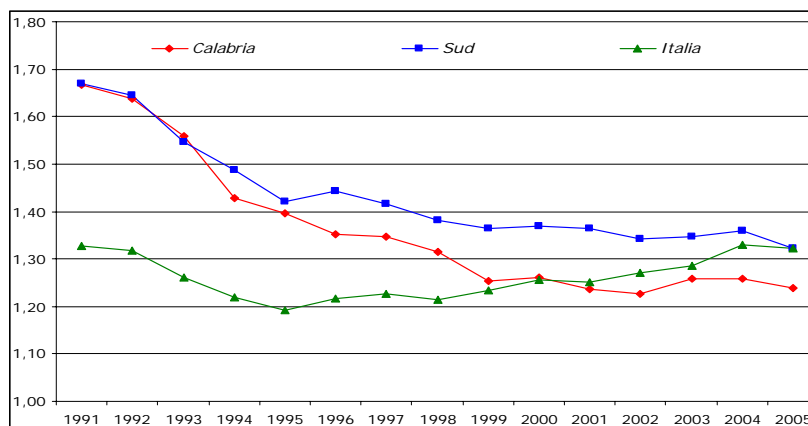
Da diversi anni viene registrato in Calabria un numero sempre inferiore di nascite a fronte di una sostanziale stabilità del numero dei morti.

Figura 1.3 – Andamento temporale della natalità e della mortalità in Calabria dal 1992 al 2005 - Valori assoluti (dati ISTAT).



Il tasso di natalità, passato dal valore di 12,9‰ abitanti del 1992 a quello di 9,1 nati ogni mille abitanti del 1° gennaio 2006, è inferiore alla media nazionale (9,5‰), peraltro in misura maggiore rispetto al Sud Italia (9,8‰), in quanto condizionato da una fecondità totale assai bassa, con un numero medio di figli per donna di 1,24 (il valore nazionale è di 1,32); il livello di fecondità in Calabria rimane tra i più bassi in Europa (1,4) e nel mondo (2,8). Nel resto dei Paesi Europei solo in Spagna il numero medio di figli per donna (1,1) è inferiore al valore italiano, mentre l'estremo opposto è rappresentato dall'Irlanda.

Figura 1.4 - Numero medio di figli per donna dal 1991 al 2005 - confronto Italia, Calabria e Sud (dati ISTAT).



L'invecchiamento complessivo della popolazione, oltre che ai livelli di fecondità molto bassi descritti, è dovuto ad un progressivo aumento della speranza di vita alla nascita, che in Calabria ha raggiunto, nel 2004, un valore di poco inferiore alla media italiana per le donne (83,48 anni); viceversa per gli uomini presenta un valore di poco più alto rispetto alla media nazionale (78,11 anni).

La speranza di vita in buona salute alla nascita, però, è di 42,6 anni per i maschi e di 39,29 per il genere femminile, collocando la nostra Regione all'ultimo posto della classifica nazionale.

Anche la misura della speranza di vita a 15 anni libera da disabilità non rappresenta per la Calabria un dato lusinghiero, almeno per il genere femminile, in cui raggiunge il valore di 59,95, essendo seguita nella classifica nazionale solamente dalla Regione Sicilia (59,06). Al contrario per i maschi si riscontra una situazione più equilibrata, peraltro con una distanza dalla media nazionale minima: 58,67 anni contro i 58,83 dell'Italia.

Figura 1.5 – Speranza di vita alla nascita in Calabria ed Italia dal 1989 al 2004. (dati HFA dicembre 2005).

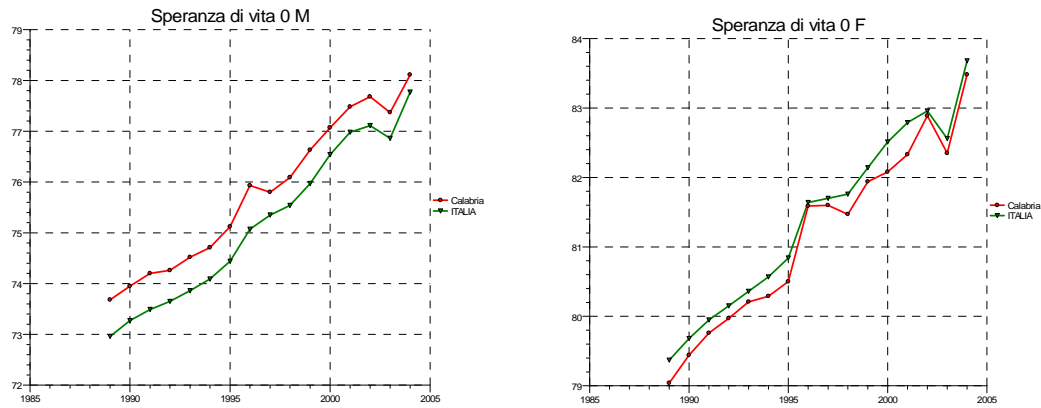


Figura 1.6 – Speranza di vita in buona salute alla nascita nelle regioni italiane - anno 2000. (dati HFA dicembre 2005).

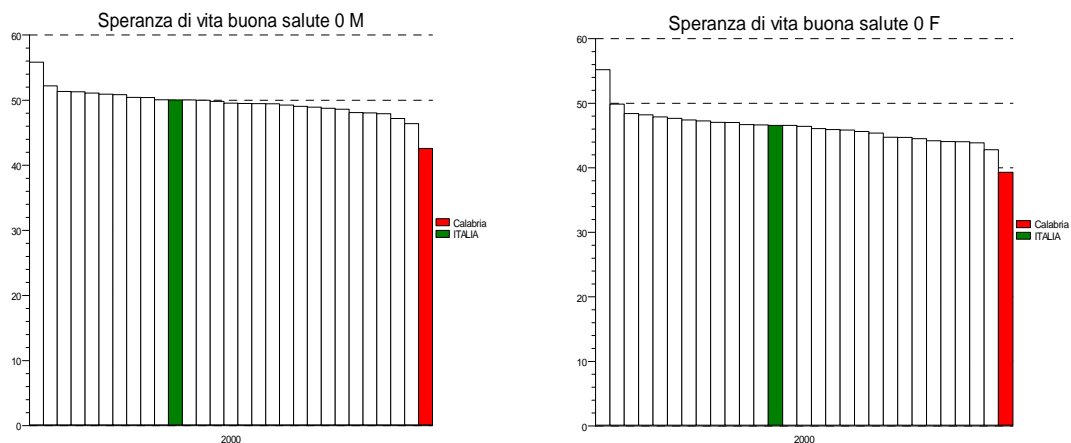
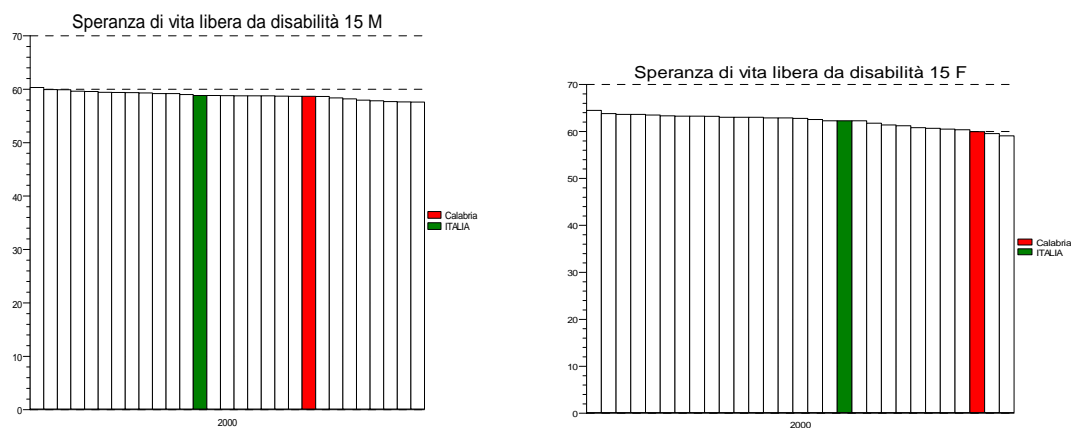


Figura 1.7 – Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni nelle regioni italiane, maschi - anno 2000. (dati HFA dicembre 2005).



Nel 2001, con un tasso standardizzato di 9,4 x 1.000 negli uomini, la Calabria rappresenta una delle regioni italiane con il più basso tasso di mortalità

maschile (valore italiano 10,0 x 1.000). Questa situazione non è condivisa dal genere femminile; il tasso di 6,2 x 1.000 registrato nelle donne, infatti, rappresenta un valore superiore al valore medio nazionale (5,9 x 1.000), ed uno dei valori meno elevati tra le regioni meridionali. L'evoluzione più favorevole per gli uomini della Calabria è costante sin da prima degli anni '90 e coinvolge tutte le fasce di età.

Figura 1.8 – Mortalità in Italia e in Calabria - Tasso standardizzato x 100 - genere maschile - anno 2001. (dati HFA dicembre 2005).

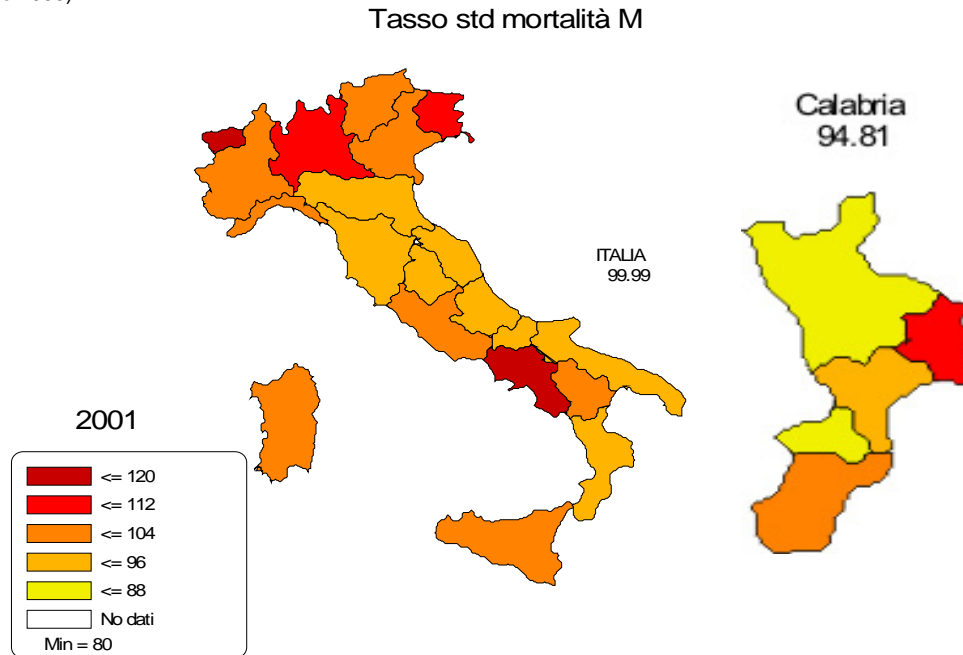
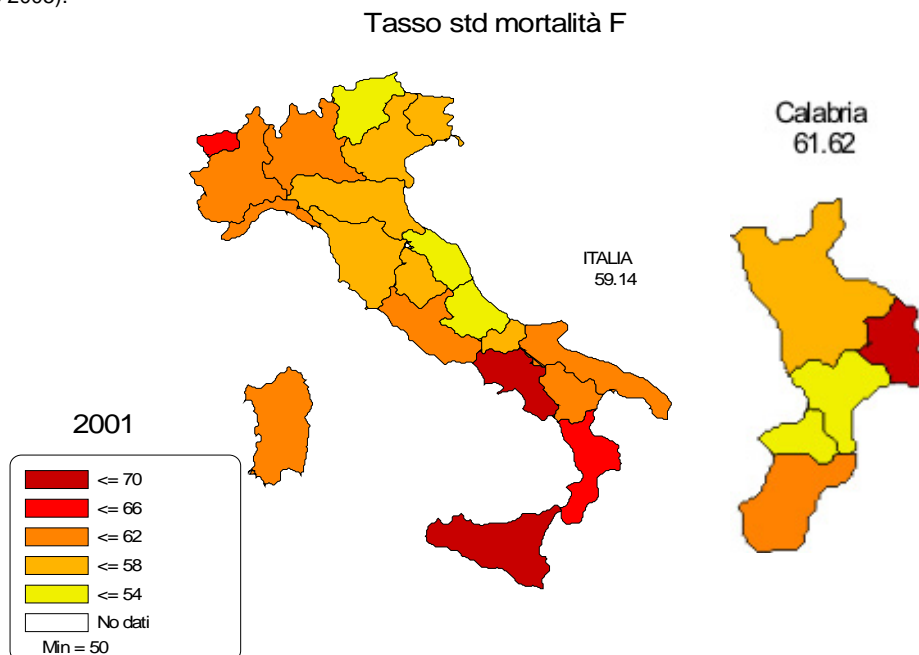


Figura 1.9 – Mortalità in Italia e in Calabria - Tasso standardizzato x 100 - genere femminile - anno 2001. (dati HFA dicembre 2005).



Le patologie dell'apparato circolatorio ed i tumori maligni, rappresentano nell'ordine le cause di morte più frequenti, con 19.442 decessi tra gli uomini ed 22.724 tra le donne nel primo caso; e 9.822 decessi per gli uomini, e 6.782 per le donne nel secondo caso, registrate nel periodo 1982-2001. In ordine di frequenza fanno seguito le malattie dell'apparato respiratorio e dalle cause accidentali nel genere maschile, e dalle malattie metaboliche e respiratorie in quello femminile.

Confrontando, invece, i tassi standardizzati di anni di vita persi a 75 anni, che rappresentano le cause di morte prematura, negli uomini le prime tre sono in ordine decrescente le malattie del sistema circolatorio, i tumori maligni, e le malformazioni congenite; nelle donne sono i tumori maligni, le malformazioni congenite e le malattie del sistema circolatorio (Tabelle 1.4 a ed 1.4 b).

Tabella 1.4 a - Grandi gruppi di cause di morte in Calabria nel periodo 1982-2001 secondo l'ordine decrescente del valore degli indicatori di mortalità – maschi.

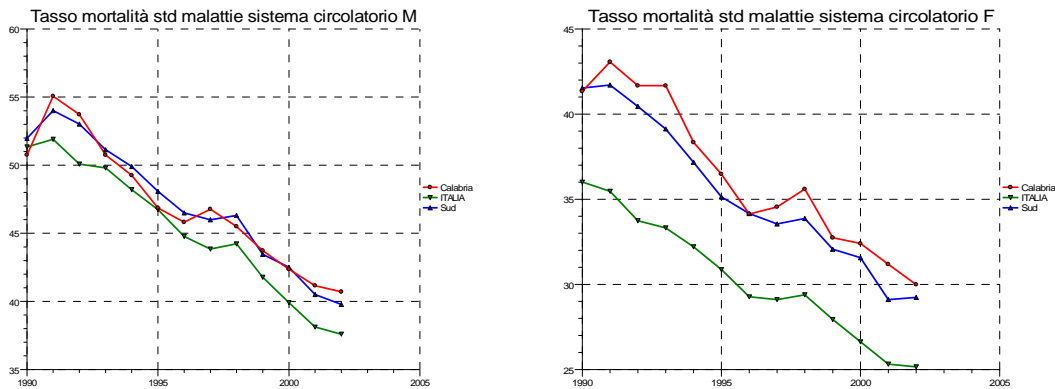
Rango	Osservati media annuale	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	Rischio 0-74 anni x 100	Tasso standardizzato anni vita persi a 75 anni x 1.000
1	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>
	19.442,3	1.908,1	1.877,2	83,7	90,7
2	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>
	9.821,9	964,6	939,3	67,5	86,3
3	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato digerente</i>	<i>Malformazioni congenite</i>
	3.728,6	366	354,4	20,3	77,2
4	<i>Cause accidentali</i>	<i>Cause accidentali</i>	<i>Cause accidentali</i>	<i>Cause accidentali</i>	<i>Cause accidentali</i>
	2.903,6	284,8	284	19,2	74,5
5	<i>Apparato digerente</i>	<i>Apparato digerente</i>	<i>Apparato digerente</i>	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato digerente</i>
	2.825,4	277,2	280,9	16,7	30
6	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Apparato respiratorio</i>
	1.455,4	142,8	136,9	9,3	16
7	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Malformazioni congenite</i>	<i>Malattie endocrine</i>
	702,4	68,9	65,9	4,9	12,1
8	<i>Apparato genito-urinario</i>	<i>Apparato genito-urinario</i>	<i>Apparato genito-urinario</i>	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>
	654,9	64,2	64,1	4,3	9,2
9	<i>Tumori benigni</i>	<i>Tumori benigni</i>	<i>Tumori benigni</i>	<i>Tumori benigni</i>	<i>Cause mal definite</i>
	265,2	26,2	24,2	1,6	7,2
10	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Disturbi psichici</i>
	252,7	24,9	22,8	1,3	3,2

Tabella 1.4 b - Grandi gruppi di cause di morte in Calabria nel periodo 1982-2001 secondo l'ordine decrescente del valore degli indicatori di mortalità - femmine.

Rango	Osservati media annuale	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	Rischio 0-74 anni x 100	Tasso standardizzato anni vita persi a 75 anni x 1.000
1	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Apparato circolatorio</i>	<i>Tumori maligni</i>
	22.723,9	2.167	1.445,5	49,4	60
2	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>	<i>Tumori maligni</i>	<i>Malformazioni congenite</i>
	6.782,3	647	524,4	38,3	45,4
3	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Malattie endocrine</i>	<i>Apparato circolatorio</i>
	2.388,4	226,1	159	10	44
4	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato digerente</i>	<i>Cause accidentali</i>
	2.023,5	193	133,1	8,2	14,5
5	<i>Apparato digerente</i>	<i>Apparato digerente</i>	<i>Apparato digerente</i>	<i>Apparato respiratorio</i>	<i>Apparato digerente</i>
	1.780,6	169,8	127,2	5,1	10,4
6	<i>Cause mal definite</i>	<i>Cause mal definite</i>	<i>Malformazioni congenite</i>	<i>Cause accidentali</i>	<i>Malattie endocrine</i>
	1.617,4	154,1	112,2	5	9,3
7	<i>Cause accidentali</i>	<i>Cause accidentali</i>	<i>Cause accidentali</i>	<i>Malformazioni congenite</i>	<i>Apparato respiratorio</i>
	1.404,3	134	99,9	3,8	7,8
8	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>	<i>Sistema nervoso</i>
	660,9	63,2	47,1	3	6,6
9	<i>Apparato genito-urinario</i>	<i>Apparato genito-urinario</i>	<i>Tumori benigni</i>	<i>Apparato genito-urinario</i>	<i>Cause mal definite</i>
	468,9	44,7	21,6	1,9	4
10	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Disturbi psichici</i>	<i>Tumori benigni</i>	<i>Tumori benigni</i>
	293,7	28	16,5	1,2	2,2

Vi è anche da dire che, in entrambi i generi la mortalità per malattie dell'apparato circolatorio si è notevolmente ridotta: di circa il 26% tra gli uomini e del 33% tra le donne. Si tratta di una riduzione in linea con quanto si è verificato anche nel resto dell'Italia. E' interessante notare però come, mentre tra gli uomini la mortalità sia in media con quella del resto del Paese (e superiore all'Italia e simile al Sud), tra le donne questa risulta ancor più superiore alla media nazionale (ma in linea con il resto del Sud). Questa differenza tra uomini e donne nella mortalità per malattie circolatorie, contribuisce senz'altro a generare le differenze per sesso nella mortalità generale descritte in precedenza. In entrambi i sessi le principali cause di morte per malattie del sistema circolatorio sono le cardiopatie ischemiche (prevalenti negli uomini) e cerebro-vascolari (prevalenti nelle donne).

Figura 1.10 – Mortalità per malattie dell'apparato circolatorio in Italia, Sud-Italia e Calabria - Tasso standardizzato x 100 - 1991- 2001. (dati HFA dicembre 2005).



Vi inoltre una certa disomogeneità nell'andamento del tasso standardizzato a livello delle singole province calabresi e tra maschi e femmine. Addirittura per la provincia di Vibo Valentia vi è una controtendenza netta per le malattie ischemiche del cuore, rispetto al territorio nazionale e regionale, con un incremento della mortalità in quattro anni dell'11 %, passando dall'11,87 del 1997 al 13,21 del 2001. Nel genere femminile una tendenza all'incremento è più evidente in provincia di Reggio Calabria.

Figura 1.11 — Mortalità per malattie ischemiche del cuore in Italia e nelle province calabresi - Tasso standardizzato x 100 - 1991- 2001. (dati HFA dicembre 2005).

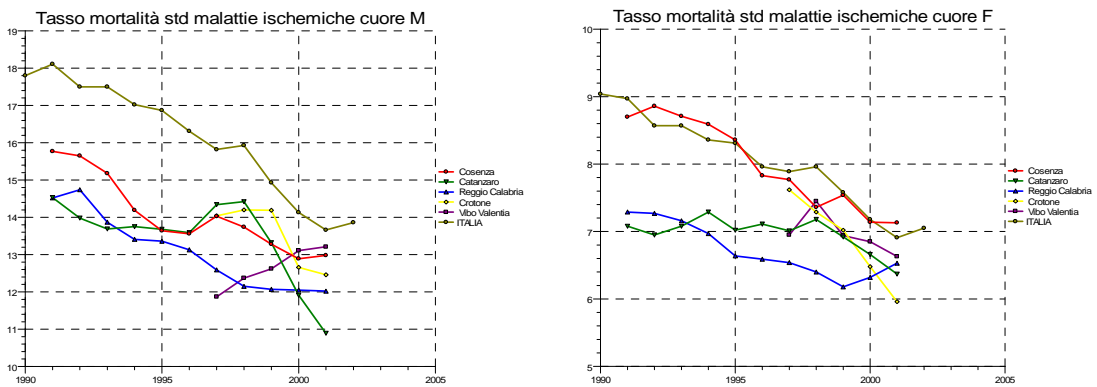
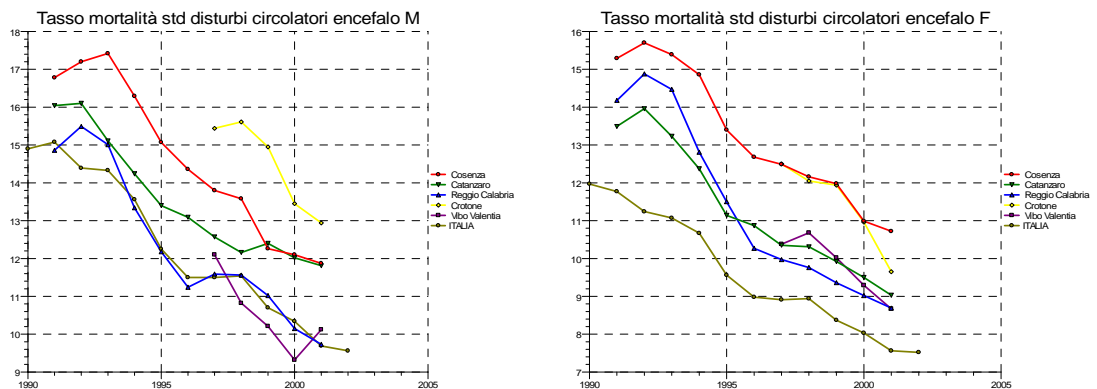


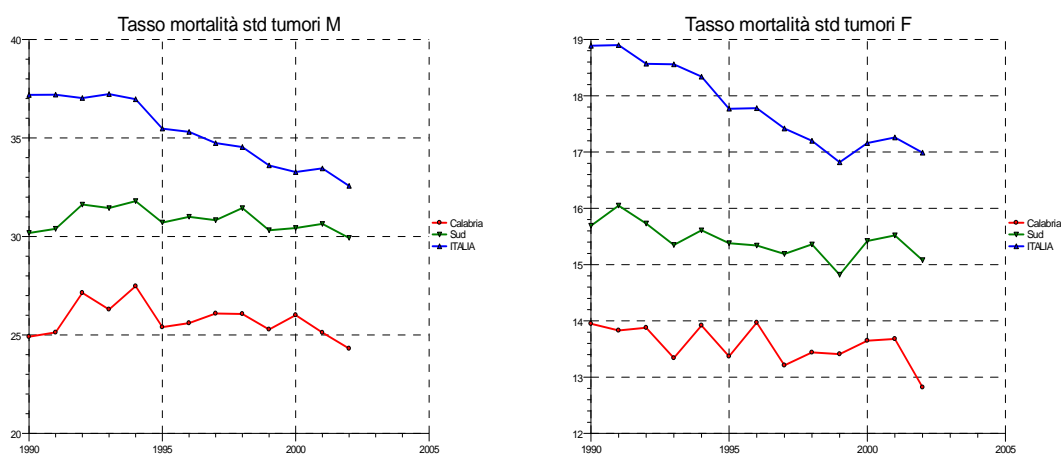
Figura 1.12 — Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo in Italia e nelle province calabresi - Tasso standardizzato x 100 - 1991- 2001. (dati HFA dicembre 2005).



Nel caso della mortalità per tumori maligni la situazione della Calabria è più favorevole: in entrambi i sessi la mortalità non ha subito importanti variazioni

nei 10 anni di osservazione, ma è importante notare che si tratta di valori tra i più bassi di tutto il territorio nazionale. Dal 1982 al 2001 i tumori maligni che sono stati individuati negli uomini calabresi con maggior frequenza sono, in ordine decrescente, quelli riguardanti: trachea, bronchi e polmoni, stomaco, fegato e dotti biliari, prostata, colon, vescica, leucemie, sistema nervoso centrale, retto e giunzione retto-sigma, labbra, bocca e faringe. Nelle donne, nello stesso periodo, si ha nell'ordine: i tumori maligni della mammella, del fegato e dotti biliari, dello stomaco, dell'utero, del colon, dell'utero sede non specificata, della trachea, bronchi e polmoni e dell'ovaio.

Figura 1.13 - Mortalità per tumori in Italia, Sud-Italia e Calabria - Tasso standardizzato x 100 - 1990-2002. (dati HFA dicembre 2005).



La terza causa di morte tra gli uomini è rappresentata dalle patologie dell'apparato respiratorio, tra le donne dalle endocrinopatie. Al quarto posto troviamo le cause accidentali tra gli uomini mentre, tra le donne, le cause accidentali sono al settimo posto nella classifica delle prime dieci cause di morte. Confrontando, invece, i tassi standardizzati di anni di vita persi a 75 anni¹, negli uomini le prime tre cause di morte prematura sono in ordine decrescente le malattie del sistema circolatorio, i tumori maligni, e le malformazioni congenite; nelle donne: i tumori maligni, le malformazioni congenite, e le malattie del sistema circolatorio.

1.2.2 Bisogni e determinanti di salute

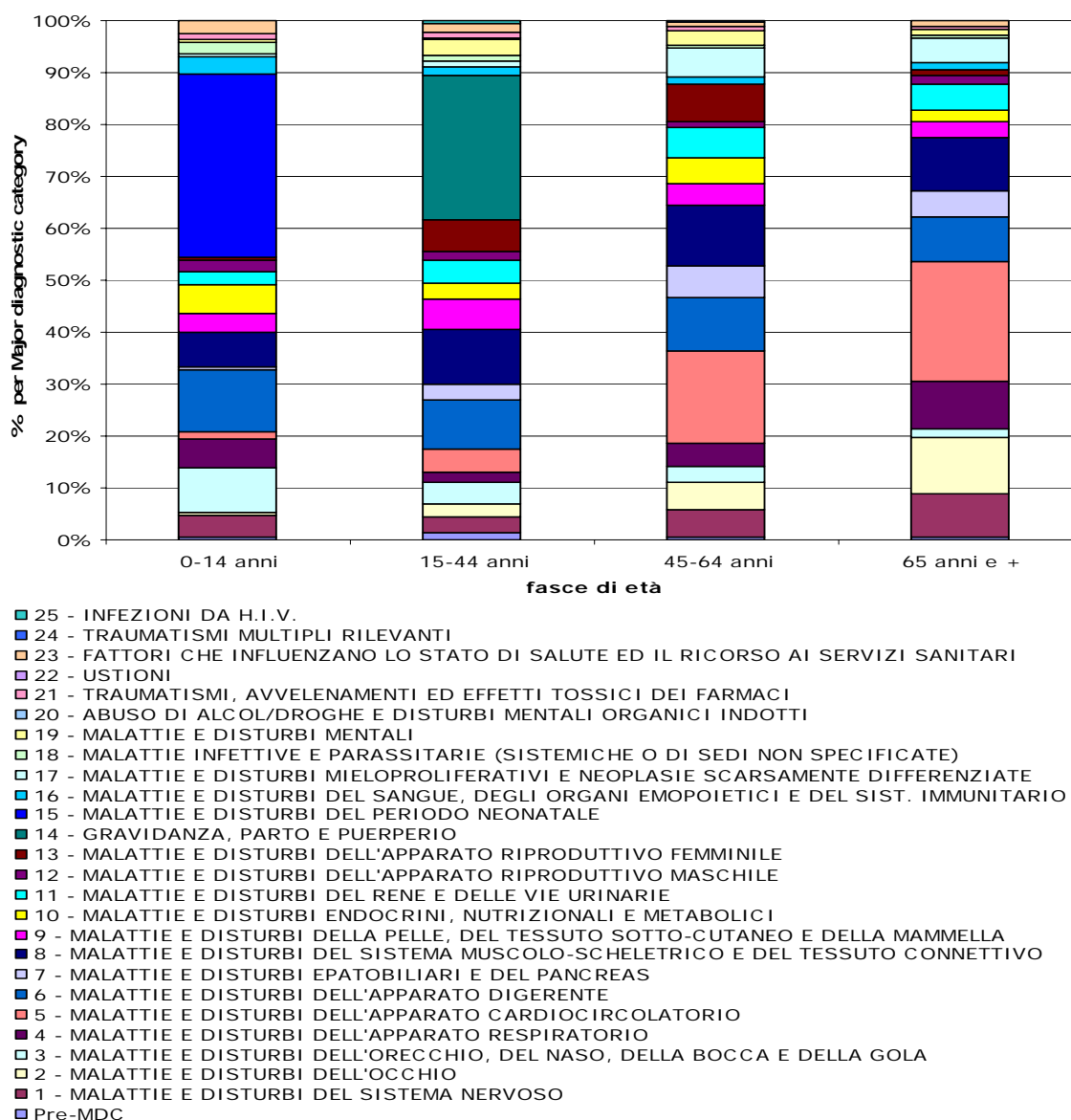
La frequenza delle malattie che affliggono i cittadini calabresi ricalca l'andamento nazionale, con una frequenza sempre maggiore di affezioni cronico-degenerative e con soggetti affetti da più patologie che richiedono l'intervento del SSR.

I bisogni di salute espressi dalla società calabrese, pertanto, non sono dissimili dal resto della nazione in termini di tipologia di malattie: la prima causa di ospedalizzazione ordinaria è infatti rappresentata dalle malattie dell'apparato

¹ Questo indicatore esprime il numero medio annuale di anni di vita potenzialmente vivibili e persi per una determinata causa, prima dei 75 anni di età, ogni 1.000 residenti. Il valore assunto da questo indicatore rappresenta una spia molto sensibile di mortalità prematura, enfatizzando quelle cause che colpiscono le classi di età più giovani.

circolatorio, seguite, nell'ordine, dalle malattie dell'apparato digerente e dalle cause accidentali, che rappresentano da sole poco meno del 40 % di tutti ricoveri in regime ordinario di cittadini calabresi. Per il *day hospital*, oltre alle stesse cause del regime ordinario, si aggiungono le neoplasie e le malattie metaboliche (il diabete mellito in particolare) quale esigenza più frequente di ricovero per i cittadini calabresi. Anche dal ricorso ai servizi ambulatoriali e dal consumo di farmaci si evince la maggiore diffusione delle malattie cardiovascolari e dei problemi di salute legati al metabolismo, e la presenza importante delle patologie muscolo-scheletriche, dei disturbi ansiosi e della depressione, che caratterizza la domanda di prestazioni dei cittadini calabresi.

Figura 1.14 - Ricoveri in Calabria per grandi fasce d'età e *Major diagnostic category* di appartenenza - anno 2004 (dati SDO).



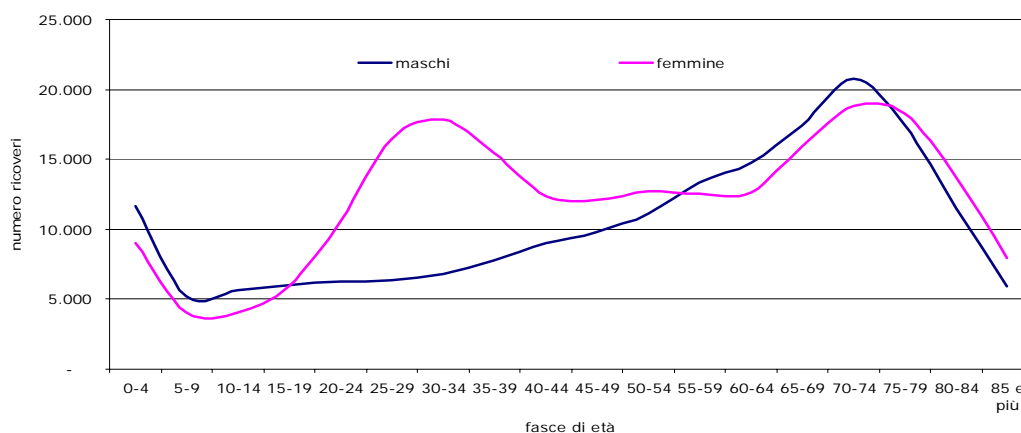
L'onere di malattie, disabilità e morti premature in Calabria è, pertanto, sostenuto nella quasi totalità dalle malattie non trasmissibili che comprendono soprattutto le malattie cardiovascolari (tra queste specialmente la cardiopatia ischemica e l'ictus), il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche (BPCO), le

neoplasie (tra cui il cancro del polmone, della mammella e del colon-retto rappresentano le forme tumorali più diffuse) e le conseguenze dei traumatismi. Non sono nemmeno trascurabili in termini quali-quantitativi i disturbi muscolo-scheletrici ed i problemi legati alla salute mentale.

Questo gruppo di patologie peraltro è collegato a fattori di rischio ed a determinanti comuni: essi sono il tabagismo, il consumo di alcol, il basso consumo di frutta e verdura, il sovrappeso e l'inattività fisica, per quanto riguarda i principali fattori legati agli stili di vita, ai quali bisogna aggiungere l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia.

L'espressione dei bisogni di salute è anche legata alle diverse fasi della vita che comportano specifiche necessità assistenziali.

Figura 1.15 – Numero di ricoveri in Calabria per fasce d'età e genere – escluso neonati sani (DRG 391) - anno 2004 (dati SDO).



La gravidanza, la nascita, le fasi dello sviluppo dell'individuo, anche se ridimensionate rispetto al passato in termini quantitativi (circa 18.000 nati all'anno), necessitano in Calabria ancora di attenzioni peculiari sul versante dell'assistenza, considerando anche che gran parte dell'ospedalizzazione nelle fasce d'età intermedie, almeno nelle donne, è sostenuta da ricoveri relativi all'assistenza al parto e, tra questi, una percentuale assai alta è riservata ai parti cesarei che rappresenta il 44 %.

Figura 1.16 – Numero di ricoveri per parto in Calabria, distinti per azienda di residenza della madre e tipologia di parto – anno 2004 (dati SDO).

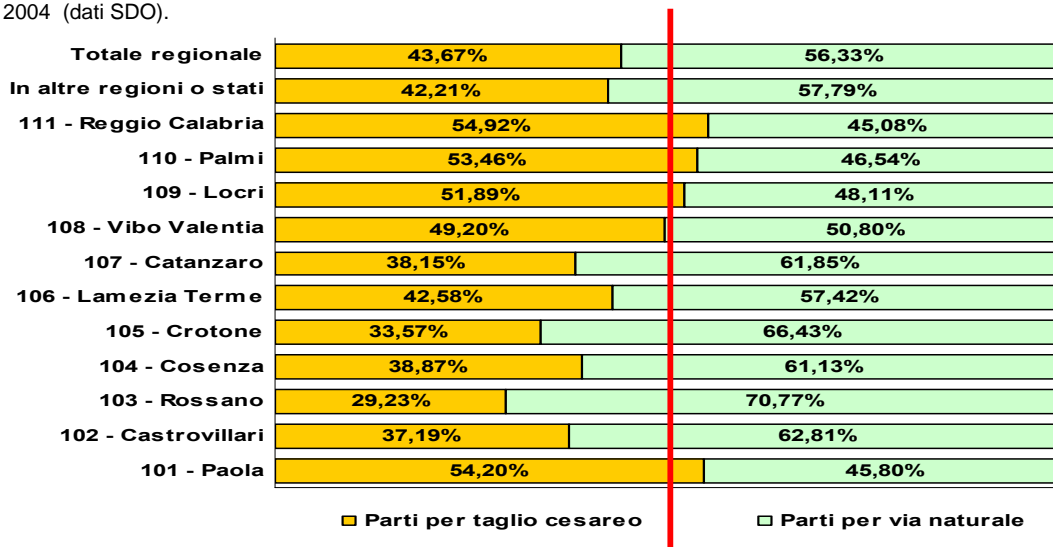


Tabella 1.4 - Numero di ricoveri per parto in Calabria, distinti per azienda di residenza della madre e luogo di cura – anno 2004 (dati SDO).

AZIENDE SANITARIE di residenza	Trattati nel territorio del distretto di residenza	Trattati in presidi fuori Regione	Trattati in presidi regionali fuori del distretto di residenza	Totale ricoveri
101 - Paola	830	103	174	1.107
102 - Castrovillari	458	37	309	804
103 - Rossano Calabro	1.415	81	143	1.639
104 - Cosenza	2.334	48	175	2.557
105 - Crotona	1.600	80	477	2.157
106 - Lamezia Terme	1.136	22	75	1.233
107 - Catanzaro	1.852	56	121	2.029
108 - Vibo Valentia	1.334	53	296	1.683
109 - Locri	746	49	500	1.295
110 - Palmi	1.319	60	267	1.646
111 - Reggio Calabria	2.428	60	34	2.522
In altre Regioni o Stati	443	-	-	443
Totale regionale	15.452	649	2.571	18.672

Nelle età intermedie una quota di bisogno assistenziale importante è rappresentata dalle conseguenze dei traumatismi (incidenti stradali, domestici, infortuni sul lavoro), che assumono una rilevanza non solo dal punto di vista della risposta assistenziale, ma anche perché vi è per essi la possibilità di porre in essere interventi di prevenzione adeguati.

Gli anziani rappresentano coloro che esprimono anche in Calabria il maggiore contributo alla domanda di assistenza. Le patologie più frequenti nell'età più avanzata sono quelle già indicate, ma la cronicità e la possibilità di contemporanea presenza nello stesso soggetto di più patologie, determinano la presenza di una quota importante di disabili proprio tra gli anziani, molti dei quali risultano non auto-sufficienti. La conclusione della vita, che sempre più avviene come esito di un percorso assistenziale assai gravoso, sia in termini di sofferenza umana che di onere per i singoli, le famiglie e la società nel suo insieme, comporta poi l'esigenza di assistere i malati terminali in modo specifico, con riguardo alla terapia del dolore ed alla dignità del morire.

Tra i determinanti di salute, oltre agli stili di vita già menzionati, non sono trascurabili gli effetti dei determinanti ambientali, che cominciano ad essere evidenti in alcune aree della Regione o per alcune attività. Le cause accidentali di ricovero (molte con esiti fatali o gravemente invalidanti) rappresentano un onere per la comunità in termini di anni di vita persi, ovvero in vita in condizioni di disabilità, ed hanno conseguenze negative rilevanti per la società calabrese, sia in termini di risorse impegnate per l'assistenza e la cura, che di persone giovani sottratte alla vita produttiva. In specie nel campo dell'infortunistica da lavoro la Calabria paga prezzi altissimi in confronto alle altre aree del Paese.

Le specifiche azioni da avviare per coniugare strategie di prevenzione esistono e coinvolgono tutta la società calabrese, che però risente molto dell'azione sinergica dei determinanti specifici e delle condizioni di disagio socio-economico di cui la Calabria soffre. Le strategie di controllo dei fattori di rischio e dei determinanti di salute - prevenzione - assieme a quelle di intervento attivo per il mantenimento e la ricerca della salute stessa - promozione della salute - diventano allora occasione ed opportunità di investimento e sviluppo.

1.3 La situazione del sistema sanitario della Calabria

1.3.1 Lo stato dei servizi sanitari

Non vi è dubbio che nella nostra Regione esista un “problema” sanità. Lo percepiscono i cittadini, ne fanno fede i dati e gli indici valutativi disponibili, ma anche i contenuti del Piano regionale per la salute 2004-2006.

Criticità di carattere strategico sono immediatamente individuabili:

- nelle attuali condizioni degli edifici destinati alle attività ospedaliere e territoriali, dovute al mancato utilizzo di una parte consistente delle risorse destinate all’edilizia sanitaria e ad una inadeguata attività di manutenzione;
- nella insufficiente disponibilità di tecnologie avanzate e nella obsolescenza di quelle esistenti;
- nella distribuzione del personale tra le Aziende, in alcuni casi fortemente disallineata rispetto a razionali parametri di dimensionamento degli organici, che condiziona l’equilibrio economico e la stessa possibilità di assicurare in maniera equa i livelli di assistenza.

Vi è da parte dei cittadini e delle istituzioni locali e regionali la consapevolezza delle ricadute negative sullo sviluppo economico e sociale del fatto che un settore di primaria importanza, che utilizza tra l’altro la più rilevante quota di risorse pubbliche, non riesca a realizzare un “sistema” attraverso cui, in modo efficace e diffuso, si garantisca il diritto alla salute dei cittadini.

Certamente non si può sostenere che nel SSR non esista “buona sanità”.

Al contrario, sono ben presenti, in pressoché tutte le Aziende del Servizio sanitario regionale, operatori capaci e preparati, unità operative ben organizzate ed in alcuni casi anche situazioni e centri di eccellenza che nulla hanno da invidiare ad analoghi Servizi delle altre Regioni italiane.

Ma tutto ciò non è sufficiente a garantire, sia nella sostanza che nella percezione dei cittadini, quel sistema di produzione dei servizi e delle prestazioni orientate alla tutela della salute, che risponda alle aspettative della comunità in termini di diffusione sul territorio, di equità nell’erogazione e nella fruizione, di qualità globale.

Testimoniano ciò molti fattori che è utile richiamare, seppure in modo sintetico:

- l’accesso ai servizi non organizzato in tutte le Aziende secondo criteri oggettivi e razionali, tramite efficienti Centri Unificati di Prenotazione (CUP);
- la scarsa diffusione del criterio della presa in carico del cittadino – utente e la non adeguata trattazione delle sue problematiche attraverso percorsi assistenziali definiti ed ancorati a linee guida e protocolli appropriati;
- la cronica divisione delle attività territoriali rispetto a quelle ospedaliere, che non permette la trattazione dei casi realizzando un *continuum* assistenziale territorio / ospedale / territorio. Di ciò fa fede la scarsa pratica di comunicazione tra medici di base e specialisti ospedalieri;
- il non adeguato livello di utilizzo delle risorse umane e strumentali, con particolare riferimento a diffuse incoerenze nell’organizzazione dei servizi ed a scarsi livelli di utilizzo di beni fondamentali, quali sale operatorie e tecnologie sofisticate; tali inefficienze non consentono il raggiungimento di una produttività adeguata a soddisfare la domanda di prestazioni, generando peraltro liste di attesa ed alta mobilità in uscita;

- la presenza di diffuse inapproprietezze che producono irrazionale uso delle risorse. Esse sono di carattere strutturale: frammentazione dei presidi ospedalieri; irrazionale articolazione delle specialità; tasso di utilizzo dei posti letto mediamente del 65% contro oltre l'80% quale valore ottimale a livello nazionale. A queste si aggiungono altre inapproprietezze di carattere prescrittivo: alto e ingiustificato livello della spesa farmaceutica; ricorso incongruo alla ospedalizzazione, che fa registrare un tasso di 230 ricoverati ogni mille abitanti contro uno valore ottimale nazionale di 180; alto consumo delle prestazioni specialistiche, in specie di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- una elevata emigrazione per prestazioni sanitarie, tanto più grave per il fatto che la maggior parte del fenomeno attiene a prestazioni di media e bassa assistenza.

Più in generale, occorre sottolineare una persistente sperequazione fra i livelli d'assistenza: infatti, le risorse impiegate per la prevenzione collettiva e per l'assistenza territoriale sono ancora ampiamente inferiori agli *standards* nazionali, mentre quelle ospedaliere sono ampiamente superiori al 50%. Ciò è peraltro in evidente contraddizione con gli indici di riparto delle risorse finanziarie adottati a livello regionale, che sono invece coerenti con i parametri previsti dal nuovo Piano Sanitario Nazionale.

Ciò costituisce la prima conferma di improprio utilizzo delle strutture ospedaliere, la cui collocazione al centro dell'offerta sanitaria condiziona la possibilità di costruire un sistema che individui la propria missione nella prevenzione e nella promozione della salute.

Si segnala infine come elemento di criticità l'insufficiente sviluppo di collaborazioni operative, nel campo della formazione e della ricerca, con il sistema universitario calabrese

1.3.2 L'offerta ospedaliera

Al 31 dicembre 2006 erano attivi nella Regione complessivamente n. 76 erogatori pubblici e privati. I presidi pubblici attivi alla data del 31 dicembre 2006 erano 38 ai quali vanno aggiunti i presidi Ciaccio di Catanzaro e Morelli di Reggio Calabria attivati nel corso del 2007 (Tabella 1.5).

Tabella 1.5 - Posti letto di erogatori pubblici e privati distinti per presidio, regime di ricovero ed azienda di appartenenza - anni 2005-2006.

Azienda	denominazione	2005			2006		
		Posti letto 31 dicembre			Posti letto 31 dicembre		
		DH DS	DO	Totale	DH DS	DO	Totale
PAOLA	P.O. Cetraro	25	98	123	25	92	117
	P.O. Paola	17	90	107	19	101	120
	P.O. Praia A Mare	11	78	89	11	74	85
	C.C. Cascini	0	105	105	0	100	100
	C.C. Rosano	0	145	145	0	145	145
	C.C. Spinelli	0	60	60	0	60	60
	C.C. San Luca	0	30	30	0	30	30
	C.C. Hotel Climatoterapico	0	30	30	0	30	30

Totale azienda sanitaria di Paola		53	636	689	55	632	687
CASTROVILLARI	P.O. San Marco Argentano	6	33	39	16	30	46
	P.O. Castrovillari	30	120	150	30	118	148
	P.O. Lungro	3	74	77	3	74	77
	P.O. Mormanno	8	70	78	8	70	78
Totale azienda sanitaria di Castrovillari		47	297	344	57	292	349
ROSSANO	C.C. Madonna Delle Grazie	0	100	100	15	76	91
	P.O. Corigliano	18	140	158	27	127	154
	P.O. Cariati	10	73	83	13	63	76
	P.O. Rossano	26	116	142	39	114	153
	P.O. Trebisacce	5	76	81	9	68	77
Totale azienda sanitaria di Rossano		59	505	564	103	448	551
COSENZA	C.C. Villa Ortensia	0	95	95	0	95	95
	C.C. Santoro	0	40	40	0	40	40
	C.C. La Madonnina	0	100	100	0	100	100
	C.C. Madonna Della Catena	0	135	135	0	135	135
	C.C. Misasi	0	60	60	0	60	60
	C.C. Sacro Cuore	0	99	99	0	99	99
	C.C. San Francesco	0	60	60	0	60	60
	C.C. Santa Lucia	0	25	25	0	25	25
	C.C. Scarnati	0	46	46	0	46	46
	C.C. Villa Del Sole	0	70	70	0	70	70
	C.C. Villa Verde	0	100	100	0	100	100
	P.O. Acri	10	85	95	8	76	84
	C.C. Villa Oleandri	0	100	100	0	100	100
Totale azienda sanitaria di Cosenza		10	1.015	1.025	8	1.006	1.014
CROTONE	C.C. Santa Rita	0	70	70	0	70	70
	C.C. Istituto Sant'Anna	6	154	160	6	154	160
	C.C. Romolo Hospital	0	70	70	0	70	70
	C.C. Villa Giose	0	100	100	0	100	100
	C.C. Oliveti	0	65	65	0	65	65
	C.C. Calabrodental	6	0	6	6	0	6
	P.O. Crotone	104	378	482	85	334	419
	P.O. San Giovanni In Fiore	13	70	83	12	72	84
Totale azienda sanitaria di Crotone		129	907	1.036	109	865	974
LAMEZIA TERME	C.C. Villa Michelino	0	50	50	0	60	60
	P.O. Lamezia Terme	35	234	269	34	236	270
	P.O. Soveria Mannelli	11	91	102	11	91	102
Totale azienda sanitaria di Lamezia Terme		46	375	421	45	387	432
CATANZARO	C.C. San Vincenzo	0	100	100	0	100	100
	C.C. Villa Nuccia	0	105	105	0	105	105
	C.C. Villa Puca	0	92	92	0	92	92
	C.C. Villa Serena	3	84	87	3	84	87
	C.C. Villa Santa Anna	0	90	90	0	90	90
	P.O. Chiaravalle Centrale	14	34	48	13	34	47
	P.O. Soverato	10	92	102	9	81	90
	C.C. Villa Del Sole	15	107	122	15	107	122

Totale azienda sanitaria di Catanzaro		42	704	746	40	693	733
VIBO VALENTIA	Villa Dei Gerani	0	40	40	0	40	40
	P.O. Serra San Bruno	10	59	69	10	59	69
	P.O. Soriano Calabro	33	25	58	35	32	67
	P.O. Tropea	21	56	77	25	56	81
	P.O. Vibo Valentia	24	183	207	30	173	203
Totale azienda sanitaria di Vibo Valentia		88	363	451	100	360	460
LOCRI	P. O. Siderno	14	74	88	14	74	88
	P.O. Locri	50	264	314	48	261	309
Totale azienda sanitaria di Locri		64	338	402	62	335	397
PALMI	C.C. Villa Elisa	0	90	90	0	90	90
	P.O. Gioia Tauro	6	34	40	8	38	46
	P.O. Oppido Mamertina	4	18	22	4	18	22
	P.O. Palmi	3	29	32	3	26	29
	P.O. Polistena	18	109	127	13	109	122
	P.O. Taurianova	1	28	29	0	18	18
Totale azienda sanitaria di Palmi		32	308	340	28	299	327
REGGIO CALABRIA	C.C. Caminiti	0	53	53	0	53	53
	C.C. Policlinico M.C.	0	360	360	0	360	360
	C.C. Villa Aurora	0	100	100	0	100	100
	C.C. Villa Sant' Anna	0	40	40	0	40	40
	C.C. Istituto Ortopedico del Mezzogiorno	0	172	172	0	172	172
	P.O. Melito Porto Salvo	0	141	141	8	113	121
	P.O. Scilla	15	60	75	15	68	83
Totale azienda sanitaria di Reggio Calabria		15	926	941	23	906	929
Annunziata	A.O. Cs Annunziata	65	530	595	67	501	568
	A.O. Cs Mariano Santo	27	120	147	26	97	123
	A.O. Cosenza Rogliano	7	31	38	7	31	38
Totale azienda ospedaliera "Annunziata"		99	681	780	100	629	729
Pugliese - Ciaccio	A.O. Catanzaro	115	503	618	130	504	634
Totale azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio"		115	503	618	130	504	634
Mater domini	A.O. Mater Domini	55	177	232	31	110	141
Totale azienda ospedaliera "Mater Domini"		55	177	232	31	110	141
Bianchi Melacrino Morelli	A.O. Reggio Calabria	88	507	595	89	490	579
Totale azienda ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli"		88	507	595	89	490	579
INRCA	I.R.C.C.S. - INRCA	2	69	71	2	72	74
Totale INRCA		2	69	71	2	72	74
Fondazione "T. Campanella"	Polo Oncologico	0	0	0	38	71	109
Totale Polo Oncologico			0	0	38	71	109
TOTALE REGIONALE		944	8.311	9.255	1.020	8.099	9.119

I posti letto attivati alla data del 31 dicembre 2006, nelle strutture pubbliche e private accreditate, rilevati dalle formali comunicazioni delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, erano 9.119, di cui il 63,07 %, pari a 5.751 posti letto, erano presenti negli ospedali delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere ed il 36,93 %, pari a 3.368 posti letto, erano accreditati nelle case di cura private; non

sono conteggiati i posti letto del nido e quelli di dialisi ospedaliera che non concorrono a determinare lo standard di 4,5 posti letto ogni mille abitanti stabilito dall'Intesa del 23 marzo 2005 (Tabella 1.6).

Tabella 1.6 – Posti letto presidi e case di cura accreditate, valori assoluti (31-12-2006)

Posti letto	Diurni	Ordinari	Totale
Presidi pubblici	975	4.776	5.751
Case di cura	45	3.323	3.368
Totale	1.020	8.099	9.119

I posti letto diurni erano 1.020, di cui il 95,59 %, pari a 975 posti letto, erano presenti nei presidi pubblici ed appena il 4,41 %, solo 45 posti letto erano accreditati ai privati; questi ultimi, nonostante le disposizioni nazionali e regionali in materia non avevano provveduto alla trasformazione di posti letto ordinari in diurni (Tabella 1.7).

Tabella 1.7 - Posti letto presidi e case di cura accreditate, valori percentuali (31-12-2006)

Posti letto	Diurni	Ordinari	Totale
Presidi pubblici	95,59	58,97	63,07
Case di cura	4,41	41,03	36,93
Totale	100,00	100,00	100,00

La legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 e successive modificazioni (Piano Regionale per la salute 2004-2006), in coerenza con gli indici programmatori esistenti, prevedeva una dotazione di posti letto maggiore rispetto all'esistente. Erano previsti, infatti, n. 10.045 posti letto di cui 2.016 per lungodegenza e riabilitazione ed 8.029 per acuti (tabella 1.8).

Tabella 1.8 - Posti letto previsti dalla legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 – Piano regionale per la salute 2004-2006.

Tipologia	Posti letto	Indice x mille ab.
Acuti	8.029	4,00
Riabilitazione e lungodegenza	2.016	1,00
Totale	10.045	5,00

Tale previsione non è stata rispettata, anche in relazione alle mutate esigenze dettate dall'Intesa del 23 marzo 2005, che ha ridotto dello 0,5 x mille lo standard del fabbisogno di posti letto con oneri a carico del SSR.

I Presidi Pubblici hanno, pertanto, una dotazione di posti letto molto diversificata (Tabella 1.9). I presidi che hanno meno di 120 pl sono 25 e, di questi, 8 hanno una dotazione inferiore a 50 posti letto. I presidi con un numero di pl superiore a 120 sono 8 e quelli con oltre 200 posti letto sono soltanto 6.

Solo il 5,44 dei posti sono presenti nei presidi della prima classe e circa un quarto sono presenti in quelli della seconda classe; circa un terzo dei posti letto si trova in presidi di modeste dimensioni (> di 120 posti letto).

Tabella 1.9- Presidi pubblici per numero di posti letto

<i>classi di posto letto</i>	<i>numero presidi</i>	<i>posti letto totali</i>	
		<i>numero</i>	<i>%</i>
fino a 50 pl	8	313	5,44
da 51 a 120 pl	17	1.494	25,98
da 121 a 200 pl	8	1.165	20,26
oltre 200 pl	6	2.779	48,32
Totale	39	5.751	100,00

I presidi pubblici con meno di 50 posti letto sono 8 per complessivi 313 posti letto (5,44 %); quelli della seconda classe (51-120 posti letto) sono 17 per complessivi 1.494 posti letto (26 %).

I presidi con una dotazione superiore a 120 posti letto sono 14 con una dotazione di 3.944 posti (68,58%). Poco meno della metà dei posti letto sono presenti in presidi che hanno una dotazione superiore a 200 letti (Vibo Valentia, Lamezia Terme, Locri, Crotona, Annunziata di Cosenza, Pugliese di Catanzaro e Ospedali Riuniti di Reggio Calabria).

Il maggior numero di posti letto, dopo le Aziende sanitarie nell'ambito delle quali si trovano le Aziende ospedaliere, si riscontra nell'azienda di Crotona, seguita da quella di Paola; in queste Aziende, infatti, sono presenti in misura considerevole case di cura private.

Tabella 1.10 Posti letto per azienda sanitaria ed ospedaliera

<i>Aziende sanitarie/ospedaliere</i>	<i>Posti letto 31 dicembre 2006</i>			
	<i>DH/DS</i>	<i>DO</i>	<i>Totale</i>	<i>%</i>
101 - PAOLA	55	632	687	7,53
102 - CASTROVILLARI	57	292	349	3,83
103 - ROSSANO	103	448	551	6,04
104 - COSENZA	8	1006	1014	11,12
105 - CROTONE	109	865	974	10,68
106 - LAMEZIA TERME	45	387	432	4,74
107 - CATANZARO	40	693	733	8,04
108 - VIBO VALENTIA	100	360	460	5,04
109 - LOCRI	62	335	397	4,35
110 - PALMI	28	299	327	3,59
111 - REGGIO CALABRIA	23	906	929	10,19
912 - AO Cosenza	100	629	729	7,99
913 - AO Catanzaro	130	504	634	6,95
914 - AO Universitaria	31	110	141	1,55
915 - AO Reggio Calabria	89	490	579	6,35
916 - INRCA	2	72	74	0,81
917 - AO Campanella	38	71	109	1,20
TOTALE	1.020	8.099	9.119	100

La dotazione dei posti letto per 1000 abitanti nel 2006 era di poco superiore a quello previsto nell'Intesa 23 marzo 2005 (Tabella 1.11); all'interno dei vari territori aziendali vi sono notevoli differenze.

Tabella 1.10 - Indice di dotazione posti letto per territorio aziendale

Territori aziendali	Posti letto 31 dicembre 2006			Abitanti 31-12-2006	Indice pl x 1000 ab.
	DH/DS	DO	Totale		
101 - PAOLA	55	632	687	138.796	4,99
102 - CASTROVILLARI	57	292	349	104.964	3,32
103 - ROSSANO	103	448	551	176.097	3,13
104 - COSENZA	110	1707	1.817	292.159	6,22
105 - CROTONE	109	865	974	191.249	5,09
106 - LAMEZIA TERME	45	387	432	126.448	3,42
107 - CATANZARO	239	1378	1.617	240.680	6,72
108 - VIBO VALENTIA	100	360	460	168.481	2,73
109 - LOCRI	62	335	397	134.611	2,95
110 - PALMI	28	299	327	157.528	2,08
111 - REGGIO CALABRIA	112	1396	1.508	273.402	5,52
TOTALE REGIONE	1.020	8.099	9.119	2.004.415	4,55

L'obiettivo della riorganizzazione della rete ospedaliera è quello di rendere, per quanto possibile, autosufficienti i vari ambiti territoriali anche per quanto riguarda l'indice di dotazione dei posti letto concentrando nelle Aziende ospedaliere le specialità di elevata assistenza ed alcune funzioni con bacino di utenza regionale.

Unitamente alla ridotte dimensioni dei presidi ospedalieri si è riscontrata anche una minore dotazione di posti in varie discipline, alcune delle quali di molto inferiori ai moduli minimi ottimali con riflessi nella efficienza gestionale e nella efficacia delle prestazioni erogate.

Le case di cura negli ultimi anni non hanno in generale proceduto ad alcuna riconversione dei posti letto provvisoriamente accreditati a far data dall'anno 1995; in quasi tutte le case di cura si è riscontrato un tasso di utilizzazione dei posti letto inferiore a quello ottimale. La quasi totalità degli erogatori privati non ha provveduto alla riconversione dei posti ordinari in posti diurni, determinando l'erogazione inappropriata per regime di ricovero con particolare riferimento ai DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 21 novembre 2001.

Senza una significativa riduzione della dotazione dei posti letto delle case di cura, unitamente alla riduzione dei posti dei presidi pubblici, risulta impossibile il raggiungimento del vincolo posto dalla Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

1.3.3 L'utilizzo dei servizi sanitari ed il fenomeno della mobilità

1.3.3.1 L'utilizzo dell'ospedale

In Calabria dal 1998 al 2005² si è registrata annualmente una quantità di ricoveri ospedalieri intorno a 475.000 unità, con lievi oscillazioni entro un *range* relativamente ristretto, da qualche centinaia a poche migliaia di ricoveri.

Il tasso di ospedalizzazione regionale è stato sempre elevato, con oscillazioni dal 214,4 ‰ del 1996 al 233,12 ‰ del 2005, cioè ben oltre gli

² Ultimo dato complessivamente disponibile.

standard definiti e, se pur lievemente, è continuato a crescere continuamente nel corso degli anni, con un picco nel 2002 di 239,18 ricoveri ogni mille abitanti.

Anche se nelle singole Aziende sanitarie il "consumo" di ricoveri ospedalieri è stato assai diversificato, con territori entro i quali si registra dal 1996 un continuo aumento fino a registrare risultati record improponibili (Lamezia Terme con 290,18 nel 2003 o Locri con 282,52 ricoveri ogni mille abitanti nel 2002) e con altre Aziende sanitarie che, invece, tra alti e bassi, registrano grosso modo sempre lo stesso livello di ricoveri (Tabella 1.11).

Differenziando l'attività di ricovero a seconda del luogo di cura dove vengono erogate le singole prestazioni di ricovero (in presidi ospedalieri appartenenti alla stessa azienda di residenza del paziente, sia pubblici che privati accreditati, ovvero in presidi situati in altre Aziende o in presidi di altre Regioni), si rileva che l'attività erogata nei presidi intra-aziendali è risultata sempre pressoché stabile nel periodo esaminato e rappresenta poco più del 50 % dell'intera domanda di ricovero ospedaliero espressa dal 1996 al 2004, con un gradiente in pressoché costante diminuzione, fino a scendere al 49.15 % nel 2005.

Tabella 1.11 – Tassi di ospedalizzazione per anno e azienda di residenza degli assistiti (dati SDO).

AZIENDA SANITARIA	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PAOLA	280,83	251,83	247,40	243,00	238,38	242,27	252,09	234,80	249,68	241,55
CASTROVILLARI	246,16	237,34	239,19	229,76	243,50	223,91	243,51	244,41	250,84	239,87
ROSSANO	206,81	217,91	221,08	225,42	240,38	234,35	244,80	239,12	247,76	243,37
COSENZA	202,16	209,02	218,14	225,22	223,93	216,93	235,60	218,93	226,58	228,73
CROTONE	238,46	242,77	245,26	239,56	250,63	256,30	256,83	248,63	252,26	244,50
LAMEZIA TERME	217,12	236,15	231,43	250,37	232,80	228,26	227,74	290,18	261,24	240,26
CATANZARO	199,82	209,67	220,36	225,24	217,75	218,78	224,35	227,24	229,75	211,58
VIBO VALENTIA	196,77	201,13	216,00	216,78	210,99	221,22	234,24	247,07	246,34	245,04
LOCRI	222,37	227,88	245,56	262,31	277,44	281,97	282,52	276,71	273,41	268,44
PALMI	172,94	200,00	219,66	207,57	220,98	227,86	232,33	214,39	215,50	208,46
REGGIO CALABRIA	211,90	218,73	221,91	211,09	219,43	224,08	222,81	215,98	201,25	221,48
TOTALE	214,42	220,48	227,55	228,18	231,42	231,81	239,18	237,01	236,90	233,12

Figura 1.17 - Rapporto percentuale tra ricoveri effettuati nei presidi aziendali di altre Aziende, in Regione o fuori Regione (dati SDO).

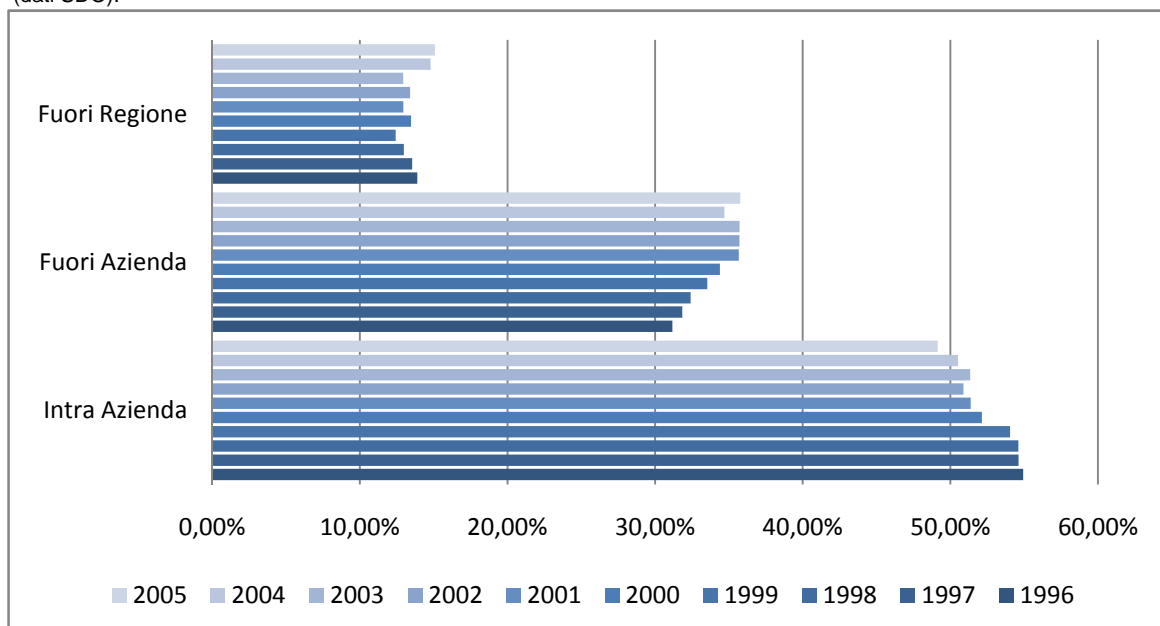
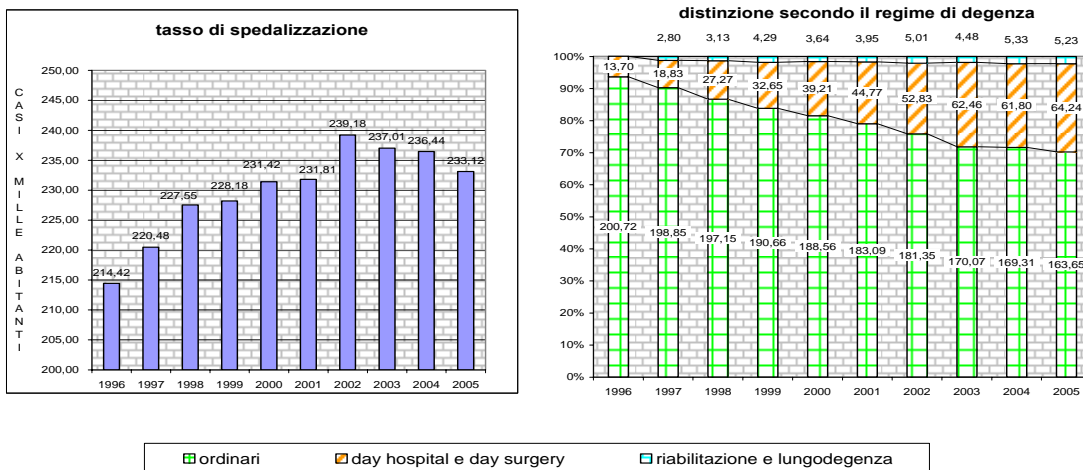


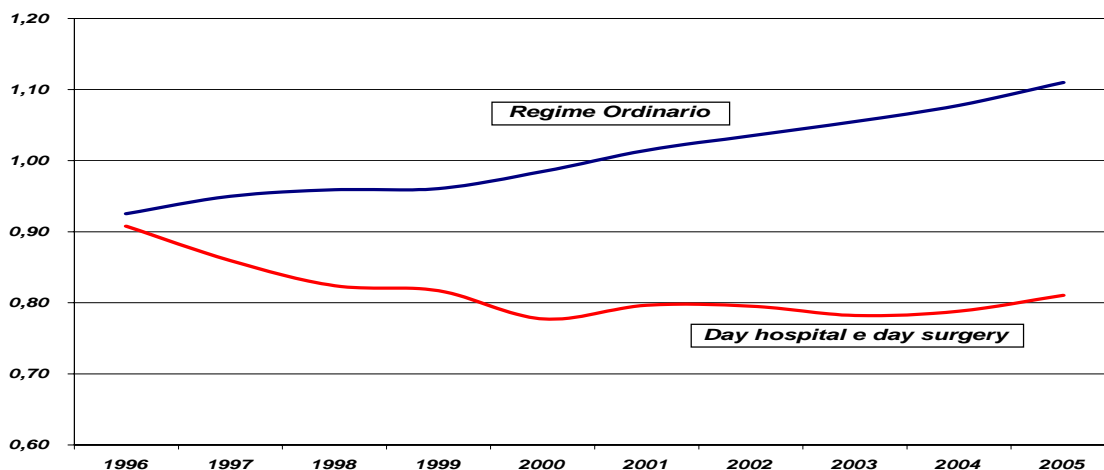
Figura 1.18 - Tasso di ospedalizzazione per anno e regime di degenza (dati SDO).



Il rimanente 50 % di attività di ricovero è reso per circa due terzi dai Presidi Ospedalieri di altre Aziende localizzate in Regione (ospedaliera o di altri territori) e, per la porzione restante, va a costituire la quota di mobilità extra-regionale, che ha rappresentato quasi il 13 % di tutti i ricoveri dal 1996 al 2003, per raggiungere il valore del 14,79 % di tutti i ricoveri nel 2004 e del 15,08 % nel 2005.

Rispetto al regime ordinario la quota di attività erogata in regime di day hospital o di *day surgery* è cresciuta sempre più, fino a diventare, dopo il 2003, il 25 % di tutta l'attività di ricovero. Tale incremento, talora, è stato il risultato di una attività aggiuntiva all'ordinaria e non come trasformazione di quest'ultima; fatto che sovente indica un utilizzo inappropriato dell'ospedale. L'attività di riabilitazione e lungodegenza, relativa alle discipline di cui ai codici 28, 56, 60 e 75³, non ha subito grosse variazioni negli ultimi anni, essendo rappresentata da circa 4 ricoveri ogni mille abitanti per anno, indipendentemente dal regime di ricovero

Figura 1.19 - Peso medio della casistica per anno e regime di ricovero (dati SDO)



Il peso della casistica trattata in regime ordinario è in progressivo incremento dal 1996: dall'iniziale valore di 0,93 si è raggiunto, nel 2005, il valore di 1,11. Ciò in gran parte è dovuto all'effetto indotto dal sistema di remunerazione

³ Codici: 28 = unità spinale; 56 = recupero e riabilitazione funzionale; 60 = lungodegenza; 75 = neuro-riabilitazione.

a tariffa, sia per il miglioramento delle prassi di codifica, sia in conseguenza della spontanea selezione della casistica più remunerativa da parte degli erogatori. Vi è al contrario una diminuzione del peso dell'attività resa in day hospital e day surgery fino al 2000, partendo da 0,91 nel 1996 e con una successiva stabilizzazione al di sotto di 0,80 dal 2001 al 2004 e l'accenno ad una timida ripresa nel 2005, anno in cui si registra un peso medio di 0,81.

Distinguendo i ricoveri in regime ordinario secondo il luogo di erogazione delle cure si nota come, per i casi trattati nei presidi aziendali, si registri negli anni un progressivo incremento del peso della casistica; andamento che si ripete per i casi trattati fuori dal territorio aziendale, sia in Regione che fuori, pur partendo da un livello superiore (figura 1.20).

Figura 1.20 - Peso medio della casistica per anno e luogo di cura (dati SDO).

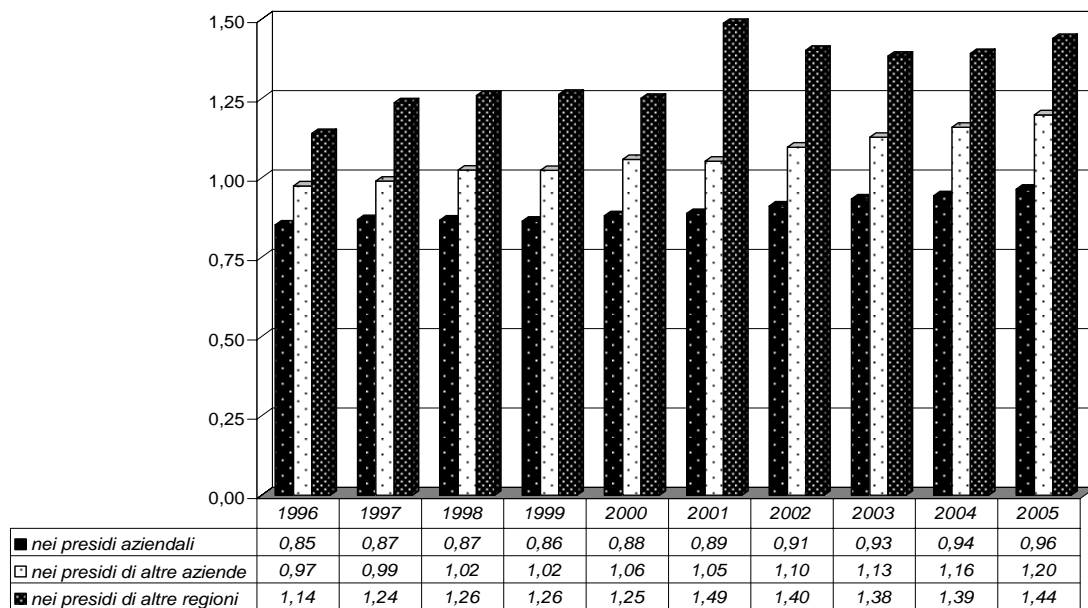


Tabella 1.12 – Peso medio della casistica per anno e azienda di residenza degli assistiti (dati SDO).

AZIENDA SANITARIA	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PAOLA	0,91	0,97	0,98	0,96	0,96	0,99	0,99	1,00	1,01	1,06
CASTROVILLARI	0,93	0,93	0,93	0,94	0,93	0,96	0,98	0,98	0,99	1,03
ROSSANO	0,90	0,91	0,90	0,90	0,91	0,96	0,95	0,97	0,98	0,99
COSENZA	0,95	0,96	0,97	0,94	0,95	0,97	0,99	1,00	1,00	1,04
CROTONE	0,89	0,91	0,90	0,92	0,93	0,96	0,97	0,96	0,98	1,00
LAMEZIA TERME	0,89	0,91	0,91	0,89	0,92	0,93	0,96	0,90	0,96	0,98
CATANZARO	0,94	0,95	0,98	0,96	0,99	0,97	1,00	1,01	1,02	1,04
VIBO VALENTIA	0,91	0,94	0,94	0,95	0,95	0,98	0,97	0,96	0,99	1,02
LOCRI	0,91	0,92	0,93	0,93	0,94	0,95	0,94	0,94	0,96	0,98
PALMI	0,94	0,96	0,95	0,95	0,95	0,99	1,00	1,01	1,04	1,05
REGGIO CALABRIA	0,96	0,97	0,96	0,98	0,98	1,02	1,03	1,03	1,06	1,06
TOTALE	0,92	0,94	0,94	0,94	0,95	0,97	0,98	0,98	1,00	1,03

Ciò è testimonianza del fatto che per la casistica più complessa ci si rivolge ai Presidi Ospedalieri più importanti, spesso delle Aziende ospedaliere, o, meglio, fuori Regione. Nei casi trattati fuori Regione si nota, inoltre, una netta differenza di livello dei valori registrati tra gli anni prima del 2000 e quelli dopo;

questo fenomeno è da interpretare come diretta conseguenza dell'entrata in vigore del DM 380/2000, che ha stabilito le nuove regole di codifica della SDO

Il peso medio in generale ha subito un incremento medio di 0,11 punti, passando da un valore di 0,92 del 1996 a 1,03 del 2005. Nel corso degli anni inoltre le variazioni hanno avuto un andamento disomogeneo nei differenti territori aziendali, con l'espressione di valori che rispecchiano una complessità di casistica assai diversa tra un'azienda e l'altra (tabella 1.12).

1.3.3.2 La mobilità

Si è già visto come la mobilità sanitaria rivesta una importanza particolare per la Regione, a causa della dimensione che il fenomeno ha finora assunto, in particolare per i flussi di pazienti che si effettuano fra le diverse aree all'interno del territorio regionale, i quali dal 2000 ad oggi rappresentano in media oltre il 35 % dell'ospedalizzazione registrata.

A questa quota bisogna aggiungere la parte di migrazione verso altre regioni, che è anch'essa quantitativamente rilevante.

Le motivazioni della mobilità sanitaria sono molteplici, ma riconducibili sostanzialmente a due diverse tipologie fondamentali:

1. migrazioni sanitarie "volontarie":
 - a. per carenza nell'area di strutture idonee a soddisfare la domanda⁴;
 - b. per scarsa efficienza delle strutture disponibili;
2. migrazioni sanitarie "spurie":
 - a. per vicinanza territoriale di una struttura situata in zone di confine tra aree diverse;
 - b. per la presenza del cittadino in un luogo diverso da quello di residenza per motivi non direttamente collegati allo stato di salute (studio, turismo, pendolarismo, ecc.).

L'altissimo numero di malati che si muove in un territorio attiva un fenomeno sociale ed economico, oltreché umano, di grande rilevanza generale. Le possibili interrelazioni delle variabili sottese alle diverse motivazioni di mobilità, inoltre, sono numerose ed alcune di esse assai significative.

È indispensabile conoscere l'entità della mobilità per ricovero ospedaliero in Calabria, sia all'interno che all'esterno del territorio regionale, assieme ad una completa descrizione della dinamica dei flussi di cittadini, anche in relazione alle patologie trattate ed agli interventi effettuati.

La quota di mobilità in assoluto più consistente è quella relativa alle specialità di base, quasi due terzi della quota annua per la mobilità extra-regionale nel triennio 2002-2005, seguita dalla mobilità per media assistenza, che rappresenta quasi il 22 % dei flussi verso altre regioni (figura 1.21).

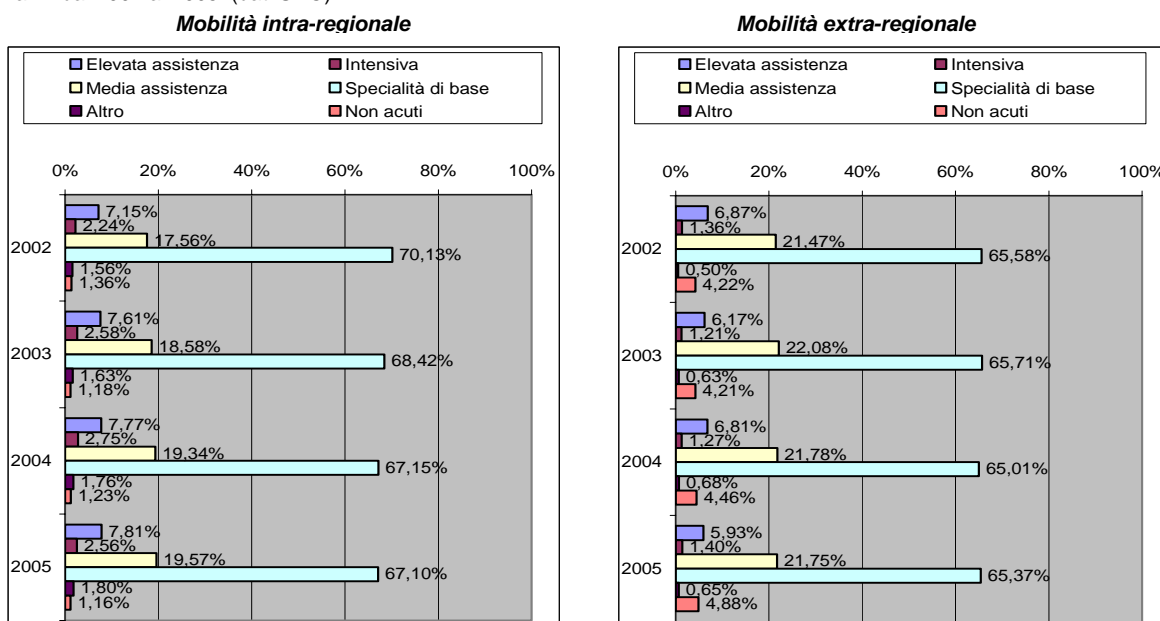
Analogo andamento ha la mobilità all'interno del territorio regionale, dove la migrazione per specialità di base è di poco più alta e leggermente in discesa nel quadriennio e rappresenta il 67,10 % delle mobilità intra-regionale nel 2004.

È più bassa inoltre la quota attribuibile alla media assistenza e, viceversa, più alta quella riferita alle terapie intensive.

⁴ Considerando tra queste tipologie di strutture che erogano prestazioni di qualità percepita dagli utenti di livello non accettabile, ovvero non sicure, ecc. In tutto questo vi è da considerare altresì ciò che consegue ad eventuali motivazioni soggettive di tipo emozionale dei pazienti, siano esse spontanee o indotte.

È da rilevare una discreta diminuzione della mobilità per elevata assistenza che dal 6,81 % nel 2004 è scesa al 5,93 % del 2005.

Figura 1.21 – Distribuzione percentuale dei ricoveri di cittadini calabresi in mobilità, distinta per tipologia di disciplina - anni dal 2002 al 2005. (dati SDO)

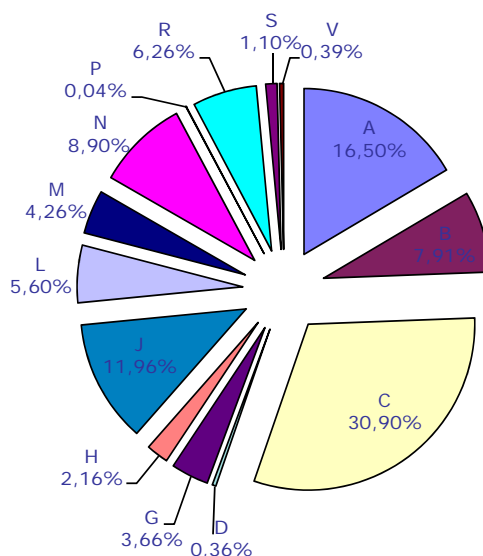


I dati rilevati confermano la tesi che la migrazione sanitaria non sempre è motivata dalla ricerca di soluzioni a problemi di maggiore complessità. Ciò in Calabria peraltro è stato già dimostrato dal fatto che nell'ultimo decennio il peso della casistica trattata fuori dalla propria residenza è più alto rispetto a quello relativo all'attività esercitata dai Presidi Ospedalieri presenti nell'azienda di residenza. In via del tutto teorica inoltre questa tesi dovrebbe valere anche nel caso in cui la mobilità sanitaria fosse sostenuta da motivazioni di studio, pendolarismo, lavoro fuori sede dei cittadini (migrazione cosiddetta "spuria"). In tal caso, infatti, varrebbe la considerazione che la propensione al ricovero dei cittadini distanti in modo occasionale dalla residenza abituale è generalmente sorretta dalla necessità di risolvere problemi di salute non differibili, più urgenti, che di sovente, anche se non necessariamente, sono più complessi. La preponderanza delle discipline di base però invita a riflettere anche sugli aspetti strutturali e qualitativi dell'offerta all'interno del territorio regionale.

1.3.3.3 I consumi di farmaci

In accordo con le informazioni sulla frequenza relativa delle diverse forme morbose e dei relativi fattori di rischio, quasi un terzo dei farmaci a carico del Servizio sanitario regionale dispensati dalle farmacie territoriali sono destinati al trattamento di patologie del sistema cardio-vascolare; nel 2006 questo ATC, infatti, ha assorbito il 30,9 % delle risorse destinate alla spesa farmaceutica convenzionata (figura 1.22).

Figura 1.22 - Calabria: mercato ATC anno 2006 – (progetto SFERA-AIFA).



Seguono nell'ordine i farmaci per l'apparato gastrointestinale ed il metabolismo, gli anti-microbici generali per uso sistemico, i farmaci per il sistema nervoso e quelli per il sangue ed organi emopoietici, assieme ai quali è coperto il oltre il 75 % della spesa regionale (tabella 1.13).

Tabella 1.13 – Calabria: consumo di farmaci distinto per ATC, unità di consumo e valore finanziario corrispondente – anni 2005-2006 - (progetto SFERA-AIFA).

GRUPPO ATC	Unità		Valore per il Servizio Sanitario		
	2005	2006	2005	2006	Δ %
A - Apparato gastrointestinale e metabolismo	5.444.829	6.173.292	73.365.735,76	83.980.006,07	14,5%
B - Sangue ed organi emopoietici	2.550.393	2.881.829	37.501.853,55	40.246.869,01	7,3%
C - Sistema cardiovascolare	10.939.611	11.404.440	142.840.632,02	157.331.552,82	10,1%
D - Dermatologici	163.075	169.245	2.029.728,63	1.835.022,86	-9,6%
G - Sistema genito-urinario ed ormoni	1.146.694	1.187.135	18.763.330,48	18.637.153,61	-0,7%
H - Preparati ormonali sistemici	1.066.640	1.240.732	9.893.297,73	11.013.765,87	11,3%
J - Antimicrobici generali per uso sistemico	4.921.021	4.893.352	62.011.139,97	60.891.138,25	-1,8%
L - Farmaci antineoplastici	226.165	228.042	26.966.341,64	28.508.005,24	5,7%
M - Sistema muscolo-scheletrico	2.274.984	2.439.123	19.668.138,40	21.674.073,13	10,2%
N - Sistema nervoso	1.956.163	2.171.974	42.303.864,26	45.321.960,55	7,1%
P - Farmaci antiparassitari- insetticidi	38.308	41.010	193.706,12	215.827,76	11,4%
R - Sistema respiratorio	1.432.832	1.505.773	29.696.210,63	31.889.648,19	7,4%
S - Organi di senso	410.402	444.621	5.056.188,83	5.599.480,32	10,7%
V - Vari	28.436	27.983	2.127.877,90	1.973.350,92	-7,3%
Totale regionale	32.599.554	34.808.551	472.418.048,30	509.117.854,59	7,8%

Nel 2005 sono state consumate in Calabria 32.599.554 unità per un corrispettivo finanziario pari ad € 472.418.048,30. Nel 2006 vi è stato un incremento delle unità vendute del 6,8 %, con 34.808.551 pezzi dispensati dalle farmacie convenzionate, cui corrisponde un incremento di spesa del 7,8 %, essendosi raggiunto un valore di spesa per il SSR di complessivi € 509.117.854,59. Ciò a fronte di un incremento nazionale assai più contenuto, rispettivamente del 5,4 % di unità vendute in più ed una spesa convenzionata incrementata solo del 3,8 %.

Tabella 1.14 – Incidenza singole Aziende sanitarie sul totale della spesa farmaceutica regionale 2005 e 2006 - unità vendute e valore del prezzo al pubblico - confronto regionale e nazionale (progetto SFERA-AIFA).

Area di riferimento	Unità vendute			Valore prezzo al pubblico		
	2005	2006	Δ %	2005	2006	Δ %
PAOLA	2.202.511	2.362.723	7,3%	32.974.633,66	34.116.527,38	3,5%
CASTROVILLARI	1.747.259	1.880.241	7,6%	27.051.842,64	28.094.805,23	3,9%
ROSSANO	3.005.042	3.184.928	6,0%	46.816.767,12	47.530.215,59	1,5%
COSENZA	4.450.296	4.819.539	8,3%	71.648.007,45	75.230.204,66	5,0%
CROTONE	2.897.691	3.131.195	8,1%	42.987.345,69	43.546.842,93	1,3%
LAMEZIA TERME	2.062.746	2.207.520	7,0%	31.418.035,52	32.008.749,65	1,9%
CATANZARO	3.737.058	3.983.573	6,6%	58.313.043,84	59.328.320,58	1,7%
VIBO VALENTIA	2.724.524	2.815.567	3,3%	41.614.605,76	41.492.365,54	-0,3%
LOCRI	2.275.678	2.448.580	7,6%	34.526.133,41	35.214.913,92	2,0%
PALMI	2.733.779	2.984.728	9,2%	41.478.480,47	42.639.062,77	2,8%
REGGIO CALABRIA	4.762.970	4.989.957	4,8%	77.126.426,64	76.997.898,27	-0,2%
CALABRIA	32.599.554	34.808.551	6,8%	505.955.322,16	516.199.907,01	2,0%
ITALIA	885.424.017	932.837.606	5,4%	13.197.189.170,29	13.241.316.172,97	0,3%

Tabella 1.15 – Incidenza singole Aziende sanitarie sul totale della spesa farmaceutica regionale 2005 e 2006 - valore per il servizio sanitario nazionale - confronto regionale e nazionale (progetto SFERA-AIFA).

Area di riferimento	Valore per il Servizio Sanitario				
	In termini assoluti		per mille abitanti		Δ %
	2005	2006	2005	2006	
PAOLA	30.765.451,13	33.648.499,24	219.717,07	240.306,89	9,4%
CASTROVILLARI	25.293.544,60	27.716.455,38	238.823,30	261.700,60	9,6%
ROSSANO	43.760.727,49	46.901.966,28	247.040,31	264.773,39	7,2%
COSENZA	67.019.167,89	74.232.986,47	229.181,74	253.850,45	10,8%
CROTONE	40.041.605,29	42.942.368,75	208.314,55	223.405,64	7,2%
LAMEZIA TERME	29.307.426,48	31.588.790,28	230.304,65	248.232,15	7,8%
CATANZARO	54.474.428,04	58.568.136,37	225.837,21	242.808,70	7,5%
VIBO VALENTIA	38.724.116,82	40.837.018,26	227.932,34	240.369,00	5,5%
LOCRI	32.200.384,05	34.695.351,51	237.699,04	256.116,58	7,7%
PALMI	38.718.340,08	42.003.948,74	243.953,40	264.655,11	8,5%
REGGIO CALABRIA	72.112.954,63	75.982.406,87	266.017,96	280.292,01	5,4%
CALABRIA	472.418.048,30	509.117.854,59	234.877,50	253.123,96	7,8%
ITALIA	12.295.132.545,89	12.762.531.574,86	212.394,29	220.468,45	3,8%

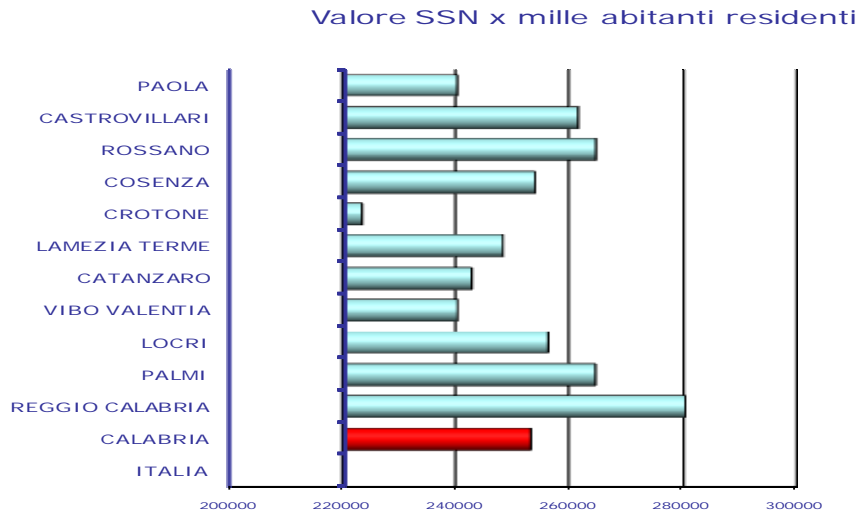
Rapportando il corrispettivo finanziario al numero di abitanti residenti, il valore complessivo della spesa regionale è stato di € 234.877,50 ogni mille abitanti nel 2005 e di € 253.123,96 nel 2006. In Italia si è avuta una spesa convenzionata ogni mille abitanti inferiore, pari ad € 212.394,29 nel 2005 ed € 220.468,45 nel 2006 (tabelle 1.14 ed 1.15).

Le Aziende sanitarie che hanno registrato valori più alti della media regionale sono stati nel 2006, nell'ordine, quella di Reggio Calabria, di Rossano, di Palmi, di Castrovillari, Locri e Cosenza. Al contrario i valori via via più bassi sono stati riscontrati a Lamezia Terme, Vibo Valentia, Catanzaro, Paola e Crotone, che fa registrare la spesa farmaceutica in convenzione più bassa della Regione. Tutte le Aziende calabresi hanno fatto registrare una spesa maggiore della media nazionale (figura 1.24).

Nel 2005 ed ancor più nel 2006, tra i primi 20 principi attivi dispensati dal SSR, sono rappresentati alcuni inibitori di pompa (primi in assoluto omeprazolo ed esomeprazolo), diverse statine, alcuni antibiotici per uso sistemico, anti-

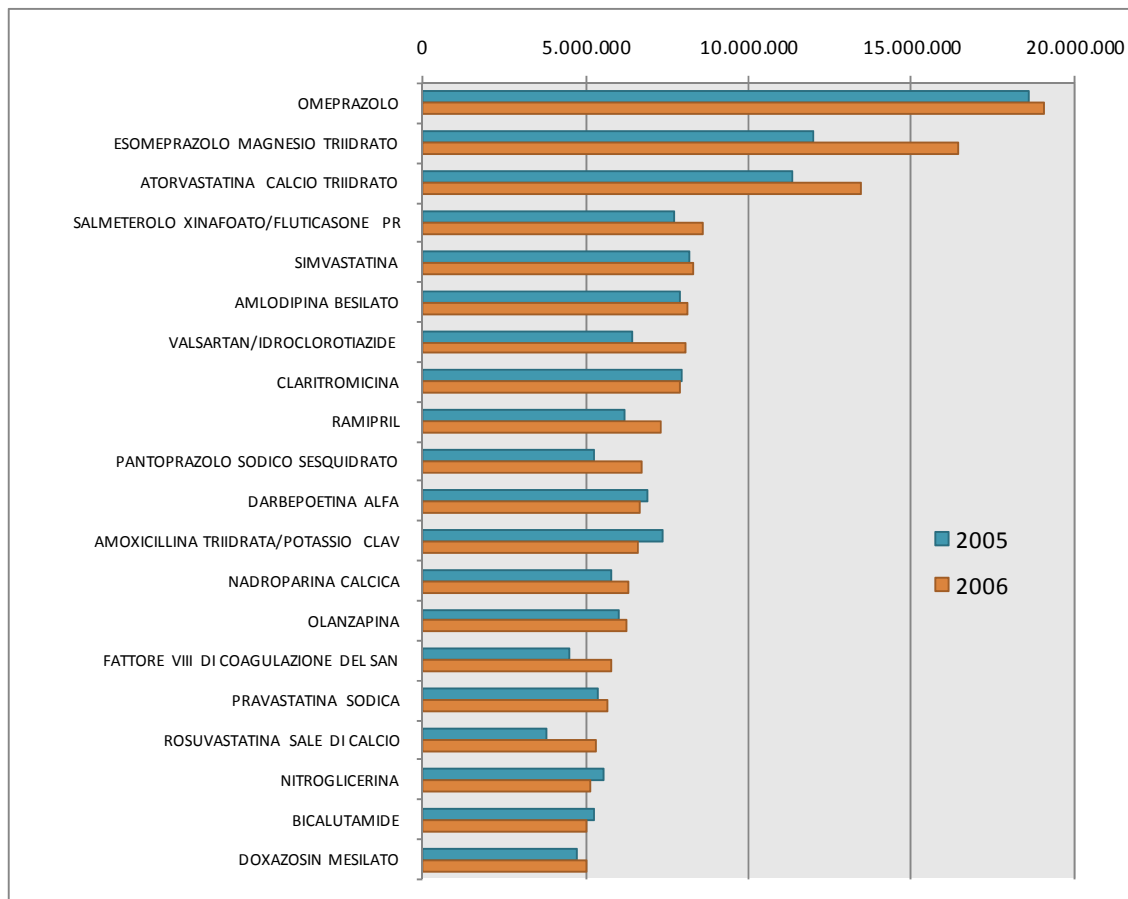
ipertensivi (sartani in specie) in associazione e non, nitroderivati, eparina e l'associazione tra β_2 -stimolanti e corticosteroidi per via inalatoria. I primi venti principi attivi rappresentato nel 2005 e 2006 rispettivamente il 31,11 % ed il 31,72 % della spesa farmaceutica convenzionata (figura 1.25).

Figura 1.24 – Valore SSN x mille abitanti distinto per azienda sanitaria - scostamento dal valore nazionale - anno 2006 - (progetto SFERA-AIFA).



Valore in Italia 2006 = € 220.468,45

Figura 1.25 - Primi 20 principi attivi consumati in Calabria - anni 2005-2006 - (progetto SFERA-AIFA).



Ciò per alcuni dei principi attivi è senza dubbio da mettere in relazione con la diffusione delle patologie specifiche trattate e dei fattori di rischio connessi (ipertensione, ipercolesterolemia, cardiopatia ischemica, BPCO, ecc.). Per gli altri principi attivi vi è invece un potenziale uso inappropriato. Tale ultima convinzione è desunta anche dall'estrema variabilità dell'uso di quest'ultimi principi attivi all'interno del territorio regionale.

1.4 Lo sviluppo tecnologico e l'innovazione

1.4.1 Le prospettive di sviluppo

Negli ultimi anni si è assistito ad una forte spinta innovativa nei vari settori della scienza, tra i quali quello medico, che per l'elevato contenuto tecnologico ha dei cicli di sviluppo sempre più intensi e rapidi.

Un piano sanitario, pertanto, non deve affrontare solo aspetti di natura organizzativa, ma deve anche valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche in relazione alle esigenze assistenziali specie di grado più complesso ed esaminare gli esiti degli interventi.

Si pone l'obiettivo di raggiungere un giusto equilibrio fra le crescenti richieste assistenziali dell'utenza e l'esigenza di creare un livello qualificato di offerta, adeguato sotto il profilo della tempestiva acquisizione delle innovazioni.

La programmazione sanitaria deve quindi garantire l'introduzione nei processi assistenziali delle nuove tecnologie (attrezzature e biotecnologie sanitarie) al fine di garantire risposte moderne ed efficaci alla domanda di salute, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

D'altra parte la necessità di un progresso in campo sanitario pone l'esigenza di sviluppare un'importante attività di ricerca di tipo sperimentale, clinico ed industriale.

Si crea, altresì, lo stimolo allo sviluppo di un settore produttivo, prevalentemente industriale, rivolto all'introduzione nella pratica clinica di nuove tecnologie e di nuovi farmaci.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 pone il rilancio della ricerca sanitaria quale obiettivo primario, da conseguire come frutto della stretta integrazione della ricerca biomedica con altri tipi di ricerca.

E' opportuno che anche in Calabria si attivino grandi progetti di ricerca sanitaria finalizzata, in particolare nel campo delle biotecnologie, in un clima di fattiva e reale collaborazione tra servizio sanitario e sistema universitario calabrese, che dovrà assumere al riguardo un ruolo primario.

1.4.2 L'evoluzione tecnologica e le biotecnologie

Nel campo delle scienze biomediche e delle biotecnologie si assiste ad una crescente spinta innovativa che determina nuove applicazioni nel settore sanitario, negli ambienti di vita, di lavoro e di ricerca: la genomica e la bioinformatica hanno ormai importanti applicazioni in rilevanti settori socio-economici; gli straordinari progressi nella decodificazione del genoma umano aprono inaspettate prospettive nello studio delle malattie genetiche e nelle possibilità terapeutiche, grazie anche a procedure di ingegneria genetica.

Altro settore di eccezionale interesse è quello delle cellule staminali dove, a fianco della ricerca, cominciano a svilupparsi applicazioni terapeutiche specie in cardiologia, ortopedia e ancor più nel campo delle scienze neurologiche e dell'oculistica.

Si pone quindi la necessità di pianificare le attività relative ai trapianti di cellule, così come quelle relative agli altri trapianti di organi, e di sviluppare un modello di valutazione degli esiti dei trapianti d'organo e di cellule.

Anche la bioinformatica crea nuove possibilità nell'ambito dell'organizzazione sanitaria ed assistenziale.

La telemedicina costituisce inoltre una realtà tecnologica che consente numerose applicazioni, consentendo il collegamento in tempo reale tra i servizi di un ospedale, tra gli ospedali della rete regionale, tra ospedale e territorio, tra i soggetti impegnati nella rete di urgenza emergenza, anche attraverso la trasmissione di immagini e referti.

Tutto ciò richiede un sistema di reale integrazione delle reti di servizio, in particolare della rete ospedaliera, realizzando effettivi livelli di continuità assistenziale, di deospedalizzazione, di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio, che consenta di razionalizzare l'impiego delle risorse, con favorevoli ricadute specialmente nell'ambito dell'assistenza domiciliare e di cura delle varie forme di cronicità.

L'elevato costo di queste tecnologie implica la necessità di introdurre nel sistema sanitario effettive competenze, sia tecnologiche che valutative, in termini di efficace utilizzo, realizzando la cosiddetta *health technology assesment*, al fine di fornire una corretta gestione delle tecnologie; tale metodologia è indispensabile per consentirne una distribuzione razionale sul territorio, al fine di evitare inutili duplicazioni o inefficienze e deve essere intesa come insieme di procedure e di strumenti per supportare le decisioni di investimento.

1.4.3 La sanità e lo sviluppo nell'ottica della società della conoscenza

Il quadro generale all'interno del quale inserire il processo di riordino dei servizi sanitari attiene alla considerazione della sanità come risorsa del sistema regionale e non come costo per la produzione dei servizi. Tale ottica considera il riordino generale del sistema quale iniziativa per contribuire allo sviluppo economico della Regione.

Dare ai cittadini della Calabria un sistema riorganizzato nell'offerta quantitativa e qualitativa, con una distribuzione equa dei servizi nei diversi territori, che garantisca un accesso facilitato ed etico, significa aumentare la sicurezza oggettiva e quella percepita.

Ciò è tanto più importante in una Regione ove i gravi problemi della povertà, della disoccupazione, della emigrazione e della illegalità costituiscono tutti fattori di insicurezza che certamente non favoriscono il benessere ed il mantenimento della salute. Il sistema riordinato, amministrato secondo criteri di efficienza e trasparenza di per sé può costituire un fattore di sviluppo economico ordinato in grado di stimolare il mercato interno a "intraprendere" e a riorganizzarsi secondo criteri di efficienza e trasparenza.

I più recenti orientamenti dell'Unione europea, segnatamente indicati negli accordi di Lisbona, propongono a tutti i paesi e alle regioni d'Europa, specie a

quelli più in difficoltà, la strada della “Società della conoscenza”, come strategia fondamentale dello sviluppo.

Proprio nell’ambito di tale impostazione alla sanità è stata riconosciuta la possibilità, per la prima volta, di accedere ai fondi europei.

La Calabria nel periodo 2007-2013 potrà contare su un notevole finanziamento europeo. Ciò costituisce una straordinaria occasione per realizzare un modello di sviluppo avanzato, in grado di far decollare la propria economia e porre le basi per avviare a soluzione i gravi problemi da cui la Regione è da troppo tempo afflitta.

La sanità è un settore che può contribuire ad affermare tale nuovo modello di sviluppo con iniziative che assicurino la creazione di servizi avanzati rivolti non solo ai propri residenti ma anche a quelli delle altre Regioni meridionali e del Mediterraneo.

La favorevole posizione geografica della Calabria, naturale piattaforma sul Mediterraneo, costituisce un fattore da coltivare.

In tale contesto si tratta di concepire e realizzare iniziative che da un lato assicurino servizi qualitativamente avanzati e dall’altro siano in grado di generare occasioni di sviluppo economico in campi fortemente innovativi. Nel quadro indicato la Regione ritiene di indirizzare la propria azione in coerenza con l’impostazione del Documento di sviluppo regionale (DSR) e del Documento di programmazione economico finanziaria regionale (DPEFR).

In questo contesto si colloca il Protocollo di intesa del 19 aprile 2007 firmato tra il Ministro dello Sviluppo economico, il Ministro della Salute e le Regioni del Mezzogiorno, per lo sviluppo di servizi sanitari al Sud. Tale protocollo approva uno specifico Memorandum concordato tra le Regioni meridionali e i Ministeri interessati ove si individua una strategia di interventi assai innovativa ed articolata, indicando altresì progetti da realizzare in cooperazione, utilizzando i fondi europei.

La Regione con il Piano sanitario acquisisce interamente i contenuti del Protocollo di intesa ed articolerà la propria strategia utilizzando anche i fondi comunitari con le specifiche azioni previste.

1.4.4 Le piattaforme avanzate

Quale strumento operativo finalizzato a coniugare sanità e sviluppo alle reti di alta specialità sono le cosiddette “**Piattaforme Avanzate**”, che corrispondono all’esigenza di costruire in maniera sinergica reti di attività assistenziali di eccellenza, attraverso le applicazioni nel sistema di attività di sperimentazione, di ricerca e di produzione prototipali e di serie.

La realizzazione di tali attività dovrà essere inquadrata in un contesto di sperimentazione e ricerca.

Le piattaforme avanzate sono uniche a livello regionale e prevedono l’integrazione funzionale di attività svolte presso diverse Aziende o strutture private accreditate, anche in forma di sperimentazione gestionale.

Una prima “piattaforma” dovrà affrontare le problematiche cardiologiche attraverso l’attivazione della cosiddetta “**Piattaforma cuore**”. Essa deve unire oltre le tradizionali attività cardiologiche, praticate secondo le più avanzate

tecniche, anche attività oggi non sufficientemente sviluppate ma fortemente emergenti nella domanda anche a causa dell'allungamento della vita media.

Si tratta in particolare del trattamento dello scompenso cardiaco che può comprendere la chirurgia tradizionale avanzata attraverso:

- le riduzioni volumetriche,
- la plastica della mitrale, ponte verso il trapianto di cuore con innesti artificiali di assistenza ventricolare,
- il trapianto autologo con cellule staminali,
- la terapia elettrica dello scompenso cardiaco attraverso l'istallazione di *pace-makers* bi-ventricolari e di defibrillatori impiantabili.

Rispetto alla piattaforma cuore assume particolare rilievo il progetto in corso di esecuzione presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, per la cui organizzazione è ipotizzato il ricorso alla sperimentazione gestionale.

Una seconda "piattaforma" è quella relativa alle problematiche neurologiche: "**Piattaforma neuro-riabilitativa**".

La riconsiderazione dell'attuale assetto delle reti riabilitative, con particolare riferimento alla riconversione di 900 posti letto ospedalieri per pazienti acuti in letti di riabilitazione e lungo degenza, offre anche l'opportunità di realizzare un complesso di attività di eccellenza anch'essa basata su alta qualità assistenziale, sperimentazione, ricerca.

Nella piattaforma troveranno contestuale collocazione attività di riabilitazione neurologica, cardiologica, muscolo-scheletrica, pneumologica, con relativa alta specialità ed utilizzazione di tecnologie avanzate, sperimentazioni di nuovi ausili e tecniche diagnostiche e di monitoraggio. In tale ambito saranno perseguite le applicazioni di tecnologie per la stimolazione elettrica (FES), ivi compreso l'impianto di neuro protesi, così come sarà implementata l'assistenza avanzata con la ricerca e con l'utilizzo della robotica e della meccatronica; troveranno sviluppo campi assai promettenti quale la telemedicina domiciliare e la domotica.

Nella piattaforma neuro-riabilitativa assumeranno particolare rilievo le attività dell'Istituto Sant'Anna di Crotona, che eroga prestazioni di alta specialità nel campo delle cerebro-lesioni acquisite, con attrazione extra-aziendale ed extra-regionale.

Una ulteriore "piattaforma" è la "**Piattaforma neuro-genetica**", che si inquadra nell'ambito delle ricerche di base, che possono essere trasferite e avere applicazione nel settore della clinica, sulle quali l'obiettivo "Salute" del 7° Programma Quadro della Comunità Economica Europea pone particolare attenzione.

L'incidenza e la prevalenza delle malattie degenerative, cronico-progressive (patologie neurodegenerative, demenze, patologie cardio-vascolari) sono notevolmente aumentate negli ultimi anni, parallelamente all'incremento dell'aspettativa di vita, ponendo importanti problemi di costo economico e sociale per la diagnosi, l'assistenza e la cura di tali malattie.

E' acquisizione consolidata il ruolo che l'interazione genoma-ambiente ricopre nello sviluppo delle patologie complesse, ma è altrettanto noto che la differenza di *background* genetico tra le differenti popolazioni comporta differenti sensibilità allo sviluppo delle malattie. L'acquisizione dunque della variabilità genetica degli individui per la costruzione di profili di rischio genetici specifici sia

per patologie che per popolazioni, ai fini di diagnosi e trattamento, è oggi obiettivo di grande rilevanza per le ricadute assistenziali economiche e sociali che ciò può avere.

La piattaforma neuro-genetica sarà realizzata dal sistema universitario calabrese in sinergia con l'Istituto di Scienze Neurologiche del CNR. Nella piattaforma sarà coinvolto il Centro di Neurogenetica operante presso l'Ospedale di Lamezia Terme.

1.4.5 Le cellule staminali

Nella Regione esistono Centri di ricerca e di applicazione delle cellule staminali. Si tratta di realtà di grande interesse che si occupano al tempo stesso di ricerca e di applicazione terapeutica in particolare per gli interventi di cuore e in ortopedia.

Nel contesto delle attività di eccellenza, è previsto l'ulteriore sviluppo integrato di tali attività, sia per la parte dedicata alla ricerca, che per ulteriori applicazioni terapeutiche (cornee, Alzheimer).

Ciò sarà possibile anche tramite la piena realizzazione di una "cell factory" di cui è già stato finanziato il primo avvio. La *cell factory* troverà la sua realizzazione nell'ambito della sperimentazione gestionale che sarà promossa dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria.

1.4.6 Lo sviluppo dei progetti comunitari

Di seguito si riportano ulteriori iniziative da realizzare secondo gli indirizzi in materia di progetti di innovazione e sviluppo contenuti nel "Protocollo d'intesa tra il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero della salute e le Regioni meridionali" dell'aprile 2007 e nel relativo *memorandum*. Esse sono:

A. RETE ATTREZZATA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE ALLE PERSONE DISABILI E NON AUTO SUFFICIENTI

Si prevede la realizzazione di una rete di Telemedicina domiciliare che sia in grado di supportare le attività di assistenza presso le abitazioni dei pazienti o presso le residenze ed i centri operativi della stessa organizzazione sanitaria (Distretti - ospedali).

Tale progetto deve realizzare una correlazione stretta tra i sanitari curanti ai diversi livelli (distretto-ospedale) ed i malati cronici di diversa gravità (cardiovascolari, oncologici, diabetici).

B. TELESOCORSO CON IMMAGINE PER ANZIANI SOLI

La rete costituisce un supporto fondamentale per la realizzazione di servizi di prossimità con la creazione di *tutors* per anziani soli.

In questo caso si dovrà realizzare il collegamento il domicilio degli anziani soli con le centrali di telesoccorso o gli stessi distretti socio-sanitari.

C. ESTENSIONE DEI SERVIZI DI PRENOTAZIONE E DI TELEREFERTAZIONE

Questo progetto ha l'obiettivo di estendere la rete delle prenotazioni d'esami, visite e la refertazione da parte dei medici e dei pediatri di base con i CUP. Si tratta di estendere a tutto il territorio regionale iniziative già avviate in alcune aree.

D. TRASMISSIONE MULTIMEDIALE FRA STRUTTURE SANITARIE

Il progetto è finalizzato a realizzare collegamenti tra servizi speciali di diversi ospedali, in particolare le radiologie e le sale operatorie, orientati alla trasmissione di immagini, al fine di sviluppare tempestivamente procedure di trattamento clinico o per supportare decisione consensuali.

E. CENTRO PER LE GRANDI TRAUMATOLOGIE

La Calabria, e buona parte del meridione, è del tutto priva di un centro di alta specialità legata alle grandi traumatologie, fatto che pregiudica la sicurezza dei cittadini e costituisce motivo certo di alimentazione delle "fughe" extraregionali, con conseguenze economiche negative di rilievo. Per sopperire a tale carenza è prevista la realizzazione del *Trauma center* presso l'ospedale di Lamezia Terme.

La realizzazione del trauma center è prevista nella programmazione già approvata dalla Giunta Regionale per l'utilizzo dei fondi di cui alla legge n. 67/88; nell'ambito dei progetti comunitari troverà attuazione il completamento di tale struttura con le seguenti funzioni:

- unità per grandi ustionati;
- unità spinale;
- centro di tossicologia clinica.

F. RIQUALIFICAZIONE OFFERTA TERMAL E TURISMO SANITARIO

Una grande potenzialità di offerta sanitaria che l'Italia detiene rispetto al resto dell'Europa, è quella relativa all'offerta dei servizi sanitari termali. Nel Paese, infatti, è presente l'80% del patrimonio idrotermale di tutta l'Europa, che purtroppo non viene utilizzato per canalizzare una domanda che pure esiste in modo considerevole, soprattutto nei Paesi del Nord Europa.

Nel contesto Italiano, la Calabria detiene il 7% della risorsa termale nazionale.

In ragione di ciò è possibile intraprendere un articolato progetto che organizzi un sistema termale regionale in grado di offrire servizi sanitari qualitativi a costi competitivi. La riuscita di un tale progetto può determinare lo sviluppo di un turismo sanitario a livello europeo con ricadute di grande rilievo per l'economia della Regione con l'utilizzo dei fondi europei.

G. CREAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE

Molte delle difficoltà e criticità che connotano il Servizio sanitario della Regione derivano dalla frammentarietà degli strumenti informativi esistenti. La riforma del Servizio passa necessariamente attraverso la creazione di un Sistema informativo complessivo, omogeneo fra Aziende e integrato fra le stesse e la Regione. Peraltro, ciò è fondamentale per connettersi al Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale previsto nelle intese Stato-Regioni.

L'esigenza è avvertita da lungo tempo, ma in questi anni non si è proceduto alla realizzazione concreta anche per difficoltà finanziarie. La Giunta regionale detterà i principi generali dell'architettura del sistema e le regole di funzionamento della rete regionale sulla cui base le Aziende svilupperanno la propria rete informativa. Tale rete dovrà comunque garantire la disponibilità in tempo reale delle informazioni necessarie per il governo delle Aziende e la trasmissione tempestiva delle informazioni alla Regione.

Il nuovo Sistema Informativo dovrà nascere in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e dalle politiche per la sanità elettronica, con particolare riferimento alla telemedicina ed alla teleassistenza.

H. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO

Un ulteriore strumento da cui dovrà derivare un forte miglioramento qualitativo del Servizio sanitario regionale è quello della formazione.

È necessario, pertanto, organizzare un articolato piano pluriennale per qualificare ed aggiornare il personale nei settori strategici della organizzazione delle Aziende e della Regione, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale.

I. LA SICUREZZA DEI PRESIDI SANITARI

In Calabria esiste una questione sicurezza anche nelle strutture in cui si erogano i servizi sanitari che coinvolge sia i cittadini che gli operatori. I recenti fatti di cronaca, registrati a Locri e a Siderno, ma anche gli innumerevoli episodi di intimidazione che hanno visto come destinatari dipendenti e manager del settore sanità rendono ineludibile il problema.

Sotto tale profilo si prevede l'utilizzo dei fondi del Programma Operativo Nazionale per la Sicurezza per intervenire almeno nelle strutture più frequentate e/o a più alto rischio.

J. LA REALIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DELLE "CASA DELLA SALUTE"

La Regione intende progettare e sperimentare uno o più modelli (aree urbane, aree rurali) di Casa della Salute per avviare la realizzazione del processo di modernizzazione dei servizi sanitari e sociali attraverso la costruzione del secondo pilastro della sanità pubblica da affiancare agli ospedali.

Per la realizzazione delle Case della Salute si prevede di utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse a seguito della riconversione di piccoli ospedali o presidi da ristrutturare, ma anche edifici messi a disposizione dei Comuni, beni confiscati alla criminalità organizzata, sedi specificamente progettate ed edificate.

Parte delle iniziative sopra enunciate, da perseguire mediante l'accesso ai finanziamenti comunitari, potranno prevedere inoltre azioni comuni e/o coordinate con le altre regioni dell'Obiettivo 1 allo scopo di massimizzare i risultati.

1.4.7 Le sperimentazioni gestionali

La previsione di introdurre nel servizio sanitario regionale riformato iniziative di forte innovazione, che peraltro siano in grado di stimolare la

creazione di modelli di sviluppo avanzati, pone l'esigenza di prevedere anche forme di gestione sperimentale.

In tal caso si farà ricorso alla previsione dell'art. 9 bis del D.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni. La Giunta Regionale, oltre a quanto stabilito nel presente piano, provvederà ad autorizzare progetti di sperimentazione gestionale proposti dalle Aziende sanitarie per la creazione di collaborazioni pubblico-private che diano luogo a nuove società. I progetti devono avere quali finalità principali:

- lo sviluppo di iniziative di forte qualificazione dell'assistenza e di efficienza dei servizi organizzati;
- l'apporto di risorse finanziarie private per lo sviluppo dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria;
- il contenimento della spesa sanitaria;
- la riduzione della mobilità sanitaria.

L'apporto finanziario da parte della Regione alla realizzazione della sperimentazione e la definizione delle modalità di finanziamento dell'attività sanitaria oggetto del progetto, sarà definito in funzione della rilevanza dello stesso, tenendo conto dei previsti risultati positivi per il servizio sanitario regionale, delle ricadute sociali, nonché della necessità di assicurare per la durata della sperimentazione l'equilibrio economico-finanziario della sperimentazione stessa.

2 LE LINEE STRATEGICHE DELLA NUOVA SANITA'

Il nuovo PSR individua le scelte strategiche fondamentali per realizzare una profonda riforma del Servizio sanitario, con l'obiettivo di dare ai cittadini livelli essenziali di assistenza qualitativamente e quantitativamente paragonabili a quelli offerti nelle Regioni più avanzate del Paese.

Molte soluzioni prospettate pongono il chiaro obiettivo di superare i ritardi accumulati e le diffuse deficienze, attraverso misure fortemente innovative che tendono a "saltare le fasi" che, in circostanze storiche diverse, hanno percorso altre regioni. In quest'ottica, la "riforma" delinea un asse strategico fondamentale, che è quello di utilizzare in ampia misura le opportunità offerte dalle innovazioni tecnologiche disponibili per realizzare un rapporto il più diretto o il più ravvicinato possibile fra operatori del Servizio e cittadini, limitando all'essenziale le stazioni di intermediazione organizzativo-burocratiche. Da qui la scelta di introdurre strumenti avanzati come la telemedicina, all'interno delle strutture ospedaliere in primo luogo e a livello domiciliare e di realizzare in forma diretta da parte dei medici di base le prenotazioni per le diverse prestazioni, evitando ai cittadini trafile burocratiche, disagi e perdite di tempo. Nella stessa direzione vanno le scelte per l'adozione delle moderne tecniche interventistiche mini-invasive, le cui pratiche si propone di estendere in grande misura anche attraverso robuste dosi di aggiornamento professionale degli operatori.

Il piano opera scelte impegnative per il riordino della rete ospedaliera, la cui realizzazione è la sola condizione per un reale cambiamento di rotta per offrire servizi qualificati ai cittadini e invertire decisamente il grado di disaffezione e di sfiducia da essi avvertito e che alimenta le fughe extraregionali. Il riordino strutturale e organizzativo della rete ospedaliera è divenuto imprescindibile anche per rispettare gli obblighi derivanti dagli accordi contratti con lo Stato. Gli accordi hanno individuato *standard* precisi e non eludibili, cui tutte le Regioni, e quindi anche la Calabria, devono attenersi.

Il programma della maggioranza che governa la Regione pone fra i suoi punti fondamentali la radicale riforma del Servizio sanitario. In esso, infatti, viene individuata la necessità di riordinare l'offerta pubblica e privata, ponendo mano a processi di riconversione delle strutture, *in primis* di quelle ospedaliere.

Il piano individua un ulteriore asse strategico, che è quello di considerare la sanità come fattore e occasione di sviluppo. In tal senso, vengono avanzate precise indicazioni per lo sviluppo dell'alta specialità, per la realizzazione di iniziative (le piattaforme avanzate) che, anche attraverso modelli gestionali originali, offrano servizi di elevato livello sia all'utenza regionale che a quella del Mezzogiorno e dei paesi del Mediterraneo. In tale ambito vengono avanzate proposte di innovativi programmi di ricerca, prioritariamente sul tema delle scienze della vita (biotecnologie), che hanno lo scopo di mettere la Calabria al passo con il resto del Paese e dell'Europa.

Le proposte indicate in tale contesto vogliono avere l'ambizione di dare un contributo non secondario per realizzare un nuovo modello di sviluppo della Regione, basato sul campo della conoscenza, secondo le più recenti indicazioni europee.

La straordinaria occasione che deriva dalla disponibilità di risorse provenienti dai fondi europei per il periodo 2007-2013 deve essere colta appieno

anche nel versante della sanità, contribuendo con ciò a dare un futuro alla Regione.

La riforma del Servizio sanitario, così come delineata, pur assai impegnativa oltre che necessaria e improcrastinabile, è possibile. Esistono, cioè, condizioni favorevoli che abbiamo il dovere di cogliere. Esse sono almeno tre.

La prima è rappresentata dalla disponibilità di una ragguardevole quantità di risorse colpevolmente non utilizzate da molti anni, in particolare quelle per l'edilizia sanitaria.

La seconda è costituita da una grande quantità di inapproprietezze nella gestione dei servizi che, paradossalmente, costituiscono una "ricchezza" se si riesce, attraverso le scelte indicate nel presente piano, ad eliminarle progressivamente, liberando in tal modo risorse preziose per la qualificazione dell'offerta sanitaria.

La terza condizione favorevole è quella derivante dal varo del "Patto per la salute", sottoscritto dallo Stato e dalle Regioni, con il quale vengono messe a disposizione risorse certe per un triennio che consentono una programmazione di più ampio respiro. In esso sono contenute misure finanziarie che permetteranno lo sviluppo degli investimenti edilizi e delle tecnologie, con una attenzione particolare al superamento del *gap* tra Nord e Sud d'Italia.

Assolutamente decisivo sarà l'apporto positivo delle autonomie locali, delle organizzazioni sociali, delle forze politiche e sindacali, degli operatori del Servizio sanitario e della pubblica opinione.

Non vi è dubbio che se si riuscirà a realizzare questa grande riforma, facendone anche occasione di un nuovo sviluppo, si creerà uno spirito di alta responsabilità e di nuova e forte coesione delle istituzioni e della comunità calabrese intorno a tale obiettivo.

2.1 Costruire un sistema normale

Obiettivo prioritario della nuova sanità è quello di costruire un "sistema normale". Ciò potrà sembrare riduttivo, ma in realtà rappresenta la finalità fondamentale la cui realizzazione è già stata avviata in quest'ultimo anno ed è da perseguire nel corso della legislatura.

Per "sistema normale" si intende un servizio che si organizzi, sia all'interno di ciascuna Azienda, che fra le diverse Aziende e, complessivamente, a livello regionale, come un "sistema coerente", con carattere di equità nell'organizzazione ed articolazione nei diversi territori. Un sistema che garantisca un adeguato e facilitato diritto di accesso ai cittadini, di tutti i cittadini e in uguale misura; che collochi il cittadino-utente al centro di sé e lo consideri soggetto per il quale lavorare attraverso la presa in carico; che individui percorsi assistenziali definiti per le diverse esigenze; che garantisca la continuità assistenziale, l'armonizzazione dell'offerta e dell'accoglienza, la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni.

Fondamentali diventano, in tale contesto, l'umanizzazione delle cure e dei rapporti fra operatori e utenti e l'affermazione di comportamenti e metodologie operative tese al massimo rispetto della dignità del malato e dei suoi familiari.

Un sistema normale significa anche rimodulare l'offerta sanitaria secondo criteri di appropriatezza organizzativa, funzionale e prescrittiva, orientando servizi e prestazioni alla qualità. Ciò consentirà anche di eliminare sprechi e di garantire

il conseguente recupero di risorse da destinare al miglioramento dei livelli di assistenza.

Per sistema normale si intende altresì la qualificazione dell'offerta che permetta una sostanziale riduzione della impropria mobilità dei cittadini all'interno e al di fuori della Regione. La riduzione dei "viaggi della speranza" deve essere obiettivo emblematico da realizzare nel più breve tempo possibile, per ridurre gli sprechi economici che ne derivano, ma, soprattutto, per alleviare i grandi sacrifici umani, sociali ed economici di chi vi è costretto; su questo obiettivo si è focalizzata l'attenzione della prima fase dell'attuale legislatura, con l'adozione di puntuali provvedimenti di profondo riordino delle Aziende, finalizzati al rilancio della sanità pubblica quale presupposto per sviluppare l'offerta di servizi di qualità ai cittadini.

2.1.1 Il percorso avviato

L'adozione da parte della Giunta regionale dell'atto di indirizzo per la redazione degli atti aziendali è coerente con l'obiettivo strategico di anticipare il riordino e la razionalizzazione delle Aziende, che troverà la naturale conclusione nell'attuazione del nuovo Piano sanitario regionale.

Di grande rilievo sono altresì i nuovi criteri adottati per il riparto del fondo sanitario 2006, con i quali da un lato si è inteso effettuare un rilancio della produttività del sistema pubblico attraverso il finanziamento a prestazione, e dall'altro si è voluto, con il progressivo abbandono del criterio di finanziamento a "spesa storica", avviare il riequilibrio fra i diversi territori sulla attribuzione dei fondi.

In questa direzione si collocano altre scelte importanti già operate attraverso provvedimenti specifici adottati, quali:

- il forte impulso al perseguimento degli obiettivi di salute derivante dalla promozione della prevenzione oncologica, con la programmazione di adeguati screening per i tumori femminili e per il colon retto, e dall'iniziativa per la lotta alle malattie cardiovascolari;
- la rimodulazione del programma regionale di investimenti in sanità, coerente con le priorità di riordino sopra richiamate, che sarà alla base del nuovo accordo di programma da stipulare con il Ministero della Salute per l'utilizzo dei fondi ex art. 20 della l. 67/88. In proposito occorre segnalare che la rimodulazione consente di riprogrammare quel monte complessivo di risorse, non utilizzate dalla Regione nella passata legislatura, nel merito del quale la Sezione regionale di controllo per la Calabria della Corte dei Conti aveva espresso un giudizio "complessivamente negativo". L'impegno regionale si è incentrato sulla parte del referto della magistratura contabile proprio laddove recita "... Il rilancio degli investimenti in sanità, correlato alla esecuzione degli accordi di programma, non può, infine, prescindere da un forte impegno, anche sul piano organizzativo, delle strutture regionali e aziendali, diretto a perseguire un reale miglioramento della capacità progettuale- esecutiva, una accelerazione dei programmi già avviati con l'utilizzo dei finanziamenti concessi, pena la perdita definitiva degli stessi. Il completamento delle opere già programmate consentirebbe l'inserimento ed il conseguente utilizzo delle somme nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale per le finalità cui

sono destinate, contribuendo a migliorare la qualità dell'offerta sanitaria complessiva;

- l'approvazione di piani e progetti nel settore dell'assistenza domiciliare, della prevenzione della sicurezza nei luoghi di lavoro, della lotta agli incidenti domestici, della riduzione dell'obesità infantile, della riduzione degli infortuni stradali, della promozione della sicurezza alimentare, dell'attivazione della rete dei servizi per l'assistenza ai malati terminali, della prevenzione delle complicanze del diabete, della programmazione regionale delle vaccinazioni, del contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, del riordino del sistema delle donazioni e dei trapianti di organi, tessuti e cellule;
- l'approvazione del programma di rilancio delle attività nel campo della salute mentale e della lotta alle tossicodipendenze e di riordino organizzativo dei servizi relativi;
- l'attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in materia di razionalizzazione dell'offerta di ricovero ospedaliero e di adeguamento della dotazione di posti letto ospedalieri;
- il perfezionamento dell'accordo con i medici di medicina generale, che delinea nuove modalità di organizzazione dei servizi territoriali, con particolare riferimento alla creazione delle unità territoriali di assistenza primaria, alla garanzia della continuità assistenziale h24, alla creazione delle unità di valutazione territoriali, tutte iniziative funzionali al riordino dei distretti;
- l'avvio del sistema di accesso da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ai centri unici di prenotazione (CUP), per il governo della domanda ed il miglioramento della fruizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero ospedaliero, con acquisizione in rete dei referti clinici e diagnostici;
- l'avvio della rete regionale di tele-patologia oncologica, che collega le anatomie patologiche del Servizio sanitario regionale e con centri di riferimento di livello nazionale;
- la costituzione di un fondo regionale di rotazione, con l'obiettivo di finanziare il rinnovo delle dotazioni tecnologiche del Servizio sanitario regionale. Al riguardo, la previsione dell'art. 10 della legge regionale n. 7/2006 anticipa l'accordo Stato-regioni del 29.9.2006 denominato "Patto per la salute", nel quale è contenuto l'impegno ad ampliare le risorse della legge 67/1988 da 17 a 20 miliardi di euro; tra gli scopi fondamentali dell'accordo vi è quello di favorire un forte processo di innovazione tecnologica nelle strutture del SSN, con particolare riferimento ai settori dell'oncologia, delle malattie rare e per il superamento del divario nord-sud;
- l'approvazione del piano di formazione, che individua le iniziative di diretta promozione regionale e le linee delle iniziative che dovranno essere realizzate a livello delle Aziende. Nell'ambito di tale piano, assume particolare importanza la previsione della costituzione di un centro multimediale per la formazione e l'aggiornamento dei chirurghi della Regione sulle tecniche e le metodologie interventistiche più avanzate;
- l'effettuazione di un accurato esame dei profili di salute della popolazione calabrese, di prossima pubblicazione, che costituisce una novità ed al tempo stesso la base epidemiologica per le scelte del nuovo piano sanitario regionale.

Lo stesso lavoro di regolamentazione dei rapporti con le strutture private accreditate attraverso l'approvazione dei nuovi schemi contrattuali pone le

condizioni per favorire una migliore integrazione tra settore pubblico e privato e quindi per la crescita qualitativa del servizio.

La regolamentazione dei rapporti con l'Università Magna Graecia di Catanzaro e l'attivazione delle attività assistenziali nelle moderne strutture del *Campus* universitario di Germaneto costituiscono ulteriori iniziative di elevata portata al fine di qualificare l'offerta dei servizi ai cittadini, e rappresentano soprattutto l'occasione per far decollare attività di alta specialità, di didattica qualificata e di ricerca in settori avanzati.

Anche la eliminazione del ticket sulla farmaceutica, oggi messa a forte rischio dalle misure introdotte dalla finanziaria 2007, è nata dalla esigenza di garantire l'equità nella fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, peraltro appartenenti ad una Regione non certo ricca.

Le iniziative di programmazione sopra indicate rappresentano elementi sostanziali e sostanziosi per l'indirizzo della attività finalizzate alla definizione del nuovo Piano sanitario regionale. Dovranno essere attuate adeguate politiche di gestione delle risorse umane che tendano a riequilibrare la distribuzione del personale e ad assicurare alle Aziende le figure professionali che allo stato risultano deficitarie.

Un sistema normale richiede altresì la definizione di regole certe ed organiche per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private, da intendere come strumento obbligatorio e base di partenza per la messa a regime di un sistema di qualità, presupposto essenziale per lo sviluppo di un metodo di valutazione dei risultati conseguiti.

2.1.2 La necessità di sviluppare le iniziative intraprese

Il complesso delle iniziative di riordino attivate, lungi dal risultare episodiche, si connotano ancora come indirizzi strategici della Regione piuttosto che come consolidato patrimonio gestionale delle Aziende del Servizio sanitario; tutto ciò era probabilmente prevedibile in un contesto operativo che non aveva mai assunto nella passata legislatura livelli di consapevolezza operativa orientati a creare iniziative comuni e consapevoli di riordino organico del sistema dei servizi.

Adesso occorre invece sviluppare le iniziative strategiche intraprese dalla Regione per determinare una coerente programmazione attuativa sul territorio regionale e stimolare gli ambiti di programmazione decentrati nella ricerca consapevole della qualità dei servizi e delle prestazioni, con il concorso di tutti i soggetti responsabili determinando una netta inversione di tendenza, con ritorno di appropriati stimoli dalla periferia verso il centro del sistema per l'ulteriore miglioramento del livello di governo dei servizi.

Le ricadute di tale nuovo modo di considerare e di governare i servizi sul territorio sono la crescita di una nuova consapevolezza sull'efficacia delle azioni di riordino intraprese e sugli effetti positivi sullo sviluppo economico e sociale locale determinato dalla crescita della qualità dei servizi in grado di ridurre l'abnorme fenomeno delle "fughe" per la ricerca di servizi di qualità. Tale consapevolezza determina anche un generale miglioramento delle relazioni istituzionali tra la Regione ed il sistema delle autonomie con sviluppo di sistemi di cooperazione istituzionale e dell'impegno reciproco nelle politiche di sviluppo locale.

L'attuazione nelle Aziende del Servizio sanitario regionale degli interventi di riordino è anche una conseguenza della crescita dell'impegno degli operatori e della loro responsabilità professionale e determina come ricaduta immediata la valorizzazione del loro ruolo nel conseguimento degli obiettivi strategici individuati nelle strategie di riordino.

Occorre infine mettere a disposizione del sistema le proprie capacità e conoscenze perché solo attraverso questo impegno è possibile raggiungere traguardi di eccellenza professionale ed operativa e conseguire miglioramenti decisivi anche del proprio livello di professionalità e competenza.

2.2 Attivare la pianificazione attuativa locale, generale e specifica

Il dibattito sulle competenze istituzionali è stato sempre al centro delle normative in materia di governo e gestione dei servizi; quando poi si fa riferimento ai sistemi che riguardano le politiche sociali di comunità il dibattito è sempre molto vivace e denso di significati profondi che attengono alle politiche di cittadinanza ed al loro governo. La sanità è uno di questi settori caldi, soprattutto se si allarga lo scenario dalla gestione dei servizi sanitari a quello delle politiche di salute, che forse è proprio quello più appropriato perché attiene alle strategie generali di governo del territorio.

E', infatti, evidente che i servizi sanitari sono solo una parte di quelli deputati al mantenimento ed allo sviluppo dei livelli di salute della popolazione, essendo questa legata, anche in maniera più diretta e determinante, alla qualità dell'ambiente, al livello dei servizi sociali offerti alle comunità, al tenore dello sviluppo economico e sociale, ai livelli qualitativi e di fruibilità dei servizi connessi alla mobilità ed all'efficienza delle relative infrastrutture, alla qualità dei servizi generali presenti per lo sviluppo della conoscenza, dell'istruzione e della cultura, della fruizione delle strutture e dei servizi legati al tempo libero ed allo sport.

In tale contesto risulta evidente come occorra considerare una presenza istituzionale, attiva ed operosa, tra il livello della *governance* regionale e quello operativo delle Aziende del servizio sanitario regionale, presenza che assicuri il trasferimento alle realtà locali della cultura di governo maturata in relazione alle strategie di sviluppo del territorio concepite in sede regionale, determinando gli stimoli migliori per lo sviluppo da parte degli enti locali degli strumenti e delle iniziative più opportune per il governo del territorio.

Si instaura, pertanto, un effettivo processo di trasferimento delle abilità e delle capacità di governo del territorio dal livello delle strategie regionali a quello delle concrete scelte di allocazione delle risorse sul territorio; in tale processo si colloca in pieno una visione locale della sanità come motore di sviluppo del territorio, piuttosto che come percezione del livello regionale di un costo per l'erogazione dei servizi. L'assunzione da parte della Regione della **responsabilità finanziaria** del Servizio sanitario deve far nascere nelle istituzioni locali una cultura della **responsabilità di governo** dei servizi sul territorio, attenta alla sostenibilità del sistema dei servizi e responsabile nel governo di un essenziale strumento di sviluppo locale.

Le Aziende del Servizio sanitario regionale diventano quindi protagoniste e corresponsabili non solo del trasferimento in sede locale delle strategie di riordino dei servizi decise dalla Regione con il Piano sanitario, ma anche della

declinazione sul territorio delle politiche di sviluppo decise dalle comunità locali in sede di pianificazione attuativa.

2.3 Il governo clinico nel dimensionamento delle funzioni ospedaliere

L'attuazione sul territorio delle Aziende sanitarie delle azioni strategiche promosse dalla Regione si realizza solo promuovendo la partecipazione degli operatori sanitari e del supporto clinico assistenziale, la cosiddetta "comunità curante", alle decisioni orientate al miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia dei servizi, che determina negli stessi la crescita di una consapevolezza sulla loro responsabilità di governo clinico ed assistenziale. E', infatti, noto come la richiesta di posti letto ospedalieri non è solo espressione del **governo dell'offerta** dei servizi di settore, anche se l'eccesso di offerta, od un'offerta inappropriata, induce sovente fabbisogni di ricovero integrativi che, se assecondati, spesso non determinano risultati positivi in termini di migliore qualità: la saturazione del fabbisogno effettivo si raggiunge solo integrando il governo dell'offerta con il complesso delle azioni di individuazione, indirizzo, controllo e valutazione della domanda di prestazioni, ovvero delle azioni di **governo della domanda**, che, se non esercitate, determinano livelli di inappropriata delle risposte del sistema.

Le questioni emergenti nei servizi sanitari, per la necessità di offrire ai cittadini prestazioni che garantiscano i migliori risultati delle cure, la corretta allocazione delle risorse, la qualità dei servizi prestati, la responsabilità della gestione della sicurezza del paziente, l'aderenza delle procedure cliniche alle più accreditate evidenze scientifiche, possono essere affrontate soltanto se i **professionisti della sanità**, detentori delle competenze, ed i **gestori dei servizi**, detentori dell'uso delle risorse, troveranno la misura della reciproca responsabilità, del rispetto delle diverse competenze e del coinvolgimento decisionale.

La traduzione del termine "*clinical governance*" indica non tanto una forma esplicita di gestione della cosa pubblica, quanto uno stile atto a "*creare un sistema attraverso il quale medici e amministratori sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati e della creazione di meccanismi atti a garantire elevati standard di assistenza in un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle prestazioni e più efficaci approcci alla qualità*", come lo definisce il Ministero della sanità britannico.

Già nel 1997 la Comunità Europea asseriva che "*uno dei fini prioritari dei servizi medici è la promozione della qualità dell'assistenza, in termini di equità di accesso, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e corretto uso delle risorse in base a un buon rapporto tra costi e efficacia*".

I valori cui si ispira l'azione di governo clinico sono da ricercare sul versante dell'appropriatezza e della qualità. Per il primo punto gli obiettivi da conseguire sono:

- **l'appropriatezza organizzativa** che si riferisce al livello di strutturazione organizzativa del sistema tale da renderlo adeguato allo svolgimento di interventi sanitari appropriati in termini di sicurezza del paziente e di economicità nell'uso delle risorse;

- ***l'appropriatezza clinica*** che riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario tale che la probabilità del beneficio superi i potenziali rischi;
- ***l'appropriatezza complessiva*** degli interventi sanitari che "integra efficacia, efficienza e opportunità disegnando la componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo nonché stato attuale delle conoscenze) delle prestazioni *sanitarie*".

Sul versante della qualità il governo clinico si muove per ricercare:

- ***la qualità professionale***, definita in termini di risposta efficace ai bisogni nonché di selezione e successiva adozione delle tecniche strumentali e cliniche e delle procedure diagnostiche e curative che i professionisti sanitari considerano le più idonee a far fronte a quei bisogni, ottenendo il miglior risultato per il paziente;
- ***la qualità gestionale***, cioè l'insieme degli strumenti, delle tecniche e dei metodi che consentono di orientare tutte le fasi della procedura clinica secondo principi di efficienza e di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse impiegate;
- ***la qualità dei servizi e delle prestazioni*** nel rispetto dei diritti dei cittadini.

2.4 Le azioni del piano sanitario regionale

L'attuazione sul territorio regionale degli indirizzi strategici contenuti nel Piano sanitario regionale si realizza attraverso l'indirizzo della Giunta regionale alle Aziende sanitarie ed ospedaliere; la Giunta regionale nell'attività di indirizzo delle predette Aziende è tenuta al rispetto dei contenuti del Piano sanitario regionale.

Tale azione di indirizzo ha efficacia sia nei confronti degli atti fondamentali delle Aziende medesime (atti di programmazione generale e di bilancio, atti di espressione dell'autonomia organizzativa e regolamentare relativi all'organizzazione ed al funzionamento dei servizi, atti di gestione del personale e di utilizzo delle risorse), sia dei comportamenti in materia di regolare funzionamento dei servizi che di erogazione delle prestazioni, sia degli atti che regolano l'attività contrattuale e la gestione aziendale.

I direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale sono comunque tenuti ad osservare il Piano sanitario regionale e le predette conformi disposizioni della Giunta regionale; al rispetto delle medesime disposizioni sono altresì tenuti tutti i soggetti pubblici e privati che provvedono all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e delle relative prestazioni, nonché alla salvaguardia dei livelli di salute della popolazione e degli ambienti di vita e di lavoro,

Gli indirizzi che riguardano l'attuazione diretta dei contenuti delle disposizioni del Piano sanitario regionale sono denominate azioni di piano ed ove riguardino l'attuazione sul territorio regionale di funzioni di contenuto prevalentemente sanitario o dell'integrazione sociale a rilevanza sanitaria sono definite azioni programmate.

Le azioni programmate sono:

- Rete oncologica regionale;
- Rete cardiologica regionale;
- Malattie rare;
- Donazione e trapianti;
- Piano sangue e plasma regionale.

2.5 Le scelte prioritarie

2.5.1 Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del servizio sanitario regionale

Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del servizio sanitario regionale, funzionale al miglioramento della qualità dell'intero sistema, deve essere informato alla omogenea distribuzione dei servizi, all'equità, anche territoriale, nell'erogazione delle prestazioni, all'efficienza nel funzionamento delle strutture.

La realizzazione di tali obiettivi comporta la ripartizione del territorio regionale in **ambiti territoriali**, omogenei per entità di popolazione, situazioni geografiche, condizioni economiche e sociali, che rappresentano riferimenti territoriali con caratteristiche assimilabili e devono garantire:

- l'individuazione di aree territoriali sufficientemente equilibrate tra di loro;
- l'adeguata considerazione delle caratteristiche e delle dimensioni delle aree urbane che insistono nei vari ambiti;
- la semplificazione della *governance* complessiva;
- l'efficacia della gestione delle Aziende.

Sulla base di tali criteri, nella fase di studio ed elaborazione del piano sanitario, sono stati individuati otto ambiti territoriali.

La legge regionale 11 maggio 2007, n. 9 ha istituito le **Aziende sanitarie provinciali (ASP) di Catanzaro, Cosenza, Crotona, Reggio Calabria e Vibo Valentia**, con territorio corrispondente alle attuali circoscrizioni provinciali (figura 2.1).

Il piano recepisce tale scelta, mantenendo l'articolazione del territorio in **otto ambiti territoriali** (figura 2.2), rispetto ai quali vengono misurati i bisogni di salute e le risposte in termini territoriali ed ospedalieri.

Le ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, tenuto conto della densità demografica, della contiguità territoriale e delle vie di comunicazione, vengono articolate ciascuna in due ambiti territoriali, per come di seguito indicato:

A. Nell'azienda sanitaria provinciale di Cosenza:

- a. **ambito territoriale Paola-Cosenza**, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Paola e Cosenza, ed il Comune di San Giovanni in Fiore già facente parte dell'Azienda sanitaria di Crotona

- b. **ambito territoriale Castrovillari-Rossano**, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Castrovillari e Rossano;

B. Nell'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro:

- a. **ambito territoriale di Catanzaro**, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Catanzaro ed il Comune di Marcedusa già facente parte dell'Azienda sanitaria di Crotone;
- b. **ambito territoriale di Lamezia Terme**, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Lamezia Terme;

C. Nell'azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria:

- a. **ambito territoriale di Reggio Calabria**, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Reggio Calabria;
- b. **ambito territoriale di Locri-Palmi**, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Palmi e Locri.

In ciascuna delle Aziende sanitarie provinciali di Vibo Valentia e Crotone ricade un solo ambito territoriale, coincidente con la rispettiva circoscrizione provinciale.

La non coincidenza tra il territorio delle ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria e quello degli ambiti territoriali in cui risultano articolate le tre province, comporta la previsione, per gli ambiti in cui non risulterà ubicata la direzione generale aziendale, di un **referente**, nominato dal Direttore Generale, che deve essere in possesso dei requisiti per la nomina a dirigente medico di struttura complessa.

Al referente d'ambito compete la pianificazione delle attività dell'ambito territoriale, da sottoporre all'approvazione della direzione aziendale, il coordinamento delle attività di ambito, la partecipazione alle attività di valutazione dei risultati per l'ambito di riferimento e lo svolgimento di ogni altra attività assegnata dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria provinciale secondo le previsioni dell'atto aziendale.

All'ambito territoriale è assegnato un proprio budget, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria.

Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del Servizio sanitario regionale coinvolge necessariamente anche le Aziende ospedaliere; in particolare, nell'area di Catanzaro è indispensabile una razionalizzazione dell'offerta secondo criteri di appropriatezza organizzativa che evitino le attuali duplicazioni di attività, fonti di conseguenze negative sui costi e sull'efficacia del servizio.

Di conseguenza, sono confermate le **Aziende ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria**; nell'area di Catanzaro viene istituita un'**Azienda ospedaliero-universitaria** nella quale sono svolte in maniera integrata anche le attività assistenziali, didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, con accorpamento delle attuali Aziende ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e "Mater

Domini". Il protocollo d'intesa tra Regione ed Università provvederà a definire le strutture nelle quali saranno erogate le attività assistenziali, didattiche e di ricerca della nuova Azienda ospedaliero-universitaria e ad assegnare i relativi posti letto.

Anche nel settore oncologico è necessario evitare le attuali duplicazioni di attività esistenti nell'area di Catanzaro. La Regione conferma l'obiettivo prioritario di realizzare in tempi rapidi in Catanzaro la costituzione di un I.R.C.C.S. oncologico, avviando immediatamente il procedimento di riconoscimento previsto dal D.lgs. 288/2003. La necessità di assicurare l'efficienza della gestione, l'individuazione dell'*hub* principale della rete oncologica regionale e la necessaria valutazione delle attività assistenziali e di ricerca dell'ultimo triennio richiesta dall'art. 13, comma 3, D.lgs. 288/2003 per il riconoscimento del carattere scientifico, impongono l'unificazione delle attività assistenziali e di ricerca relative alle discipline oncologiche e a quelle connesse svolte dal sistema sanitario regionale nell'area di Catanzaro. In tal senso la Giunta Regionale è autorizzata ad adottare i conseguenti provvedimenti.

Figura 2.1 – Aziende sanitarie provinciali di cui alla l.r. 11 maggio 2007, n.9.

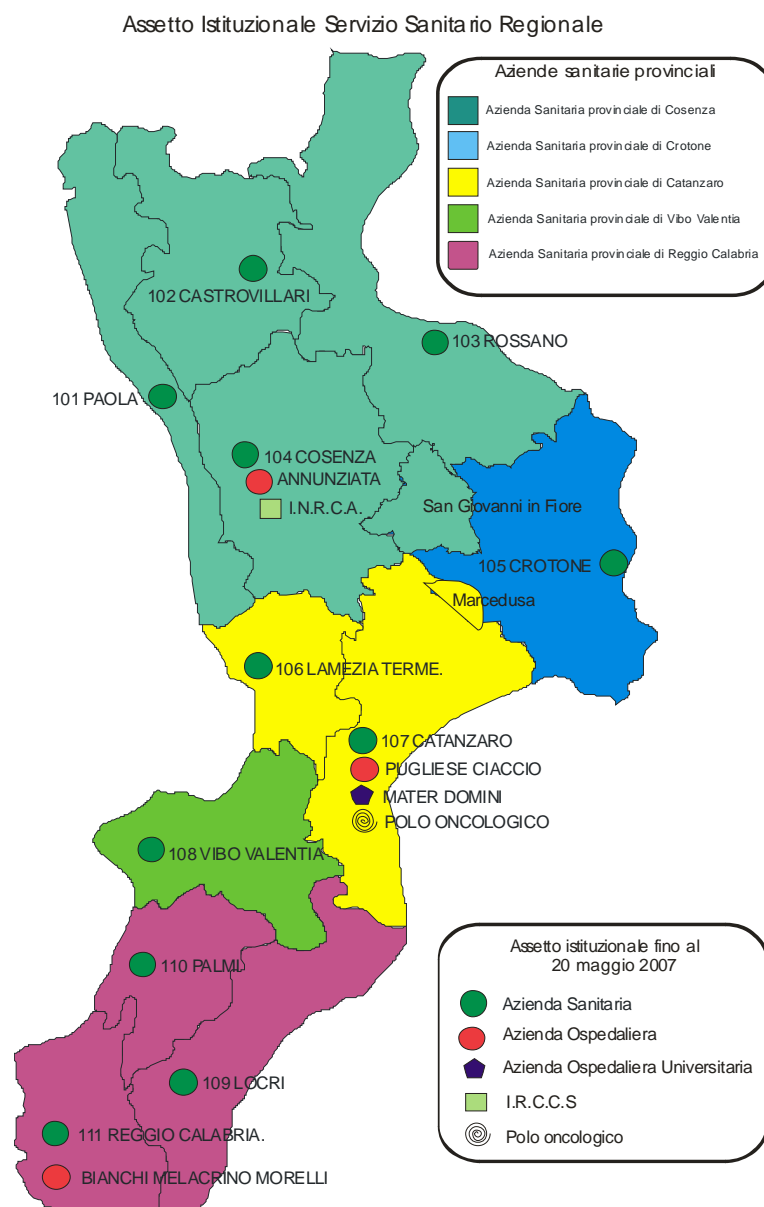
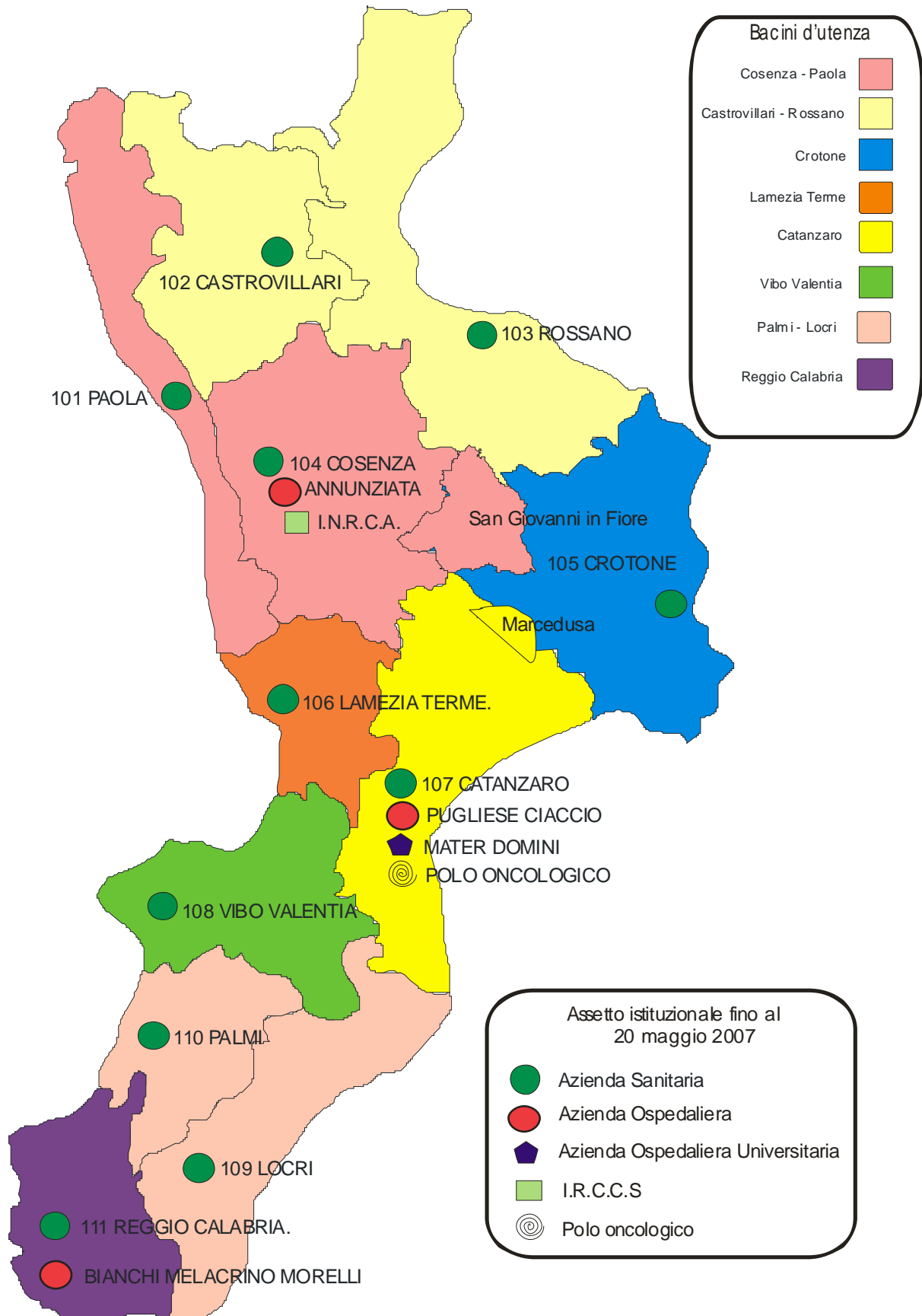


Figura 2.2 – Ambiti territoriali

Ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Provinciali



2.5.1.1 Il “sistema” delle Aziende

Nella realtà regionale occorre costituire un vero sistema sanitario che comprenda gli organismi regionali preposti, in primo luogo il Dipartimento regionale Tutela della salute, e si articoli nelle diverse Aziende sanitarie e ospedaliere. Nella situazione attuale, infatti, deve essere assunta come priorità l'equità nella distribuzione e nel funzionamento dei servizi.

Da ciò deriva la necessità di una forte collaborazione tra le Aziende nel complesso e tra i loro diversi servizi per la diffusione delle buone pratiche, per uno sforzo corale teso al rilancio, su basi nuove, delle attività sanitarie ed assistenziali. Le strategie delle “reti” per specialità e del “governo clinico” diffuso tendono proprio a realizzare queste finalità.

In tale contesto, costituisce specifico obiettivo del servizio sanitario regionale la creazione di un sistema di Aziende improntato alla cooperazione e non alla competizione e allo sviluppo di una sistematica sinergia tra le Aziende sanitarie e quelle ospedaliere e l'integrazione nelle attività e/o prestazioni da queste erogate. Il governo aziendale dovrà assicurare la corretta erogazione dei livelli di assistenza garantendo l'equilibrio economico finanziario.

La sinergia tra le Aziende dovrà, in particolare, trovare espressione attraverso la redazione coordinata dei piani di attività che, in base all'analisi del fabbisogno, prevedano attività integrate, consentendo la necessaria continuità assistenziale. Dovranno altresì essere sviluppate collaborazioni interaziendali che prevedano:

- la partecipazione del personale operante nelle Aziende interessate,
- l'istituzione di strutture organizzative comuni ed in particolare, di dipartimenti interaziendali, mediante aggregazione di strutture complesse delle Aziende interessate, specie se operanti nel medesimo territorio e quando utilizzano attrezzature tecnologiche che comportano costi elevati di acquisto e gestione,
- la delega ad altra azienda, anche per periodi limitati, dell'erogazione di prestazioni o dello svolgimento di attività assistenziali,
- l'esercizio in comune, anche per periodi limitati, di funzioni - amministrative, legali o tecniche - che non sia conveniente sviluppare autonomamente, per problemi gestionali (mancanza di specifiche professionalità o diseconomie di scala).

L'**organizzazione delle Aziende** e la loro **articolazione in strutture organizzative** e funzionali, dovrà essere ispirata a criteri di essenzialità e di efficacia e di adeguata flessibilità operativa, garantendo l'unitarietà dell'intervento aziendale; dovranno, inoltre, essere assicurati adeguati livelli di qualità delle prestazioni e gradi elevati di accessibilità.

Dovrà comunque essere garantito il modello di gestione in rete dei presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere; la generalizzazione della gestione per *budget*, quale strumento di unificazione del ciclo programmazione - controllo - riprogrammazione, affidando alla direzione generale le decisioni relative all'assegnazione delle risorse, nonché la verifica, la valutazione ed il controllo delle attività e prestazioni erogate dalle unità operative, in relazione alle risorse loro assegnate.

L'organizzazione delle Aziende richiede comunque una puntuale definizione degli ambiti di competenza e di responsabilità e dei correlati ruoli organizzativi, nonché dei rapporti tra i diversi ambiti e livelli di responsabilità. Secondo tale disegno sono concepite le linee guida per la redazione degli atti aziendali, di recente adottate dalla Giunta regionale. Nell'ambito di tale ispirazione non si vuole annullare o soltanto affievolire la necessità di costruire un sistema di responsabilità, essenziale all'esistenza stessa delle Aziende; al contrario, è urgente procedere allo sviluppo degli strumenti fondamentali di responsabilizzazione.

In tal senso, tutte le Aziende dovranno organizzarsi secondo rigorosi criteri che garantiscano il controllo direzionale, il sistema dei budget, il controllo di gestione, la contabilità analitica, un efficace sistema informativo, ovvero la realizzazione di sistemi oggettivi ed efficaci di valutazione e controllo, rivolti soprattutto ai risultati in termini di salute dei cittadini (*outcome*) sulla base di un positivo rapporto tra costi e benefici. Attraverso tali criteri organizzativi ed una effettiva applicazione degli istituti contrattuali, dovranno delinearsi con chiarezza gli obiettivi delle macro-strutture, delle strutture complesse e semplici e dei singoli operatori, promuovendone le rispettive responsabilità e la soddisfazione professionale.

Ulteriore obiettivo funzionale alla realizzazione del sistema è la creazione di un Servizio di supporto ed ispettivo allo scopo di verificare e controllare le attività delle Aziende con particolare riferimento alla qualificata realizzazione dei LEA e l'appropriato uso delle risorse.

2.5.1.2 La centralizzazione degli acquisti

La legge regionale 11 maggio 2007, n. 9, ha istituito la stazione unica appaltante per la gestione più uniforme, trasparente e conveniente degli appalti di opere, lavori pubblici e forniture di beni e servizi, con sede a Catanzaro.

La Giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della predetta legge, presenterà un'apposita proposta di legge che preveda l'obbligo per le Aziende sanitarie ed ospedaliere di ricorrere, salvo eccezioni adeguatamente motivate, alla stazione unica per le procedure di predisposizione e di affidamento degli appalti, fino alla stipula del contratto di affidamento.

2.5.1.3 Il patrimonio immobiliare e la gestione degli investimenti

Notevoli criticità sono rilevabili nella situazione attuale degli immobili utilizzati per le attività sanitarie, così come emerso anche dalla recente ispezione disposta dal Ministero della salute.

Tali criticità trovano la propria origine, da una parte nel mancato utilizzo dei fondi ancora disponibili dell'art. 20 della legge 67/88 e dall'altra nella inadeguata manutenzione causata anche dalla scarsa disponibilità di risorse finanziarie proprie, conseguenti anche alla sottostima del fabbisogno del fondo sanitario nazionale.

Il numero delle strutture pubbliche insistenti sul territorio è assai rilevante e non mancano strutture (ospedaliere, residenziali e semiresidenziali) mai

completate o comunque mai utilizzate rispetto alle quali è urgente decidere le iniziative da adottare.

In tale contesto l'oculata gestione del patrimonio delle Aziende deve costituire un elemento non secondario per facilitare la riforma del Servizio sanitario regionale. Le Aziende dispongono di ragguardevoli proprietà immobiliari il cui utilizzo deve essere finalizzato a realizzare le grandi trasformazioni che verranno prodotte secondo le linee strategiche contenute nel presente documento.

In proposito, è necessario:

- effettuare la **ricognizione puntuale del patrimonio** di proprietà delle Aziende;
- valutare la più **idonea utilizzazione** delle strutture per ridisegnare la nuova rete ospedaliera, territoriale e della prevenzione;
- programmare l'utilizzo delle strutture per **dismettere tendenzialmente tutti i fitti passivi**;
- individuare le **strutture non necessarie** allo svolgimento delle attività sanitarie per promuoverne l'alienazione.

Il piano di riutilizzo o di dismissione dovrà riservare una particolare attenzione alle strutture costruite e mai utilizzate, anche in ragione del valore simbolico negativo che rappresentano per la sanità calabrese.

Il complesso delle disposizioni relative al patrimonio immobiliare ed alla gestione degli investimenti, contenute nel presente documento di piano, costituiscono la base per la negoziazione da parte del governo regionale dell'Accordo di programma per gli investimenti sanitari da stipulare con il governo nazionale.

La Giunta regionale con la deliberazione del 5 ottobre 2006, n. 66,9 ha adottato uno specifico provvedimento di riparto dei fondi **programma straordinario di investimenti** di cui all'art. 20 della legge 67/88, concentrandoli in prevalenza sui presidi delle Aziende ospedaliere e degli ospedali di riferimento delle Aziende sanitarie. I rimanenti presidi da destinare ad attività ospedaliere e/o da riconvertire in attività riabilitative o territoriali, secondo le previsioni del piano sanitario, dovranno costituire oggetto di specifici interventi di ristrutturazione e adeguamento che ne consenta l'accreditamento.

L'attuale riparto dei fondi per l'edilizia sanitaria prevede un utilizzo di risorse statali per la Regione pari a complessivi 349.662.653,06 di euro, di cui € 337.365.356,06 come quota residua su quanto assegnato dalla deliberazione CIPE del 6 maggio 98, n. 52 (822.771 milioni di lire), ed altri 12.297.297,00 di euro assegnati con deliberazione CIPE del 2 agosto 2002. A tali finanziamenti va aggiunta una quota regionale di € 18.403.297,53 pari al 5% dell'importo complessivamente finanziato. L'attuale disponibilità finanziaria per la Calabria è pertanto così determinata:

	<i>finanziamento a carico dello Stato</i>	<i>finanziamento a carico della Regione</i>	<i>finanziamento complessivo</i>
<i>Deliberazione CIPE del 6 maggio 98 n. 52</i>	337.365.356,06	17.756.071,37	355.121.427,43
<i>Deliberazione CIPE del 2 agosto 2002</i>	12.297.297,00	647.226,16	12.944.523,16
	349.662.653,06	18.403.297,53	368.065.950,59

L'**accordo di programma** relativo alle somme residue della seconda fase del programma straordinario di investimenti si pone in una logica di continuità con il precedente accordo sottoscritto tra Regione Calabria e Ministero della Salute in data 16 dicembre 2004, prevedendo priorità che puntano a:

- rendere l'offerta dei servizi ospedalieri più adeguata agli effettivi bisogni dei cittadini;
- aumentare il livello qualitativo dell'offerta;
- caratterizzare la distribuzione dell'offerta ospedaliera qualificata in precisi ambiti territoriali;
- migliorare l'accessibilità dell'area ospedaliera;
- razionalizzare i percorsi;
- riqualificare le tecnologie ospedaliere.

Sia per l'adeguamento, messa a norma e manutenzione, sia per la riconversione e la ristrutturazione delle strutture si rende necessaria la previsione di risorse da destinare ad investimenti, da alimentare con finanziamenti regionali, dello Stato e della Comunità europea.

2.5.1.4 Il sistema informativo

La costruzione della nuova sanità regionale non può prescindere da un efficiente sistema informativo sanitario; la realizzazione di tale strumento è fondamentale ed improcrastinabile ed anzi si può affermare che, senza di esso, è impossibile costruire "il sistema".

In ambito regionale, il sistema informativo dovrà consentire la piena disponibilità delle informazioni necessarie alla programmazione e al controllo, per assolvere agli adempimenti informativi nei confronti degli organi centrali dello Stato.

La costruzione del sistema informativo regionale avviene in un contesto nazionale già avviato con la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) definito con le intese Stato-regioni:

- deve essere di **supporto al processo di regionalizzazione**, coerentemente con i livelli di responsabilizzazione di tutti gli attori del SSN, a fronte della necessità di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale;
- deve garantire la **coesione tra gli attori del SSN**, attraverso la **piena condivisione delle informazioni possedute** dalle amministrazioni centrali, dalle regioni o province autonome, dalle Aziende sanitarie;
- deve garantire la **cooperazione** ed **integrazione** dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali;
- deve essere **orientato al cittadino** utente attraverso un sistema integrato d'informazioni sanitarie individuali.

A partire da questi principi ispiratori sono stati definiti alcuni capisaldi progettuali su cui basare lo schema di riferimento del NSIS, come già delineato dal progetto nazionale dei "MATTONI", quasi giunto alla conclusione.

Le idee progettuali essenziali sono:

- la **trasparenza** delle informazioni a tutti i livelli;
- l'**orientamento al cittadino**, attraverso la creazione di un record individuale che, dalla nascita alla morte, raccolga ed integri tutte le informazioni relative alla storia clinica di ciascun individuo;
- la **tempestività** nella raccolta, validazione e condivisione delle informazioni.

Il sistema informativo regionale dovrà essere coerente con i principi ispiratori e le idee progettuali fondamentali sopra delineate, partendo dalla riorganizzazione tecnologica che consenta di rendere più efficienti i sistemi informativi già esistenti nelle Aziende e garantire il recupero del patrimonio informativo già acquisito.

In tal senso la Giunta regionale adotta i provvedimenti necessari a garantire la funzionalità del sistema in coerenza con i principi appena enunciati e con le attività previste con l'utilizzo dei fondi comunitari.

2.5.1.5 L'osservatorio epidemiologico regionale

L'esigenza di provvedere al monitoraggio continuo dello stato di salute dei cittadini finalizzato all'acquisizione degli elementi necessari alla redazione della relazione sanitaria annuale ed alla programmazione richiede il potenziamento della funzione epidemiologica svolta dalla Dipartimento per la tutela della salute mediante l'attivazione dell'osservatorio epidemiologico regionale, al quale devono essere assicurate le risorse umane e finanziarie necessarie per l'efficace funzionamento.

L'osservatorio epidemiologico regionale garantisce il coordinamento delle unità operative di epidemiologia delle Aziende sanitarie provinciali.

2.5.1.6 La rete regionale della formazione

2.5.1.6.1 Formazione di base e specialistica

La programmazione e la realizzazione della formazione di base, specialistica e continua costituisce un nodo centrale per lo sviluppo futuro del sistema sanitario regionale in quanto le risorse umane costituiscono uno dei principali determinanti per la qualità dei servizi e la possibilità di sviluppo sostenibile del sistema stesso

E' importante inoltre rilevare che il costo del personale rappresenta assai spesso una delle voci di costo più importanti del sistema socio-sanitario, fatto questo che, deve costituire un incentivo per considerare l'insieme della "forza lavoro" presente nel SSR anche come un "investimento" compiuto nel tempo da parte della Regione e quindi meritevole di tutte le attenzioni necessarie per la sua "manutenzione".

Il migliore utilizzo delle risorse umane ed i miglioramenti delle *performances* individuali, sia in termini qualitativi che quantitativi, sono necessarie conseguenze dei miglioramenti perseguiti sul versante dell'organizzazione. In tal modo si potrà garantire il miglioramento delle prestazioni, una maggiore copertura dei bisogni e modalità più appropriate di soddisfacimento. Tutto ciò eviterà di riproporre meccanicamente il modello di

sviluppo praticato finora, attento solo all'estensione quantitativa dei servizi e, parallelamente, dei fabbisogno quantitativo del personale.

Lo sviluppo di obiettivi di salute presuppone un processo di crescita e di condivisione culturale che riguarda non solo gli operatori sanitari, ma l'intero sistema delle competenze e delle professionalità a livello regionale.

Questa prospettiva presuppone una ridefinizione strategica dei processi di formazione di base, specialistica, di riqualificazione e di formazione continua degli operatori del servizio sanitario regionale.

La formazione a tutti i livelli costituisce una leva essenziale per garantire la fattibilità del processo di innovazione, quale strumento finalizzato ad affermare la salute come bene condiviso e comune, a migliorare la consapevolezza e competenza sulla multifattorialità dei determinanti della salute in ambito ambientale, sociale e biologico, ad individuare il ruolo che può essere svolto dalle diverse professionalità per il perseguimento degli obiettivi di salute.

I **principi ispiratori** degli interventi formativi predisposti dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere saranno improntati:

- allo sviluppo della consapevolezza della centralità dell'utente e delle problematiche etiche connesse alla sua assistenza
- all'acquisizione di competenze professionali relative alla comunicazione e alla gestione delle problematiche imposte dall'etica, superando ogni autoreferenzialità;
- alla multidimensionalità dell'approccio, esteso alla sfera umana, ambientale e sociale;
- all'integrazione dei percorsi formativi tra le diverse figure professionali;
- allo sviluppo di una cultura nel contempo scientifica ed organizzativa che, oltre ad incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale, contribuisca a diffondere l'orientamento verso le esigenze dell'utenza e del servizio e le capacità manageriali e relazionali;
- alla sviluppo, per tutte le professioni sanitarie, delle competenze nell'uso di metodologie nel campo della prevenzione e delle cure basate sulle prove scientifiche di efficacia.

E' necessario inoltre garantire la **continuità del percorso formativo** ai vari livelli di intervento (formazione per l'accesso, formazione continua), da realizzarsi, pur nel rispetto dei ruoli di tutti i protagonisti, tramite la convergenza delle azioni formative e la massima valorizzazione delle sinergie possibili.

Inoltre, in relazione alla valenza strategica della professione infermieristica, anche sotto il profilo della gestione dei processi di riorganizzazione dell'assistenza, e sulla base di indirizzi generali forniti dalla Giunta regionale, le Aziende sanitarie ed ospedaliere dovranno valorizzare la professione infermieristica anche nella gestione dei processi formativi, contribuendo ad implementare iniziative di orientamento dei giovani verso la professione infermieristica.

Sulla base dell'approccio integrato di cui sopra, è interesse della Regione sviluppare una collaborazione più ampia, articolata e fortemente innovativa con gli atenei regionali e nazionali, al fine di verificare la possibilità di introdurre, in alcuni corsi di laurea e di specializzazione, elementi didattici coerenti con le esigenze della programmazione regionale, cui contribuirà la Giunta Regionale sulla base di specifiche intese con gli Enti coinvolti.

Rispetto alla formazione di base e specialistica, il Dipartimento per la tutela della salute procederà alla rilevazione dei **fabbisogni formativi** del

servizio sanitario regionale quale presupposto per realizzare strategie condivise e azioni sinergiche tra tutti gli attori che intervengono nei processi di formazione e orientamento della domanda formativa. In conseguenza di tale rilevazione saranno forniti dal Dipartimento specifici indirizzi alle Aziende sanitarie ed ospedaliere per la redazione dei **piani di formazione aziendale** sulla base dei principi già esposti.

2.5.1.6.2 Formazione continua in medicina

Oltre all'esigenza di garantire la formazione di base, si pone la necessità di mantenere e accrescere le competenze di tutto il personale in servizio e per tutto l'arco della vita professionale mediante adeguati strumenti di formazione continua.

La formazione continua, finalizzata infatti all'adeguamento delle competenze, capacità e conoscenze del personale dovrà realizzarsi in sintonia con i processi di innovazione in campo sanitario, tecnologico ed organizzativo e in coerenza alle linee di indirizzo della programmazione regionale.

Esso comprende l'aggiornamento professionale di tutti gli operatori sanitari dipendenti o liberi professionisti con l'obiettivo di migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti, garantendo efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario regionale

Per completare la definizione dei soggetti istituzionalmente interessati sarà istituita la **consulta delle professioni** composta da un rappresentante per ciascun ordine e collegio professionale e per ciascuna tipologia di laurea specialistica delle professioni sanitarie e non sanitarie operanti nel SSR e non ricompresa in ordini e collegi e che parteciperà all'avvio della regionalizzazione del sistema ECM.

La formazione dovrà essere orientata a sostenere il perseguimento degli obiettivi indicati dal piano sanitario per il miglioramento della qualità del servizio, con specifico indirizzo verso i rapporti con il cittadino/utente.

Particolare cura sarà posta:

- nella valutazione qualitativa e quantitativa del fabbisogno formativo;
- nelle iniziative finalizzate a sostenere programmi di prevenzione;
- nella metodologia di lavoro interdisciplinare e per progetti;
- nella predisposizione di strumenti di verifica dei processi didattici e dei loro risultati, usando metodiche oggettive e soggettive.

Le iniziative **prioritarie** di formazione da sviluppare riguardano le seguenti aree tematiche:

- competenze professionali degli operatori del territorio;
- piani di prevenzione;
- formazione manageriale in materia di sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria, in particolare per i dirigenti di strutture complesse;
- sviluppo delle competenze degli operatori dell'emergenza-urgenza, specie in campo pediatrico;
- *risk management*, con particolare riferimento all'area del rischio clinico;
- *farmacovigilanza*;
- *metodologia epidemiologica*;
- *valutazione della disabilità*;
- *competenze degli operatori addetti alla tutela della salute mentale*;

- *competenze degli operatori addetti alla tutela della donna e del bambino;*
- *utilizzo dei nuovi sistemi di classificazione OMS (ICF ed ICF-CY);*
- *competenze di tutti gli operatori del SSR nel campo della comunicazione;*
- *valutazione e controllo delle attività del SSR.*

2.5.1.6.3 Management e sanità

La **formazione manageriale** costituisce uno strumento determinante nel processo di aziendalizzazione e supporto fondamentale per il perseguimento dell'obiettivo di garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza di tutto il sistema sanitario. La Giunta regionale attiverà specifici percorsi formativi d'intesa con il sistema universitario calabrese.

2.5.1.7 L'esercizio della libera professione intra-moenia

Le Aziende del servizio sanitario assumono i provvedimenti necessari per garantire la libera scelta del medico da parte dei cittadini.

L'esercizio della libera professione *intra-moenia* dovrà essere assicurato nel pieno rispetto delle modalità stabilite dalla vigente normativa. Specificamente, le Aziende provvederanno a dare piena attuazione a quanto previsto nel "Piano regionale sulla libera professione intra-muraria" approvato dalla Giunta regionale che emanerà apposito atto di indirizzo in attuazione delle norme nazionali.

2.5.1.8 Il rischio clinico e la sicurezza del paziente

Obiettivo del piano sanitario regionale è quello di **promuovere una cultura della sicurezza** e soprattutto **imparare dagli errori**, condizione imprescindibile per un sistema sanitario più sicuro. Si ritiene pertanto necessario definire un complesso di procedure organizzative per identificare, valutare e ridurre, laddove possibile i rischi dei pazienti, dei visitatori, dei dipendenti e di tutta l'organizzazione: un programma, cioè, finalizzato a ridurre l'incidenza degli eventi indesiderati preventivabili e la perdita economica che ne deriva.

Gli obiettivi individuati sono:

- costruire un **sistema organizzativo** per la gestione del rischio clinico;
- predisporre e gestire un sistema per la rilevazione e **l'analisi dei rischi**;
- diffondere le **buone pratiche** in uso per la sicurezza del paziente.

Particolare attenzione meritano anche le seguenti problematiche:

- la creazione di condizioni di **sicurezza lavorativa** e per i **cittadini** nelle strutture del Servizio sanitario, con particolare riferimento alla realizzazione di condizioni strutturali e organizzative idonee nella gestione ordinaria delle stesse ma anche per far fronte ad eventi straordinari come le grandi calamità;
- il tema del **rischio clinico**, particolarmente attuale e impegnativo. Si tratta di questione comune ai servizi sanitari di tutti i Paesi per l'alto numero di

fenomeni indesiderabili che si manifestano a danno dei cittadini e dei lavoratori e che assume forte evidenza anche in Italia.

Per l'organizzazione ottimale per la gestione del rischio clinico si prevede la costituzione di un **gruppo tecnico regionale** con il compito di realizzare iniziative, promuovere azioni finalizzate e migliorare gli standard di qualità dell'assistenza sanitaria.

A livello regionale sarà costituito un **gruppo di coordinamento** formato dai responsabili del rischio clinico di ciascuna azienda

Presso ogni azienda sanitaria ed ospedaliera dovrà essere costituito un **gruppo per il risk management**.

Per la rilevazione dei rischi è già attivo un protocollo di segnalazione degli **eventi sentinella** elaborato dal Ministero della Salute per supportare le Regioni e le Aziende sanitarie ed Ospedaliere nella sorveglianza e gestione degli eventi sentinella su tutto il territorio nazionale.

La diffusione delle buone pratiche in uso per la sicurezza del paziente dovrà consistere nell'allestimento di **linee-guida** e **protocolli nella gestione del rischio**. La cura erogata secondo le più recenti linee guida e protocolli è, infatti, per il paziente la migliore garanzia di un trattamento appropriato e pertanto la migliore tutela del suo stato di salute. L'adattamento delle linee guida al contesto reale in cui si opera si traduce nella costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle raccomandazioni che devono essere divulgati e ampiamente utilizzati nelle Aziende sanitarie e ospedaliere.

Oltre alla diffusione delle raccomandazioni ministeriali relative al corretto utilizzo del cloruro di potassio, alla corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e la relativa procedura, per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico è prevista la realizzazione di **specifici progetti** per la sicurezza dei pazienti, la cui implementazione costituirà un ulteriore obiettivo del piano sanitario:

- la partecipazione al progetto inter-regionale "**cure sicure**", predisposto dal Ministero della salute, secondo gli obiettivi così articolati:
 - ❖ sviluppare sistemi di segnalazione rapida degli eventi sentinella e delle epidemie, e di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza;
 - ❖ definire i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie con riferimento anche alla prevenzione e al controllo delle infezioni;
 - ❖ promuovere l'adesione a pratiche assistenziali di dimostrata efficacia, attraverso la diffusione di linee guida comuni e di programmi formativi del personale facenti parte dell'ECM;
 - ❖ realizzare programmi di corretta informazione dei cittadini sui rischi associati all'assistenza sanitaria e sulle azioni del Servizio sanitario regionale miranti a ridurre tali rischi.
- la **campagna per il lavaggio delle mani**: per promuovere e facilitare l'igiene delle mani degli operatori sanitari e degli utenti dell'ospedale, mediante l'utilizzo, nelle aree a maggior rischio di trasmissione d'infezioni, di soluzioni idroalcoliche per il lavaggio delle mani senz'acqua;
- la **sorveglianza delle infezioni ospedaliere** del sito chirurgico.

Per quanto concerne specificamente le terapie farmacologiche, l'introduzione di metodi di rilevazione dell'entità e della tipologia degli errori farmacologici, l'attivazione della prescrizione informatizzata, l'uso di sistemi di preparazione centralizzata degli infusionali e la distribuzione personalizzata (c.d. dose unitaria) comporta la **riduzione del rischio da farmaci** attraverso il monitoraggio delle fasi che portano il farmaco al paziente (prescrizione, trascrizione, preparazione, dispensazione, distribuzione, somministrazione). A ciò si accompagnano significative economie legate alla razionalizzazione delle scorte di reparto, al risparmio di tempo infermieristico che può essere dedicato alle attività assistenziali, nonché al mancato trattamento degli eventi avversi prevenibili.

La Regione promuoverà e sosterrà l'attivazione di **progetti** che prevedano l'adozione, negli ospedali coinvolti, di metodi di rilevazione dell'entità e della tipologia degli errori farmacologici, l'attivazione della prescrizione informatizzata, l'uso di sistemi di preparazione centralizzata, e la distribuzione personalizzata - dose unitaria. L'adozione di questi sistemi consentirà di individuare in tempo reale prescrizioni improprie, di evitare errori di preparazione e somministrazione e di comprimere i costi.

2.6 La sostenibilità del sistema di servizi

Alla fine degli anni sessanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità prometteva "*Health for all in year 2000*". L'anno 2000 è arrivato ma non è ancora stato raggiunto l'ambizioso e ottimistico obiettivo; questo non solo in aree del mondo meno fortunate. Gli ultimi della fila, i paesi più poveri del mondo, sono forse precipitati da allora verso situazioni di maggiore emarginazione e povertà, in direzioni opposte all'obiettivo di salute, con mortalità e morbilità per cause che nel resto del mondo si riesce invece a controllare e contenere. Ma l'obiettivo è lontano anche in realtà collocate ai primi posti della fila, come gli Stati Uniti e altri paesi che ricoprono posizioni di assoluto rilievo per ricchezza e sviluppo tecnologico e scientifico; per essi l'obiettivo "salute per tutti" sembrerebbe a portata di mano: ma non è così, perché il modello sociale penalizza l'accesso alla sanità di ampie fasce di popolazione.

Sotto questo profilo, sta certamente meglio la vecchia Europa occidentale, che in qualche modo è riuscita, nonostante il ribollire ideologico e sociale che l'ha travagliata nell'ultimo secolo e anche se non in maniera omogenea, a declinare un grado avanzato di sviluppo economico con un modello sociale che considera la tutela della salute diritto di tutti i cittadini.

Anche nella vecchia Europa si è comunque lontani dal raggiungere l'obiettivo della "salute per tutti": mentre la medicina continua a sviluppare capacità, conoscenze e tecnologie per la diagnosi e la cura, il traguardo si sposta continuamente sempre più avanti. La criticità nel raggiungimento dell'obiettivo non è legata solo alla continua emersione di nuove problematiche e patologie - la BSE ne costituisce esempio recente e drammatico - ma è soprattutto effetto indotto dal miglioramento della medicina e conseguenza della continua evoluzione del concetto di salute e del modo di percepirla da parte della società.

Il progresso della medicina infatti assicura la sopravvivenza, ma raramente la completa guarigione, da malattie in precedenza letali, aumentando la consistenza della fascia di soggetti che richiedono cure continue e complesse per

periodi di lunga durata se non per il resto della vita. Questi effetti indotti dai successi della medicina non sono evidenti solo per eventi o casistiche particolari, come trapianti e terapie sostitutive di organi o apparati, ma accompagnano spesso le nuove acquisizioni della maggior parte delle specialità e delle tecnologie mediche e chirurgiche più avanzate, dalla cardiologia all'oncologia.

A questa parte della "domanda di salute", che si accompagna allo sviluppo dell'offerta di servizi sanitari e determina una crescita esponenziale di costi sociali ed economici, si somma un fenomeno che nasce direttamente dalla società civile come evoluzione del concetto di stato di salute e diversa percezione da parte del singolo del proprio livello di benessere psico-fisico.

Questo fenomeno assume peso progressivamente crescente essendo legato a fattori evolutivi ed intimamente connesso ad elementi in espansione, quali:

- l'**invecchiamento progressivo della popolazione**, che comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio sanitari, legata alla complessità crescente delle patologie e dei fattori di comorbidità che accompagnano i processi degenerativi e di cronicizzazione della malattia ed alla necessità di sviluppare i connessi percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale dell'individuo;
- la graduale **destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale**, rappresentato dalla famiglia e dagli altri strumenti tipici di socializzazione;
- la crescita del livello e della **complessità** degli stimoli negli ambienti relazionali e personali, che inducono sollecitazioni e stress, incompatibili con le capacità individuali di adattamento e determinano stati di disagio e di malessere sociale, specialmente nei più giovani e negli anziani;
- la ricerca di prestazioni e servizi che intervengano a sedare gli stati di malessere e a porre rimedio al disagio e alle difficoltà di fronteggiare il quotidiano, con crescita del ricorso anche a **settori innovativi** e ad offerte delle **medicines alternative**;
- lo sviluppo di attese sul versante del **miglioramento della percezione di sé** e dell'accettazione delle proprie imperfezioni, vere o presunte, ma sentite come tali rispetto ai livelli mediatici di salute, bellezza, successo e appagamento.

Il difficile compromesso tra fabbisogni crescenti di salute - intrinseci al sistema di sviluppo delle competenze e conoscenze o legati a fattori strutturali di crescita della domanda di prestazioni - e risorse limitate, mediante le quali assicurare l'erogazione delle prestazioni, determina l'effettiva sostenibilità di un sistema universalistico di erogazione dei servizi.

Mediamente negli ultimi anni si registra una crescita di circa il 20 % annuo delle prestazioni più diffuse di diagnostica per immagini, a fronte di risorse che si incrementano complessivamente meno del 4 %; considerando la dinamica assolutamente abnorme della spesa farmaceutica, che, nell'ultimo periodo, ha praticamente assorbito le maggiori disponibilità complessive del sistema sanitario, che opera con risorse stazionarie.

2.6.1 Le risorse disponibili e la sostenibilità del sistema

2.6.1.1 Il finanziamento del Piano sanitario regionale ed il governo della spesa sanitaria

Con il D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, si è completato il passaggio verso il federalismo fiscale in materia sanitaria attraverso l'attribuzione del finanziamento del SSN a totale carico del gettito fiscale delle singole Regioni; il passaggio è stato caratterizzato da poche luci e molte ombre sul provvedimento in questione e tali criticità hanno fortemente ritardato l'applicazione del decreto delegato, creando una forte conflittualità all'interno delle Regioni e tra queste ed il Governo centrale.

Solo con l'accordo dei presidenti delle Regioni siglato a Santa Trada, sono state superate, seppure parzialmente, alcune difficoltà attuative del predetto decreto, anche se gli interrogativi che ancora permangono potranno trovare soluzione solo in sede di applicazione dell'articolo 119 della Costituzione, attraverso la piena e totale condivisione tra le Regioni ed il Governo.

Con l'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, integrato e modificato dall'Accordo 8 agosto 2001, successivamente rinegoziato con le intese del 23.3.2005 e del 28.9.2006 (Nuovo patto per la salute per il triennio 2007/2009), è stato ribadito, nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, il principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni nella tutela della salute dei propri cittadini, da garantire in condizioni di equilibrio economico mediante una corretta gestione del Servizio sanitario.

Nei confronti della popolazione assistita le Regioni sono ormai direttamente responsabili dell'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del Servizio sanitario regionale ricorrendo alla maggiorazione del prelievo fiscale o della compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni sanitarie erogate.

Da tale assunto derivano i controlli di competenza delle Regioni sull'attività delle Aziende del Servizio sanitario regionale, obbligatoriamente previsti nel Patto per la Salute:

- le azioni di monitoraggio della spesa;
- le azioni di miglioramento del sistema informativo e del controllo direzionale;
- le azioni di miglioramento dell'organizzazione sanitaria, dell'appropriatezza e dei connessi eventi di formazione e sviluppo delle tecnologie di controllo ICT;
- le azioni di promozione della salute e di prevenzione per il miglioramento degli esiti delle azioni di piano.

2.6.1.2 L'analisi della spesa sanitaria con riferimento ai livelli di assistenza

L'analisi della spesa regionale relativa agli anni passati con riferimento ai tre macro livelli di assistenza evidenzia che:

- l'**assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro** assorbe ancora risorse in misura notevolmente inferiore al parametro di fabbisogno nazionale (5%);
- la spesa per l'**assistenza distrettuale** è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica che da sola, allo stato,

assorbe oltre il 18% delle risorse del fondo sanitario sottraendo pertanto quota consistente di quelle che sarebbero destinate all'assistenza distrettuale;

- l'elemento di maggiore criticità è rappresentato dalla spesa per il livello dell'**assistenza ospedaliera**, che assorbe ancora risorse in misura notevolmente superiore al parametro di fabbisogno nazionale (45%).

Con particolare riferimento agli aspetti relativi alla spesa sanitaria si sono rilevate ed evidenziate le seguenti valutazioni in relazione alle aree di maggiore criticità:

- per garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale il problema della spesa sanitaria riconosciuta è centrale e vincolante. Infatti, è innegabile, ormai da molti anni, che il confronto, tra fabbisogno finanziario effettivo del Servizio Sanitario Nazionale prima, e di quello Regionale poi, e fabbisogno finanziario riconosciuto dal governo centrale, evidenzia una situazione di **sottostima persistente delle risorse destinate al SSN**;
- le valutazioni desumibili da un primo esame della composizione della spesa sanitaria regionale negli ultimi anni, segnalano tuttavia alcuni elementi causali specifici dell'attuale sistema sanitario regionale, quali:
 - ❖ **l'ancora troppo elevato tasso di ospedalizzazione** (collegato ad una struttura di offerta che, nel complesso, continua ad essere sovradimensionata), non in linea con quelli che sono i vigenti parametri nazionali e con una **quota rilevante di ricoveri effettuati fuori Regione** che comporta la sottrazione di considerevoli risorse finanziarie al SSR; il mantenimento della **spesa farmaceutica** ad un valore **al di sopra** di quanto previsto **dalla programmazione nazionale**;
 - ❖ la quota di **spesa** correlata agli **elevati e non sempre appropriati consumi** di prestazioni di **specialistica ambulatoriale**;
 - ❖ il **crescente costo del personale**, ancora impiegato in un numero eccessivo di strutture e presidi ospedalieri con la conseguenza di contribuire in maniera determinante al dato del costo medio per attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
 - ❖ **sottoutilizzo di alcuni fondamentali fattori produttivi** quali: personale, attrezzature, sale operatorie, laboratori. Ciò è causa da una parte, di gravi diseconomie e, dall'altra di una insufficiente offerta di servizi ai cittadini che determina parte delle fughe verso altre Regioni per patologie di bassa intensità.

A fronte di tali criticità sono state adottati criteri fortemente innovativi con programmazione intrapresa già nel 2006. In tale ottica la programmazione regionale deve mirare a garantire ai cittadini una offerta qualitativamente e quantitativamente più adeguata ed uniforme su tutto il territorio regionale, in grado di ridurre il fenomeno della mobilità verso altre regioni ed anche all'interno.

Il sistema di finanziamento delle Aziende del SSR deve assicurare oltre che la garanzia dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini, anche l'equità distributiva delle risorse finanziarie disponibili e la sostenibilità economico-finanziaria del sistema attraverso l'applicazione delle percentuali previste dalla programmazione sanitaria nazionale per l'assegnazione delle **risorse complessivamente disponibili ai tre livelli essenziali di assistenza**:

- 5 % per il livello dell'assistenza sanitaria collettiva;
- 51 % per il livello dell'assistenza distrettuale;
- 44 % per il livello dell'assistenza ospedaliera.

Oltre al riequilibrio interno tra i livelli di assistenza il sistema di finanziamento deve inoltre prevedere:

- l'**omogeneità** nel territorio regionale dell'erogazione dei livelli di assistenza;
- l'assegnazione ad ogni **azienda sanitaria** di un **finanziamento pro-capite per cittadino residente**, corretto sulla base dei valori relativi alla mobilità sanitaria provvisoriamente stimata, secondo il modello nazionale, con l'aggiornamento dei valori stessi con conguagli attivi e passivi in relazione alla produzione effettivamente resa; lo stesso criterio dovrà essere adottato per l'individuazione del budget separato da assegnare agli ambiti territoriali del Pollino-Sibaritide, di Lamezia Terme e Palmi-Locri;
- il finanziamento budgettario delle **Aziende ospedaliere** sulla base della **remunerazione tariffaria delle prestazioni** appropriate ed effettivamente erogate in regime di ricovero e di specialistica ambulatoriale per esterni, provvisoriamente stimate secondo gli ultimi dati disponibili, con conguagli attivi o passivi in relazione alla produzione effettivamente resa;
- il **finanziamento al costo sostenuto** dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere per le **funzioni non tariffabili**;
- la **remunerazione a tariffa** stabilita dalla Regione per le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per tutte le strutture pubbliche e private accreditate, entro **un tetto massimo economico invalicabile predefinito**;
- una specifica quota di **finanziamento finalizzato** per la **ricerca**, la **formazione**, il **sistema dei trapianti e delle donazioni**, e delle **malattie rare** e per i **centri di riferimento regionale**. In particolare, per quanto riguarda la ricerca, viene destinata una quota del fondo sanitario regionale non inferiore allo 0,3 %.

2.6.1.3 Le risorse disponibili nel triennio 2007 - 2009

Il nuovo Patto per la Salute si caratterizza per gli aspetti, di seguito indicati, fortemente qualificanti ma anche di criticità.

Il finanziamento per l'anno 2007 è stato fissato a livello nazionale in 96 miliardi, con una percentuale di + 6,8% rispetto all'anno precedente. Inoltre, le risorse per l'anno 2008 vengono fissate in 99 miliardi e per l'anno 2009 per 102 miliardi; le ricadute per la Calabria, sulla base dei criteri di riparto per l'anno 2007 stabiliti dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni che assegnano alla € 3,208 miliardi consentono di stimare le risorse anche per l'anno 2008 in € 3,313 miliardi e per l'anno 2009 in € 3,416 miliardi.

Il finanziamento dell'anno 2007, che avrà ricadute sugli esercizi successivi, è ulteriormente incrementato di 2 miliardi, solo in presenza di attivazione di misure di contenimento determinate a livello centrale quali:

- la manovra AIFA sulla spesa farmaceutica attraverso una riduzione del prezzo dei farmaci,
- l'introduzione della compartecipazione alla spesa sulle prestazioni specialistiche (*ticket*),
- riduzione delle tariffe delle prestazioni di laboratorio che incide in misura determinante in quelle regioni dove è maggiormente presente il privato accreditato.

Il Patto per la Salute introduce una serie di misure, strumenti, tavoli di negoziazione, di seguito indicati, che costituiscono punti qualificanti della manovra patto ed attribuiscono alle regioni altrettanti strumenti di governo:

- **l'eliminazione del vincolo di accantonamento di 1,2 miliardi relativo allo sfondamento della spesa farmaceutica oltre il 13%:** su tale elemento positivo, grava la circostanza che, in caso di superamento del tetto, scattano automaticamente l'introduzione dei ticket per garantire la copertura del 40% del superamento del tetto;
- l'apertura di un **confronto negoziale con il Governo per il monitoraggio della spesa farmaceutica;**
- l'attenuazione dei vincoli riguardo all'**assunzione di personale;**
- la **revisione straordinaria dei livelli di assistenza;**
- la definizione di un **set di indicatori** da utilizzare per la **verifica dei livelli di assistenza;**
- la possibilità di **programmare gli interventi di edilizia sanitaria aumentando la disponibilità di 3 miliardi** da destinare all'innovazione tecnologica ed al **superamento del divario nord-sud;**
- l'immissione di strumenti per la **realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio;**
- l'immissione di **misure per promuovere l'appropriatezza prescrittiva;**
- la definizione di **standard di dimensionamento della rete ospedaliera;**
- misure per la **realizzazione dell'integrazione socio sanitaria.**

2.6.2 Il finanziamento del Servizio sanitario regionale

2.6.2.1 Criteri generali e prospettive

Il sistema di finanziamento determina i criteri di allocazione delle risorse in un settore che si caratterizza per un permanente squilibrio strutturale fra domanda e offerta.

Più che in ogni altro settore, in sanità chi offre i servizi si trova infatti in una posizione tale da poter determinare, con ampi margini di discrezionalità, ciò che è necessario e utile al paziente, senza che questi né alcun altro soggetto in suo nome, sia in grado di valutare precisamente la qualità e l'appropriatezza dei servizi offerti.

2.6.2.2 Gli obiettivi di riequilibrio

La spesa corrente per il finanziamento dei livelli di assistenza del Servizio sanitario regionale è stata caratterizzata sino ad oggi da tre squilibri fondamentali:

- lo squilibrio tra risorse disponibili e risorse effettivamente impiegate anno per anno;
- l'estrema variabilità tra ambiti territoriali delle quote capitarie a disposizione dei cittadini residenti;
- lo squilibrio a favore dell'assistenza ospedaliera delle risorse impiegate per gli altri macro livelli assistenziali.

Obiettivo prioritario del riequilibrio è quello di rendere la spesa compatibile con le risorse impiegate, attraverso l'incremento della efficienza e della appropriatezza. Tale compatibilità tra livelli di spesa e risorse deve essere garantita sia a livello programmatico (definizione del fabbisogno e priorità), che gestionale (monitoraggio della spesa, qualificazione del management, sistemi incentivanti).

2.6.2.3 Obiettivi e criteri generali del nuovo sistema di finanziamento

La trasformazione del sistema di finanziamento deve ispirarsi ai seguenti criteri generali:

- garantire la **sostenibilità finanziaria** del servizio reso da ogni singola azienda e dal servizio sanitario regionale nel suo complesso;
- incentivare l'impiego **efficiente** delle risorse umane e strumentali per realizzare l'incremento delle capacità produttive e dei livelli dei servizi resi al cittadino;
- **promuovere l'appropriatezza** dell'utilizzo dei livelli assistenziali;
- assicurare criteri di finanziamento **trasparenti**, certi ed accompagnati da supporti di legittimazione adeguati;
- incoraggiare **l'innovazione organizzativa** promuovendo l'azione per processi e la produttività secondo modalità differenziate di impiego;
- aumentare il grado di **flessibilità operativa** degli operatori del servizio sanitario.

2.6.2.4 Il governo della spesa sanitaria e le compatibilità economiche del piano

Obiettivi generali del triennio sono il raggiungimento del **pareggio economico a livello aziendale e regionale** ed una equa ed efficiente allocazione delle risorse tra i tre macro-livelli di assistenza (prevenzione, distrettuale ed ospedaliera).

La situazione finanziaria prospettata sostanzialmente più favorevole rispetto al passato rende attuabile l'obiettivo di conciliare con le risorse disponibili le scelte e le azioni contenute nel piano sanitario, connesse al perseguimento dell'appropriatezza e dell'efficacia dell'attività assistenziale e di una maggiore produttività del sistema pubblico.

In particolare, si rendono possibili alcuni interventi strutturali quali:

- la **razionalizzazione dei processi gestionali** dei soggetti erogatori pubblici, per renderli coerenti con il perseguimento degli obiettivi di efficacia, di efficienza e di qualità;
- la **regolamentazione di forme di concorrenza** tra i soggetti erogatori, pubblici e privati, finalizzata ad orientarne i comportamenti allocativi e gestionali ad una maggiore efficienza e qualità dell'assistenza erogata, nonché ad una maggior efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;
- lo **sviluppo programmato dell'attività di prevenzione e dell'attività distrettuale**, indirizzando la domanda verso percorsi assistenziali più appropriati e più economici.

2.6.2.5 Concertazione negoziale tra Regione e Aziende.

Con il federalismo fiscale si apre per la Regione una fase di piena autonomia nella organizzazione del proprio sistema sanitario, a cui deve corrispondere una altrettanto piena responsabilità nell'assicurare livelli di assistenza adeguati ai bisogni manifestati dai propri cittadini.

Nel triennio di vigenza del piano la Regione assume definitivamente il ruolo di ente di regolazione del sistema sanitario, ruolo da svolgere in coerenza con la politica regionale di promozione e di sviluppo degli altri settori di attività connessi alla crescita socio-economica del proprio territorio.

La responsabilizzazione della Regione nella risposta ai bisogni sanitari, nel rispetto dei vincoli economici, passa attraverso la responsabilizzazione delle Aziende sanitarie che devono acquisire il senso di appartenenza ad un sistema complesso da governare ai diversi livelli nella piena condivisione degli obiettivi.

In tale contesto le Aziende sanitarie sono chiamate:

- a **completare il processo di aziendalizzazione** utilizzando a pieno le leve gestionali imprenditoriali e sfruttando al meglio gli spazi di autonomia;
- a **perseguire gli obiettivi di salute ed assistenziali** individuati dal presente Piano in condizioni di efficienza, efficacia ed economicità.

Al fine di corresponsabilizzare le Aziende sugli obiettivi e sui risultati gestionali da realizzare, nel triennio dovranno essere rafforzati gli strumenti di programmazione e controllo già introdotti dalla Legge Regionale 43/96, sia all'interno delle Aziende sanitarie, che nei loro rapporti con la Regione.

2.6.2.5.1 Budget e piani strategici aziendali

La procedura definita di "**concertazione negoziata**" dovrà diventare il momento centrale di partecipazione e condivisione degli obiettivi della programmazione regionale da parte delle Aziende, in modo che obiettivi specifici e relative risorse risultino coerenti con il quadro strategico complessivo regionale.

Al fine della concertazione negoziale annualmente le Aziende sono tenute ad elaborare il budget generale o bilancio economico di previsione che diventa lo strumento attraverso il quale vengono definiti i livelli di costo correlati ai bisogni dei propri cittadini ed ai livelli di attività programmati.

Il budget generale è al suo interno articolato in budget funzionali correlati ai livelli essenziali di assistenza - prevenzione, distrettuale, ospedaliera - ed alle quote di risorse ad esse dedicate.

Il budget viene redatto nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi regionali, in termini di costi e di ricavi e viene presentato alla Regione come proposta per la concertazione negoziata.

Dal momento della sua presentazione prende avvio un processo di negoziazione di tipo *bottom-up*, in cui ogni singola Azienda evidenzia, in termini di fattori produttivi, le proprie necessità rispetto agli obiettivi strategici che la Regione, nell'ambito della programmazione regionale, le ha assegnato.

Le proposte di budget vengono esaminate:

- singolarmente per valutarne la coerenza interna rispetto alle indicazioni ed agli obiettivi economici assegnati dalla Regione (recupero dell'efficienza dei servizi e gestione diretta, riduzione del consumo di farmaci, potenziamento dell'assistenza domiciliare, etc.);
- unitariamente per valutare l'andamento complessivo dei costi e la loro coerenza con gli obiettivi di stabilizzazione della spesa (costo complessivo del personale, costo applicazione del contratto, costo della spesa farmaceutica, costi per mobilità passiva).

In entrambi i casi vengono utilizzati set di indicatori regionali di attività e di risorse costruiti sulla base dei dati dell'ultimo triennio e che afferiscono alle aree assistenziali della prevenzione dell'attività distrettuale e dell'attività ospedaliera.

I costi aziendali vengono, inoltre, valutati attraverso il raffronto con parametri regionali relativi a:

- costo medio complessivo del personale;
- costo medio della dirigenza e del comparto;
- trend di crescita dei beni e servizi;
- indici di produttività;
- indici di economicità.
- gestione delle risorse umane;
- gestione dei fabbisogni di investimento;
- riequilibrio dei consumi di prestazioni tra i diversi livelli assistenziali;
- riequilibrio complessivo nell'ambito del livello di finanziamento.
- recupero dell'efficienza e della funzionalità dei Servizi sanitari a gestione diretta con particolare riferimento ai presidi delle Aziende ospedaliere.

Il processo di concertazione si va così a delineare come sistema di governo condiviso Regione/Aziende, che consente:

- la valutazione della gestione in termini di risultati oggettivi raggiunti a consuntivo sulla base dei quali riprogrammare e rimodulare gli interventi;
- la responsabilizzazione sul raggiungimento dei risultati specifici assegnati.
- Il budget concordato diventa il parametro di valutazione della gestione aziendale complessiva.

È sulla base delle indicazioni contenute nel piano sanitario che il Direttore Generale viene valutato nella sua capacità di governare l'Azienda e di condurla verso il raggiungimento di risultati di salute e assistenziali compatibili con le risorse disponibili assegnate.

La concertazione negoziata, quindi, assume sempre più il significato di un patto interno alla Regione a garanzia della stabilità finanziaria e ad evitare imposizioni fiscali aggiuntive ai cittadini per il sostegno di un sistema sanitario ancora in via di riqualificazione in termini di offerta e di domanda.

Il budget quindi evidenzia la nuova centralità che gli aspetti economici assumono nel nuovo contesto del federalismo, della regionalizzazione del sistema sanitario e della responsabilizzazione della Regione e delle Aziende.

2.6.2.6 Controllo di gestione e sistema generale budgetario

Il D.lgs. del 30 luglio 1999, n. 286, ha introdotto norme per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche.

Le Aziende sanitarie ed ospedaliere devono dotarsi di un'ideale organizzazione amministrativa e contabile nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e funzionalità dei sistemi di controllo, secondo i principi generali fissati dal D.lgs. 286/99.

In particolare le Aziende devono prevedere l'articolazione dei controlli interni in quattro diverse tipologie di funzioni:

- Controllo delle regolarità amministrativa e contabile
- Controllo di gestione
- Valutazione del personale
- Controllo strategico.

La Giunta regionale adotta appositi atti di indirizzo per l'attuazione dei controlli interni nelle Aziende del servizio sanitario regionale.

2.6.2.7 Il sistema informativo di supporto alla gestione del budget

Il sistema informativo regionale previsto deve permettere l'analisi per linee di attività dei consumi in ogni unità organizzativa.

Occorre per far ciò basarsi sull'esistente valorizzando gli elementi informativi disponibili ed armonizzandone l'utilizzo e la comparazione, anche prevedendo i necessari adeguamenti.

Il sistema informativo per la contabilità direzionale deve permettere di analizzare sia i processi produttivi, sia l'utilizzo di risorse in funzione delle attività svolte e dei prodotti realizzati, permettendo la rilevazione analitica dei costi/consumi.

Si prevedono le seguenti fasi:

- **una revisione dell'esistente modello informativo** (fonti, struttura delle basi dati, contenuti informativi, completezza, frequenza della disponibilità) per definire un set comune minimo di dati che costituiscano i debiti/crediti informativi utili e necessari al governo (o quanto meno al controllo) delle funzioni che interessano e che consenta di attribuire ai singoli pazienti prestazioni e relativi costi, anche ai fini della valutazione e controllo dei percorsi clinico-assistenziali;
- **definizione di un programma attuativo** per l'implementazione del set di dati, definendo obiettivi, tempi e risorse.

2.7 Lo sviluppo della qualità dei servizi attraverso l'appropriatezza organizzativa

La sostenibilità del sistema dei servizi richiede una costante ricerca dell'equilibrio tra le risorse limitate e sviluppo della qualità delle prestazioni e dei servizi; risulta pertanto evidente come, a parità di risorse impiegate, la ricerca di criteri operativi ispirati alla qualità totale dell'organizzazione, intesa come massima efficienza possibile a parità di efficacia degli interventi clinico-assistenziali e di appropriatezza delle modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi, costituisca orientamento strategico basilare dell'indirizzo programmatico.

I vincoli di sistema determinano l'obbligo di operare in un quadro di risorse finanziarie limitate, con stazionarietà di alcune voci di spesa e di riduzione della spesa complessiva per il personale: l'appropriatezza organizzativa diviene pertanto la regola da adottare per destinare tutte le **nuove risorse** allo sviluppo dei servizi e delle prestazioni (innovazione organizzativa) e per riorganizzare **quelle in esercizio** in funzione di tale obiettivo (riconversione).

Nel seguito vengono riportati gli indirizzi attraverso i quali orientare nel segno della **qualità totale** il processo di riordino che anima questa programmazione sanitaria.

2.7.1 Le funzioni operative

Una "funzione operativa" è intesa come l'insieme delle attività omogenee sotto il profilo professionale che caratterizzano una determinata attività clinica, sanitaria, assistenziale, tecnica o di supporto operativo. Ogni funzione operativa, quindi, si caratterizza per un insieme tipico di prestazioni professionali o tecniche.

La definizione delle prestazioni tipiche di una determinata funzione operativa fa riferimento alla regolamentazione professionale, alle linee guida di settore, alle indicazioni in materia di qualificazione delle attività o ad altre disposizioni operative condivise.

2.7.1.1 Le funzioni operative ospedaliere

Nelle Tabelle A e B sono rispettivamente indicate le funzioni operative dell'ospedale di riferimento e quelle di ambito regionale.

2.7.1.2 Funzioni operative regionali

Per le funzioni operative regionali viene di norma attivata un'unica unità operativa all'interno dell'area di competenza e sono definite le modalità di integrazione interaziendale per garantire percorsi assistenziali omogenei.

Al fine di sviluppare il livello qualitativo del sistema ospedaliero in rete e di ridurre la mobilità sanitaria extraregionale e quella al di fuori dell'area di competenza, la Giunta regionale è impegnata a promuovere **accordi interaziendali** attraverso i quali sono individuate le modalità di integrazione

funzionale delle strutture e di collaborazione professionale delle equipe per il conseguimento degli obiettivi fissati per il contenimento della migrazione.

Gli accordi interaziendali, come sopra definiti, devono comunque garantire l'equilibrio economico costi / ricavi a livello di area di competenza indicando:

- l'eventuale attivazione di ulteriori unità operative complesse, con l'indicazione di soglie minime di casistica che l'unità operativa deve comunque conseguire per mantenere adeguati livelli qualitativi, ovvero di unità operative semplici, con l'indicazione delle modalità di costituzione e delle specifiche forme di integrazione operativa con l'unità operativa complessa di riferimento;
- le determinazioni da assumere nel caso di strutture organizzative in esubero rispetto ai parametri e ai criteri indicati, prevedendone la soppressione, l'accorpamento, la trasformazione e il mantenimento ad esaurimento.

Per funzioni a carattere regionale presenti in una sola od in alcune Aziende ospedaliere, anche le Aziende sanitarie esterne al bacino di competenza possono partecipare agli accordi interaziendali.

2.7.1.3 I servizi professionali

L'assistenza infermieristica, le attività tecnico-sanitarie e quelle sociali sono organizzate ai sensi della legge 251/2000 e successive modificazioni ed integrazioni (leggi 27/2006 e 43/2006), secondo gli indirizzi che saranno dettati con provvedimento della Giunta regionale.

2.7.1.4 Le strutture organizzative professionali

Le strutture organizzative professionali costituiscono il contenitore organizzativo delle professionalità che caratterizzano una determinata funzione operativa e sono articolate in **unità operative semplici o complesse** in funzione della complessità e del livello di autonomia della struttura.

In una stessa struttura organizzativa professionale, fatte salve specifiche disposizioni legislative, trova collocazione personale appartenente ad una unica professionalità tipica espressione del profilo delle attività che rientrano nella stessa funzione operativa.

Le strutture organizzative professionali ospedaliere sono normalmente assoggettate, per la loro attivazione, a standard dimensionali commisurati alla popolazione residente nel bacino territoriale di riferimento.

2.7.1.5 Le soglie operative

Le denominazioni delle strutture organizzative professionali sono quelle indicate negli allegati al presente documento di piano (tabelle A, B) e sono vincolanti per le Aziende sanitarie e per le Aziende ospedaliere. Per l'azienda ospedaliero-universitaria, le funzioni e la relativa dotazione di posti-letto, nell'ambito di quelli complessivamente assegnati dal piano, saranno individuate nel nuovo protocollo d'intesa Regione - Università Magna Graecia; resta

comunque fermo che, qualunque sia la denominazione assunta, la struttura organizzativa costituita deve fare riferimento ad una delle funzioni operative indicate negli allegati A e B.

Saranno individuate soglie operative, per le funzioni ospedaliere, in relazione alla popolazione afferente.

2.7.2 I dipartimenti

I dipartimenti sono costituiti al fine di integrare funzioni operative per fornire risposte adeguate al bisogno sanitario o socio sanitario in termini di efficacia e di efficienza, e garantire la continuità del percorso assistenziale.

Le Aziende sanitarie e quelle ospedaliere determinano ***l'attivazione dei dipartimenti*** disponendo l'integrazione delle strutture organizzative professionali omogenee ***sulla base dei seguenti indirizzi***:

- A. la costituzione di un dipartimento è possibile solo mediante l'aggregazione di almeno ***tre*** unità operative complesse;
- B. l'aggregazione funzionale è attivabile in relazione ai seguenti ***principi di omogeneità dei processi assistenziali***:
 - ❖ aggregazione per aree funzionali omogenee (medica, chirurgica, materno-infantile);
 - ❖ aggregazione per patologie di organo o di apparato;
 - ❖ aggregazione per finalità di intervento;
 - ❖ aggregazione per aree di intensità assistenziali omogenee.

Le Aziende attivano l'organizzazione dipartimentale sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali sulla base di quanto stabilito dal presente documento di piano e delle disposizioni contenute negli atti di indirizzo adottati con deliberazione della Giunta regionale.

I dipartimenti extra-ospedalieri e misti, compreso quello di prevenzione, avranno un bacino di utenza pari a quello previsto per l'ambito territoriale

Tabella A - Il presidio ospedaliero di riferimento: funzioni operative, strutture organizzative e relative soglie.

Funzione operativa	Struttura organizzativa
Analisi chimico cliniche	Analisi chimico cliniche
Anatomia, istologia patologica e citodiagnostica	Anatomia, istologia patologica e citodiagnostica
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva polifunzionale e terapia del dolore	Anestesia e rianimazione
Assistenza neonatale	Neonatologia
Cardiologia, UTIC, riabilitazione cardiologica	Cardiologia con UTIC
Chirurgia generale	Chirurgia generale
Dermatologia	Dermatologia
Diabetologia ed endocrinologia	Diabetologia ed endocrinologia
Direzione sanitaria di presidio	Direzione sanitaria di presidio
Farmaceutica ospedaliera	Farmacia ospedaliera
Fisica sanitaria	Fisica sanitaria
Geriatría anche in ambito extraospedaliero	Geriatría
Immunoematologia e medicina trasfusionale	Immunoematologia e medicina trasfusionale
Medicina fisica e riabilitazione, anche in ambito territoriale	Recupero e rieducazione funzionale
Medicina generale	Medicina generale
Medicina d'urgenza e accettazione - astanteria - osservazione breve	Pronto soccorso
Medicina nucleare	Medicina nucleare
Nefrologia e dialisi	Nefrologia e dialisi
Neurologia, neuro-fisiopatologia e riabilitazione neurologica	Neurologia
Oculistica	Oculistica
Oncologia medica	Oncologia medica
Ortopedia e traumatologia, compresa riabilitazione ortopedica	Ortopedia e traumatologia
Ostetricia e ginecologia, anche in ambito territoriale	Ostetricia e ginecologia
Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria
Pediatria, anche in ambito territoriale	Pediatria
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria, compresa riabilitazione	Pneumologia
Psichiatria (SPDC)	Psichiatria
Radiodiagnostica	Radiologia
Urologia	Urologia

Tabella B – Le funzioni ospedaliere regionali: funzioni operative e relative strutture organizzative*

Funzione operativa	Struttura organizzativa
Allergologia ed immunologia clinica	Allergologia ed immunologia
Andrologia	Andrologia
Angiologia	Angiologia
Audiologia e foniatria	Audiologia ¹
Biologia molecolare, citogenetica e cito-biologia	Biologia molecolare ³
Cardiochirurgia	Cardiochirurgia
Cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica	Cardiologia interventistica
Cardiologia pediatrica	Cardiologia pediatrica ²
Chirurgia d'urgenza	Chirurgia d'urgenza
Chirurgia maxillo facciale	Chirurgia maxillo facciale ³
Chirurgia pediatrica	Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica	Chirurgia plastica
Chirurgia toracica	Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare	Chirurgia vascolare
Dietetica e nutrizione clinica	Dietetica medica
Ematologia ed ematologia dei trapianti	Ematologia
Emostasi ed emofilia	Emostasi ed emofilia
Gastroenterologia	Gastroenterologia
Genetica medica	Genetica medica
Grandi ustioni, anche in ambito pediatrico	Grandi ustioni ³
Ingegneria clinica	Ingegneria clinica
Malattie infettive	Malattie infettive ⁴
Microbiologia e virologia	Microbiologia ⁴
Microchirurgia ricostruttiva della mano	Microchirurgia ricostruttiva della mano ³
Nefrologia dei trapianti	Nefrologia ⁵
Nefrologia pediatrica	Nefrologia pediatrica ²
Neurochirurgia e neuro-traumatologia	Neurochirurgia
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile ²
Neuroradiologia	Neuroradiologia
Neuro-riabilitazione	Neuro-riabilitazione ³
Odonto-stomatologia	Odonto-stomatologia
Psicologia e psico-oncologia	Psicologia
Radioterapia	Radioterapia
Reumatologia	Reumatologia
Riabilitazione cardiologia	Riabilitazione cardiologica
Rianimazione e terapia intensiva pediatrica	Rianimazione pediatrica ²
Neonatologia e terapia intensiva neonatale	Neonatologia e terapia intensiva neonatale
Tossicologia – centro veleni	Tossicologia ³
Unità spinale	Unità spinale ³
Laboratorio autonomo di virologia	Virologia ³

* Le funzioni regionali, in relazione al bacino d'utenza ottimale ed alla rilevanza della casistica, potranno essere allocate nelle Aziende ospedaliere o motivatamente negli ospedali di riferimento delle Aziende sanitarie, secondo le previsioni del piano sanitario regionale.

1) due UU.OO. in ambito regionale. La funzione di protesistica cocleare è confermata presso l'Azienda ospedaliera - universitaria di Catanzaro.

2) una in ambito regionale presso il polo pediatrico di Cosenza

3) una in ambito regionale

4) Sono confermate le UU.OO. di malattie infettive nei presidi dove già operano; negli stessi dovrà essere completata l'attivazione delle UU.OO. di microbiologia e virologia

5) funzione assegnata alla U.O. di riferimento dell'azienda ospedaliera di Reggio Calabria

2.8 Il riordino della rete ospedaliera

Pur nel quadro di una forte differenziazione degli assetti strutturali ed organizzativi in ambito regionale, operano sul territorio dinamiche di riordino della rete ospedaliera con caratteristiche comuni in termini di obiettivi generali, di vincoli da superare e di opportunità insite nell'utilizzo di appropriati strumenti di pianificazione strategica. Emerge nella programmazione di settore l'assoluta rilevanza dell'ospedale, sia in relazione alle priorità di intervento che all'impatto consistente in termini di sostenibilità finanziaria dei programmi di investimento, per il forte radicamento nelle comunità locali dell'ospedale, come presidio sanitario e come risorsa sociale ed economica.

Anche in presenza di parametri e contesti di riferimento molto differenziati, gli orientamenti generali dei programmi di investimento sono finalizzati alla deospedalizzazione dei percorsi assistenziali ed allo sviluppo delle cure primarie e dei servizi territoriali, governati dalle seguenti dinamiche:

- **meno ricoveri ospedalieri;**
- **ricoveri più qualificati** e limitati alla fase acuta della patologia, quindi ricoveri brevi ed in contesti ad alta e media intensità assistenziale;
- **più servizi sul territorio**, residenziali, domiciliari, distrettuali;
- **più servizi di prevenzione** e di educazione alla salute.

Il riordino dei presidi ospedalieri è quindi finalizzato alla **semplificazione** ed al **rinnovo della rete**, con un insieme rilevante di interventi di radicale ristrutturazione, di sostituzione di strutture ospedaliere; lo sviluppo dei servizi territoriali si realizza anche attraverso operazioni di riconversione totale o parziale degli ospedali.

La **programmazione ospedaliera privilegia:**

- il potenziamento delle **attività di ricovero ordinario a carattere specialistico** e di **ricovero diurno**;
- il miglioramento delle **procedure di selezione e di filtro** per il ricovero;
- la riorganizzazione delle **strutture di emergenza-urgenza** e di **pronto soccorso**;
- lo sviluppo di moduli di degenza per **aree funzionali** organizzate per **intensità di cure**.

Gli obiettivi della semplificazione e del rinnovo della rete ospedaliera sono perseguiti soprattutto attraverso la profonda **riorganizzazione degli ospedali portanti delle rete**, i cosiddetti ospedali di riferimento, ricercando prioritariamente:

- l'attivazione di **nuove strutture ospedaliere**, anche attraverso il rinnovo radicale degli stabilimenti esistenti;
- la **qualificazione dei presidi di alta specialità** delle Aziende ospedaliere.

Il processo di programmazione degli investimenti in sanità incontra criticità specifiche delle varie realtà territoriali sovente legate alla storia dell'assistenza sanitaria e sociale ed ai livelli organizzativi e di sviluppo raggiunti dal sistema dei servizi; la caratteristica comune a tutto il territorio regionale è costituita dalla dispersione dei presidi ospedalieri, dalla vetustà degli insediamenti e dall'obsolescenza degli impianti.

In questo quadro di riferimento emergono alcuni elementi che costituiscono le reali opportunità da utilizzare per impostare una impegnativa strategia di riordino della rete ospedaliera; tali opportunità sono in effetti da ascrivere al forte rapporto tra strutture sanitarie e comunità locali, legato anche alla diffusione sul territorio dei presidi sanitari ed alla capacità di collegare tra di loro tempi, risorse e progetti attraverso procedimenti di programmazione e di concertazione interistituzionale.

2.8.1 I parametri organizzativi ed i criteri di dimensionamento del nuovo ospedale

Sotto questo profilo è importante ribadire quanto emerso a livello nazionale dall'analisi condotta per l'individuazione dei principi informatori che appaiono maggiormente rilevanti per la definizione di un Modello di Ospedale: l'ospedale deve essere visto come una risorsa estrema, da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario; deve essere ideato ed organizzato ponendo al centro il paziente, con la sue esigenze di cura ed i suoi bisogni d'assistenza.

Le elaborazioni condotte hanno individuato i seguenti ***dieci principi informatori per il nuovo ospedale per acuti***:

- UMANIZZAZIONE: centralità della persona;
- URBANITA': integrazione con il territorio e la città;
- SOCIALITA': appartenenza e solidarietà;
- ORGANIZZAZIONE: efficacia, efficienza e benessere percepito;
- INTERATTIVITA': completezza e continuità assistenziale con la rete dei servizi socio sanitari territoriali;
- APPROPRIATEZZA: correttezza delle cure e dell'uso delle risorse;
- AFFIDABILITA': sicurezza e tranquillità;
- INNOVAZIONE: rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico;
- RICERCA: impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico;
- FORMAZIONE: aggiornamento professionale e culturale

I principi enunciati si concretizzano nella corretta ***identificazione della funzione ospedaliera***, così espressa:

- la stratificazione dei tipi di casistica trattata
- l'accesso programmato a tecnologie complesse
- il dimensionamento operativo
- il modello organizzativo per aree a diversa intensità assistenziale
- lo sviluppo della professionalità degli operatori e la crescita delle competenze organizzative (formazione continua, ricerca applicata e sperimentazione).

La traduzione in parametri organizzativi e in fattori di dimensionamento di tali elementi costituiscono la griglia per il dimensionamento funzionale e la progettazione sanitaria del nuovo ospedale in rete.

2.8.1.1 La stratificazione dei tipi di casistica trattata

Nell'impianto del nuovo ospedale devono essere valorizzate e sviluppate tutte le competenze ed esperienze per particolari attività o casistiche consolidate nel tempo. L'introduzione del sistema a DRG's ha già modificato profondamente la prassi ospedaliera, determinando una razionalizzazione delle procedure, a partire da quelle diagnostiche.

I risultati conseguiti nella razionalizzazione delle procedure, devono essere consolidati secondo gli indirizzi indicati, anche nella fase transitoria, al fine di raggiungere, ancor prima della attivazione del nuovo modello di rete ospedaliera, un buon livello di organizzazione funzionale con vantaggi immediati per il paziente: da un lato vengono ridotti i tempi d'attesa, dall'altro vengono sviluppate capacità, prontezza diagnostica e tempestività delle cure.

A regime tale riorganizzazione dell'attività diagnostica produce, oltre a vantaggi in termini di efficienza dell'assistenza ospedaliera, anche vantaggi legati al miglioramento dell'efficacia come la riduzione della percentuale d'esami clinici con esito negativo (quindi ragionevolmente inutili) e la diminuzione del rischio di complicanze indotte dal ricovero prolungato (riduzione del danno iatrogeno).

2.8.1.2 L'accesso programmato a tecnologie complesse

Lo sviluppo di un sistema a rete consente di programmare in maniera ottimale l'offerta di servizi e di rendere disponibile, da qualsiasi punto della rete, l'accesso per l'utente.

E' possibile, infatti, strutturando un presidio diffuso e tempestivo delle attività di emergenza ed urgenza, organizzare l'attività di secondo e terzo livello in funzione della necessaria dotazione tecnologica, strumentale e professionale, programmata in riferimento al bacino ottimale di gestione dei servizi a seconda della complessità delle funzioni da svolgere e dell'entità delle risorse necessarie.

2.8.1.3 Il dimensionamento operativo

Il dimensionamento operativo sarà mantenuto tenendo conto dell'equilibrio tra casistica e funzioni necessarie.

Ciascun ospedale dovrà essere dimensionato sulla base del fabbisogno effettivo secondo gli standard organizzativi individuati dal piano sanitario e garantendo una adeguata ubicazione delle strutture (governo territoriale della domanda, caratterizzazione dei presidi della rete per specialità e livello di complessità).

L'attività ospedaliera dovrà essere incentrata sul percorso che parte dalla medicina basata sulle prove di efficacia ed arriva ai risultati, attraverso l'utilizzazione di **linee guida** quali strumenti di applicazione delle conoscenze della moderna medicina, tenendo presente che:

- le linee guida non devono essere considerate come un rimedio fisso ed immutabile, ma come strumento utile per ricondurre a valutazioni oggettive un atto medico fondato sull'individualità di ogni paziente;
- la valutazione dei risultati conseguiti rappresenta l'aspetto nodale del processo assistenziale. Considerato la fase valutativa non sempre si conclude con la dimissione del paziente, è necessario che l'ospedale sia inserito in una rete di servizi che lo seguano nella sua storia naturale, prevedendo un network di comunicazioni e relazioni a servizio dell'effettiva continuità delle cure.

2.8.1.4 Il modello organizzativo per aree a diversa intensità assistenziale

In conseguenza di un dimensionamento operativo prioritariamente orientato alla fase acuta della patologia è indispensabile una nuova organizzazione ospedaliera orientata a migliorare l'efficacia e l'efficienza operativa nella fase acuta della patologia attraverso aree funzionali organizzate per intensità delle cure.

Fattori rilevanti del processo di riorganizzazione sono quelli di seguito indicati:

- l'incremento dell'incidenza delle procedure chirurgiche ed endoscopiche eseguite in via ambulatoriale o in regime di day hospital sul totale delle procedure chirurgiche ed endoscopiche;
- il miglioramento dei processi di pre-ospedalizzazione programmata diagnostico terapeutica e di dimissione protetta e assistita dalla fase acuta ospedaliera;
- la diminuzione degli esami di laboratorio, grazie alla maggiore sofisticazione della diagnostica in genere;
- il miglioramento degli standard operativi delle aree assistenziali destinate alle terapie intensive e sub-intensive;
- l'impiego crescente di tecnologie e procedure informatiche, che può liberare da alcuni vincoli di prossimità e di adiacenza o integrazione funzionale.

Una rete efficace di primo intervento territoriale e l'incremento delle opportunità diagnostiche legato ad una diffusa informatizzazione in tutte le strutture socio-sanitarie territoriali, anche presso gli ambulatori dei medici di famiglia e attrezzando opportunamente le abitazioni dei pazienti, determineranno una riduzione costante degli accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero.

L'impianto organizzativo dipartimentale ha la funzione di tracciare le linee generali dell'integrazione delle attività degli ambiti specialistici, medici e chirurgici, che esistono e che si attiveranno nel prossimo futuro.

Il modello di riferimento è quello dell'area di degenza per intensità di cure, con il superamento dello stereotipo dei reparti organizzati per specialità di cura. Questo modello incentiva la forte integrazione in rete delle singole strutture clinico assistenziali e prevede lo svolgimento di attività ad elevato contenuto tecnologico ed organizzativo. Dovranno essere, quindi, previste degenze unificate ed articolate nei settori omogenei propri delle specificità dell'area di

degenza. Saranno unificate tutte le attività di *day hospital* e *day surgery*, con programmazione dell'accesso e della dimissione orientato al massimo utilizzo delle strutture; tutte le attività ambulatoriali e di supporto clinico ed assistenziale saranno organizzate in macrosettori per garantire un uso razionale e flessibile delle risorse.

Il modello organizzativo delle strutture di degenza sarà quello per aree funzionali a diversa intensità assistenziale e per processi, che garantisce requisiti di continuità della cura, anche in presenza di elevata specializzazione delle equipe, e una maggiore "comunicabilità" col territorio attraverso la dimissione protetta. Le strutture di degenza saranno organizzate per settori funzionali, secondo criteri basati sulle competenze professionali omogenee, legate al mantenimento di standard di servizio condivisi e di livelli comuni di utilizzo delle risorse.

Deve essere attribuita particolare attenzione alla flessibilità d'utilizzo legata alla dinamica della domanda, con spazi di degenza che saranno occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta d'assistenza proveniente dal pronto soccorso e dall'ordinaria accettazione programmata. La riduzione delle procedure chirurgiche assistite da degenza ordinaria ed il trasferimento della casistica verso forme diurne o ambulatoriali richiedono una minore disponibilità di spazi attrezzati di degenza, ma esigono anche una forte flessibilità di spazi ordinari di degenza utilizzati in comune, fatto che determina carichi variabili con periodicità settimanale - *weekly hospital* - sopportabili solo in presenza di una organizzazione flessibile ed orientata a tale tipo di fruibilità.

La separazione delle responsabilità tra quelle legate all'uso delle risorse (spazi fisici, attrezzature e servizi, beni di consumo sanitari, personale) e quelle di natura clinica, consentirà di realizzare il ciclo assistenziale in funzione dell'intensità di cura che s'intende erogare all'ammalato nelle diverse fasi del trattamento; prevedendo la possibilità di una elevata intensità nelle fasi più acute, sarà possibile gestire in modo flessibile il personale infermieristico e tecnico-sanitario, attribuendo all'unità di cura la quantità d'assistenza richiesta dall'ammalato in ciascun giorno, senza la rigidità imposta dall'organico di reparto.

Il processo clinico deve essere configurato in uno schema a matrice ove il malato che entra in una delle strutture dell'area funzionale riceve, durante il processo assistenziale, una serie di prestazioni che identificano il profilo di cura e che portano ad un prodotto finale che rappresenta la capacità d'efficacia del sistema.

2.8.1.5 Lo sviluppo dei professionalità degli operatori e la crescita delle competenze organizzative: formazione continua, ricerca applicata e sperimentazione

L'intero processo di riorganizzazione dovrà essere attuato gradualmente attraverso i consueti meccanismi di coinvolgimento degli operatori all'interno della concertazione sulla qualità dei servizi e dell'organizzazione aziendale.

Accanto alla crescita dei servizi ambulatoriali ed alla riduzione dei tempi di degenza si assisterà, quindi, ad una maggiore richiesta di assistenza monitorizzata e ad un maggior numero di esami e procedure da eseguire in forma organizzata al letto del paziente; questa considerazione richiede parametri di dimensionamento delle aree di degenza che evidenziano una crescita di spazi

attrezzati a scapito di quelli di soggiorno, superflui per malati che, in prevalenza, trascorreranno in ospedale solo brevissimi periodi di degenza per la fase acuta, ed una crescita di correlate competenze e responsabilità organizzative, non facilmente realizzabili senza un adeguata formazione continua *on the job*.

2.8.2 La rete ospedaliera: fabbisogno ospedaliero, dimensionamento dei presidi ed organizzazione interna

Una delle principali cause della scarsa efficienza dell'offerta ospedaliera risiede nella frammentazione della rete, con la presenza di molti piccoli ospedali. Sul territorio regionale insistono infatti 40 stabilimenti ospedalieri pubblici in funzione, compresi quelli delle Aziende ospedaliere e 38 case di cura private accreditate.

In molte Aziende sanitarie la presenza di una pluralità di ospedali pubblici e di case di cura non riesce comunque a garantire efficaci livelli di erogazione dei servizi, appropriate procedure ed adeguate tecnologie, pur impegnando notevoli risorse.

2.8.3 Ospedale di riferimento ed altri presidi della rete

Il riordino dell'assetto istituzionale della Aziende sanitarie territoriali, introdotto dalla legge regionale n. 9/2007, non modifica la necessità di garantire livelli di offerta adeguata dei servizi ospedalieri. In tal senso, in ragione della consistenza della popolazione e della dislocazione degli ospedali pubblici gestiti direttamente dalle Aziende esistenti prima della data del 21 maggio 2007, la riorganizzazione della rete ospedaliera si atterrà ai criteri di seguito indicati:

- in ogni **ambito territoriale delle Aziende** insiste almeno un presidio ospedaliero di riferimento dotato delle funzioni operative e delle discipline specialistiche indicate nell'allegata **tabella A**. L'individuazione del presidio, tenendo conto dell'esigenza di valorizzare il patrimonio immobiliare delle Aziende, non può che ricadere preferibilmente su una delle strutture già presenti in ciascun ambito territoriale, salvo che non emerga la necessità, in considerazione della collocazione, delle caratteristiche e delle dimensioni non adeguate delle strutture esistenti, di realizzarne nuove e più rispondenti allo scopo;
- negli ambiti territoriali ove hanno sede le Aziende ospedaliere di **Cosenza** e **Reggio Calabria**, le stesse assolvono alle funzioni di ospedale di riferimento. Nell'area di **Catanzaro** tale funzione sarà assolta dall'Azienda ospedaliero-universitaria derivante dall'accorpamento delle Aziende ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e "Mater-Domini";
- i presidi ospedalieri di riferimento sono quelli indicati nella Tabella 2.1;

Tabella 2.1 – Individuazione dei presidi ospedalieri di riferimento

<i>Aziende sanitarie provinciali</i>	<i>Ambiti</i>	<i>Presidi ospedalieri di riferimento</i>
Cosenza	Castrovillari-Rossano	Nuovo ospedale della Sibaritide
		Castrovillari
	Cosenza - Paola	Cetraro
		Azienda ospedaliera "Annunziata"
Crotone	Crotone	Crotone
Catanzaro	Lamezia Terme	Lamezia Terme
	Catanzaro	Azienda ospedaliero - universitaria
Vibo Valentia	Vibo Valentia	Nuovo ospedale di Vibo Valentia
Reggio Calabria	Palmi - Locri	Locri
		Nuovo ospedale della Piana
	Reggio Calabria	Azienda ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli"

- le **Aziende ospedaliere**, oltre alle funzioni di riferimento svolte nei confronti dei territori di ubicazione, esercitano di norma quelle regionali riportate nell'allegata **tabella B**; alcune delle predette funzioni saranno svolte esclusivamente presso le Aziende ospedaliere specificamente indicate nel piano sanitario. Le Aziende ospedaliere svolgono inoltre le funzioni di emergenza e urgenza di secondo livello;
- l'**ospedale di riferimento** è dotato di una dimensione sufficiente per garantire la presenza di tutte le funzioni operative indicate nella **tabella A**. la recente riduzione del numero delle Aziende non fa venir meno l'esigenza di realizzare gli ospedali di riferimento nelle aree previste nella tabella 2.1, in quanto sono destinati a garantire i livelli di assistenza dei relativi bacini d'utenza. Tali presidi devono essere **dotati di tutte le tecnologie diagnostiche e terapeutiche**, con particolare riferimento a TC, RMN, angiografia ed ecografia ad alta definizione, oltre a quelle di più ordinario uso. Ovviamente essi devono disporre di **tutte la gamma dei servizi di supporto**: dal laboratorio per le analisi chimico-cliniche, alla radiologia, alla medicina nucleare, alla anatomia patologica, al centro trasfusionale, nonché di servizi atti a garantire le funzioni di **emergenza urgenza di primo livello**;
- in ciascun ambito territoriale sono mantenuti alcuni ospedali pubblici che assicurano, in **integrazione con quello di riferimento** e in funzione dell'effettivo fabbisogno espresso secondo gli standard ospedalieri definiti, alcune funzioni ospedaliere anche in forma di ricovero, secondo le esigenze specifiche dettate dalla estensione e dalle caratteristiche geo-morfologiche del territorio. Essi comunque operano **in rete con l'ospedale di riferimento** attraverso sistemi di mobilità delle equipe mediche e l'utilizzo di reti telematiche e di telemedicina; devono comunque garantire, in relazione alle funzioni ospedaliere per acuti presenti, le attività di **pronto soccorso**;
- presso l'ospedale di Lamezia Terme è istituito il **trauma center - polo traumatologico** regionale che assicura le prestazioni avanzate e la diagnostica di terzo livello in modo unitario ed integrato. Presso il trauma center sono garantite le funzioni di medicina e di chirurgia d'urgenza, di ortopedia e traumatologia, di neurochirurgia, di chirurgia toracica, di chirurgia vascolare, di chirurgia maxillo-facciale; anche con risorse comunitarie

saranno realizzati l'unità spinale, l'unità per grandi ustionati ed il centro di tossicologia clinica regionale.

- le **strutture ospedaliere vengono aggregate** in **presidi unici** come di seguito indicati: ospedali di Cetraro e Praia a Mare; ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza; ospedali di Acri e San Giovanni in Fiore; ospedali di Castrovillari e Mormanno; nuovo ospedale della Sibaritide (Rossano-Corigliano) con Cariati e Trebisacce; ospedale di Crotona; ospedali di Lamezia Terme e Soveria Mannelli; ospedali di Chiaravalle Centrale e Soverato, ospedali dell'azienda ospedaliero-universitaria di Catanzaro; nuovo ospedale di Vibo Valentia con Serra San Bruno, Soriano e Tropea; ospedali di Siderno e Locri; nuovo ospedale della Piana (Gioia Tauro, Palmi e Taurianova) con Oppido Mamertina e Polistena; ospedale di Melito Porto Salvo; ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria.

2.8.4 La rete riabilitativa: riabilitazione e lungodegenza

In ossequio al fabbisogno standard nazionale di posti letto ospedalieri, definito dalle disposizioni normative nazionali in 4,5 posti letto ogni mille abitanti, compresa la riabilitazione e la lungodegenza, la Regione assume i seguenti parametri di dotazione ospedaliera calcolati a livello di ambito regionale, come risulta anche dalla Tabella 2.2:

- **3,7** posti letto ospedalieri ogni mille abitanti destinati alle patologie in fase di acuzie;
- **0,2** posti letto ospedalieri destinati alla riabilitazione in fase intensiva (codice 56, 75 e 28);
- **0,6** posti letto ospedalieri destinati alla riabilitazione estensiva in fase di lungodegenza (codice 60).

Tabella 2.2 - Parametri regionali per la determinazione del fabbisogno di posti letto ospedalieri

<i>Tipologia</i>	<i>Codice</i>	<i>Parametri</i>	<i>Posti letto</i>
Acuti	vari	3,7	7.416
Riabilitazione ospedaliera	28-56-75	0,2	401
Totale		3,8	7.817
Lungodegenza riabilitativa	60	0,6	1.203
Totale		4,5	9.020

2.8.5 La riorganizzazione della rete ospedaliera

Sulla base dei ricoveri effettuati dagli erogatori pubblici e privati nell'anno 2006, si è proceduto, a rideterminare il fabbisogno di posti letto, ordinari e diurni, necessari per garantire lo stesso numero di ricoveri dell'anno 2006, considerando il tasso di occupazione del 75 per cento nei reparti di acuti e dell'80 per cento dei reparti di riabilitazione e lungodegenza.

L'Intesa 23 marzo 2005 prevede un tasso ottimale di utilizzazione dei posti letto del 75 per cento ed un tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri ogni mille

abitanti; per raggiungere questo obiettivo è necessario agire sia sul versante della quantità dell'offerta sia sulla qualità ed appropriatezza organizzativa.

Le strutture non utilizzate quali ospedali per acuti e/o non-acuti sono riconvertiti in piattaforme territoriali attrezzate per garantire un punto di primo intervento nell'ambito della rete per l'urgenza-emergenza, la diagnostica strumentale e di laboratorio avanzata, la dialisi territoriale, le attività specialistiche ambulatoriali, il *day service* e l'assistenza primaria territoriale (Casa della salute, UTAP, ecc).

Per le case di cura accreditate si è prevista la riconversione dei posti letto attualmente accreditati sulla base della rideterminazione dei posti letto, procedendo in via preliminare dall'attivazione dei posti letto diurni e comunque tenendo conto degli effettivi fabbisogni e dei vincoli derivanti dalla citata intesa.

La nuova rete ospedaliera si sviluppa sugli **undici ospedali di riferimento** rappresentati dalle tre Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, dai nuovi presidi della Sibaritide, della Piana di Gioia Tauro e di Vibo Valentia e dai presidi di Crotona, Lamezia Terme, Locri, Castrovillari e Cetraro.

Nelle aree nelle quali è prevista la realizzazione di un nuovo ospedale le funzioni assistenziali, nelle more, vengono garantite dagli attuali presidi.

Oltre ai presidi di riferimento continuano a svolgere **funzioni ospedaliere per acuti** i presidi di Praia a Mare, Trebisacce, San Giovanni in Fiore, Acri, Serra San Bruno, Soverato, Polistena, Melito Porto Salvo e, parzialmente, Cariatì e Soveria Mannelli; questi ultimi due presidi sono destinati a funzioni di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa.

Sono riconvertiti in **strutture ospedaliere per l'assistenza a pazienti non acuti** (riabilitazione e lungodegenza riabilitativa) i presidi di Mormanno, Soveria Mannelli (parzialmente), Soriano, Cariatì (parzialmente), Oppido Mamertina, Chiaravalle Centrale e Siderno (questi ultimi due unitamente a casa della salute).

Sono riconvertiti a **piattaforma sanitaria territoriale** i presidi di Rogliano, Lungro e Mesoraca.

Sono riconvertiti in **casa della salute** i presidi di San Marco Argentano, Paola, Taurianova e Pizzo Calabro.

Per le strutture di Pizzo Calabro e Mesoraca, ancora formalmente destinate ad ospedale, il diverso utilizzo è stato già avviato nell'anno 2006.

La struttura di Cassano rimane destinata a piattaforma sanitaria territoriale ed *hospice*.

Nei presidi che continueranno a svolgere funzioni assistenziali per acuti e nei presidi da riconvertire in strutture di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa è confermata la presenza della diagnostica strumentale e di laboratorio, della dialisi e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Il presidio di Scilla viene aggregato all'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria e diventa sede dell'Istituto sperimentale di medicina clinica avanzata. Vengono **destinati a funzioni non sanitarie** l'ospedale di Gerace, Nicotera, Scalea e Rosarno.

I presidi di Palmi, Gioia Tauro, Corigliano Calabro e Rossano, dopo la realizzazione dei nuovi ospedali, dovranno saranno dismessi e destinati a **funzioni diverse** da quelle ospedaliere.

Si conferma la destinazione del complesso di Girifalco, individuato quale Centro rivolto alle Scienze Motorie d'intesa con l'Università Magna Graecia.

2.8.5.1 Azienda sanitaria provinciale di Cosenza

2.8.5.1.1 Ambito Paola - Cosenza

Nell'ambito sono presenti sei presidi ospedalieri a gestione diretta: presidio di Cetraro, Paola, Praia a Mare, Acri, San Giovanni in Fiore e Rogliano.

Vi sono 17 case di cura accreditate: Cascini, Rosano, Spinelli, San Luca, Hotel Climatoterapico, Villa Ortensia, Santoro, La Madonnina, Madonna della Catena, Misasi, Sacro Cuore, San Francesco, Santa Lucia, Scarnati, Villa del Sole, San Francesco, Villa Verde, Villa degli Oleandri.

I posti letto delle case di cura neuropsichiatriche, per acuti e non acuti, di Villa Verde, Villa degli Oleandri sono interessate dal processo di trasformazione dei posti letto in posti residenziali extraospedalieri afferenti al Dipartimento di salute mentale.

I presidi di riferimento dell'ambito sono rappresentati dalla azienda ospedaliera di Cosenza e dal presidio di Cetraro; quest'ultimo dovrà essere ampliato per raggiungere il rapporto ottimale tra posti letto/mq per come già previsto nella riformulazione del Programma straordinario di investimenti.

Vengono mantenuti in attività con posti letto per acuti i presidi:

- di Praia a Mare, per la sua posizione periferica e di confine con la Basilicata, per evitare un aumento della migrazione extra-regionale e nella considerazione che il presidio registra una significativa (14,1 % sul totale dei ricoveri) quota di ricoveri provenienti dalle regioni limitrofe;
- di Acri e San Giovanni in Fiore, in considerazione delle condizioni oro-grafiche, geomorfologiche, delle difficoltà di comunicazione e della dimensione degli insediamenti urbani presenti nel territorio in cui insistono;

Il presidio di Paola viene riconvertito in Casa della salute in quanto, oltre alla saturazione dell'offerta in relazione al bacino di utenza, la struttura non è suscettibile di adeguato dimensionamento per lo svolgimento di attività di ricovero ospedaliero per acuti in condizioni di efficienza gestionale ed efficacia delle funzioni assistenziali

Rogliano, il quale viene attribuito all'azienda provinciale di Cosenza, viene destinato a piattaforma sanitaria territoriale in quanto, oltre alla saturazione dell'offerta in relazione al bacino di utenza, la struttura non è suscettibile di adeguato dimensionamento per lo svolgimento di attività di ricovero ospedaliero per acuti in condizioni di efficienza gestionale ed efficacia delle funzioni assistenziali

Il presidio di Scalea è destinato ad una funzione non sanitaria in ragione della saturazione dell'offerta nel bacino di utenza,

L'Istituto Papa Giovanni XXIII viene riconvertito in struttura di riabilitazione e lungodegenza con bacino di utenza regionale.

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella:

Posti letto al 31-12-2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Ambito Paola - Cosenza							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180005	P.O. Cetraro	25	92	117	230	20	250
180007	P.O. Paola	19	101	120	0	0	0
180008	P.O. Praia A Mare	11	74	85	75	5	80
	Nuovo P.O. Serra d'Aiello	0	0	0	0	200	200
180018	P.O. Acri	8	76	84	81	0	81
	P.O. Rogliano	7	31	38	0	0	0
180015	P.O. San Giovanni in Fiore	12	72	84	80	0	80
Totale presidi pubblici a gestione diretta		82	446	528	466	225	691
180027	C.C. Cascini	0	100	100			
180026	C.C. Rosano	0	145	145			
180026	C.C. Spinelli	0	60	60			
180083	C.C. San Luca	0	30	30			
180084	C.C. Hotel Climatoterapico	0	30	30			
180024	C.C. Villa Ortensia	0	95	95			
180022	C.C. Santoro	0	40	40			
180021	C.C. La Madonnina	0	100	100			
180044	C.C. Madonna della Catena	0	135	135			
180081	C.C. Misasi	0	60	60			
180028	C.C. Sacro Cuore	0	99	99			
180086	C.C. San Francesco	0	60	60			
180017	C.C. Santa Lucia	0	25	25			
180029	C.C. Scarnati	0	46	46			
180020	C.C. Villa Del Sole	0	70	70			
180018	C.C. Villa Verde	0	100	100			
180030	C.C. Villa Oleandri	0	100	100			
Totale case di cura accreditate		0	1.195	1.195	647	288	935
Totale ambito		82	1.641	1.723	1.113	513	1.626

2.8.5.1.2 Ambito territoriale Castrovillari - Rossano

Nell'ambito territoriale sono presenti otto presidi ospedalieri a gestione diretta, San Marco Argentano, Castrovillari, Lungro, Mormanno, Corigliano, Cariati, Rossano, Trebisacce ed una Casa di cura privata (Madonna delle Grazie).

I presidi di riferimento dell'ambito territoriale sono rappresentati dal presidio di Castrovillari, che dovrà essere ulteriormente potenziato per raggiungere il rapporto ottimale posti letto/mq e dal nuovo presidio della Sibaritide, previsto nel programma straordinario di investimenti che sostituirà gli attuali presidi di Rossano e Corigliano Calabro.

Il presidio di Mormanno è destinato a struttura di riabilitazione e lungodegenza, quello di Lungro a piattaforma sanitaria territoriale e quello di San Marco Argentano a Casa della salute.

Il presidio di Trebisacce è destinato a presidio per acuti per la sua collocazione di confine al fine di ridurre la consistente migrazione verso la Regione limitrofa e per garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza.

Il presidio di Cariati, riconvertito in struttura di riabilitazione e lungodegenza mantiene una dotazione di 30 posti letto per acuti, per garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza.

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella:

Posti letto al 31-12-2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Ambito territoriale Castrovillari - Rossano							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Erogatore		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180079	P.O. San Marco Argentano	16	30	46	0	0	0
180006	P.O. Castrovillari	30	118	148	245	20	265
180009	P.O. Lungro	3	74	77	0	0	0
180013	P.O. Mormanno	8	70	78	0	80	80
180004	P.O. Corigliano	27	127	154	0	0	0
180014	P.O. Cariati	13	63	76	30	80	110
180004	P.O. Rossano	39	114	153	0	0	0
180017	P.O. Trebisacce	9	68	77	72	0	72
	Nuovo ospedale della Sibaritide	0	0	0	310	20	330
Totale presidi pubblici a gestione diretta		145	664	809	657	200	857
180023	C.C. Madonna Delle Grazie	15	76	91			
Totale case di cura accreditate		15	76	91	63	0	63
Totale ambito territoriale		160	740	900	720	200	920

2.8.5.2 Azienda ospedaliera di Cosenza

L'azienda ospedaliera è costituita dagli stabilimenti dell'Annunziata e Mariano Santo con la dotazione di posti letto complessiva indicata nella tabella che segue. Nella stessa tabella sono indicati i posti letto attribuiti all'INRCA.

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009 - Azienda ospedaliera Cosenza - INRCA							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180912	A.O. Cosenza - P.O. Annunziata	67	501	568	688	40	728
180912	A.O. Cosenza - P.O. Mariano Santo	26	97	123			
Totale azienda ospedaliera		93	598	691	688	40	728
180916	INRCA	2	72	74	74	0	74
Totale IRCCS		2	72	74	74	0	74

2.8.5.3 Azienda sanitaria provinciale di Crotone

Nella azienda sanitaria provinciale è presente l'ospedale a gestione diretta di Crotone che costituisce ospedale di riferimento. Sono presenti inoltre 6 case di cura private accreditate (Santa Rita, Romolo Hospital, Calabrodental, Villa Giose, Oliveti e Istituto Sant'Anna). Nei posti letto assegnati all'azienda sanitaria sono compresi quelli di livello regionale dell'unità di risveglio, gravi cerebro-lesioni e neuro-riabilitazione dell'Istituto Sant'Anna. Si conferma la destinazione piattaforma sanitaria territoriale della struttura di Mesoraca. La dotazione complessiva dei posti letto è indicata nella seguente tabella:

Posti letto al 31-12 2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Azienda sanitaria provinciale di Crotone							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180045	C.C. Santa Rita	0	70	70			
180054	C.C. Istituto Sant'Anna	6	154	160			
180085	C.C. Romolo Hospital	0	70	70			
180044	C.C. Villa Giose	0	100	100			
180046	C.C. Oliveti	0	65	65			
180101	C.C. Calabrodental	6	0	6			
Totale case di cura accreditate		12	459	471	224	190	414
180032	P.O. Crotone	85	334	419	383	20	403
Totale presidi pubblici a gestione diretta		97	406	503	383	20	403
Totale ambito		109	865	974	607	210	817

2.8.5.4 Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro

2.8.5.4.1 Ambito territoriale Lamezia Terme

Nell'ambito territoriale sono presenti due ospedali a gestione diretta (Lamezia Terme e Soveria Mannelli) ed una Casa di cura.

Il presidio di Lamezia Terme sarà il presidio di riferimento aziendale nel quale sono previste le funzioni regionali relative al trauma center; il presidio di Soveria Mannelli sarà riconvertito in struttura di riabilitazione e lungodegenza, mantenendo una dotazione di 30 posti letto per acuti, per garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza.

Nell'ambito territoriale sono previsti i posti letto di riabilitazione da destinare al Centro protesi INAIL che fa riferimento ad un bacino di utenza interregionale (Italia Meridionale).

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella.

Posti letto al 31-12 2006 e previsioni PSR 2007 - 2009 - Ambito territoriale di Lamezia Terme							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180051	C.C. Villa Michelino	0	60	60			
Totale case di cura accreditate		0	60	60	54	0	54
180033	P.O. Lamezia Terme	34	236	270	327	0	327
180040	P.O. Soveria Mannelli	11	91	102	30	80	110
Totale presidi pubblici a gestione diretta		45	327	372	357	80	437
	Centro protesi INAIL				0	52	52
Totale					0	52	52
Totale ambito territoriale Lamezia Terme			387	432	411	132	543

2.8.5.4.2 Ambito Catanzaro

Nell'ambito di Catanzaro sono presenti: due ospedali a gestione diretta (Soverato e Chiaravalle Centrale) e sei case di cura private di cui tre multi specialistiche (Villa Serena, Sant'Anna Hospital, Villa Del Sole).

Il presidio di Soverato è destinato a presidio per acuti e quello di Chiaravalle Centrale a struttura di riabilitazione e lungodegenza.

Il presidio di riferimento dell'ambito è rappresentato dalla Azienda Ospedaliero-universitaria di Catanzaro.

I posti letto delle tre case di neuropsichiatriche, per acuti e non acuti, di San Vincenzo, Villa Nuccia e Villa Puca, sono interessate dal processo di trasformazione dei posti letto in posti residenziali extraospedalieri afferenti al Dipartimento di salute mentale.

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella:

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009 - Ambito Catanzaro							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180049	C.C. San Vincenzo	0	100	100			
180048	C.C. Villa Nuccia	0	105	105			
180052	C.C. Villa Puca	0	92	92			
180050	C.C. Villa Serena	3	84	87			
180053	C.C. Villa Santa'Anna	0	90	90			
180043	C.C. Villa Del Sole	15	107	122			
Totale case di cura accreditate		18	578	596	211	80	291
180041	P.O. Chiaravalle Centrale.	13	34	47	0	80	80
180055	P.O. Soverato	9	81	90	90	0	90
Totale presidi pubblici a gestione diretta		22	115	137	90	80	170
Totale ambito Catanzaro					301	160	461

2.8.5.5 Azienda ospedaliero - universitaria di Catanzaro

L'Azienda Ospedaliero-universitaria è costituita mediante accorpamento delle Aziende ospedaliere Pugliese Ciaccio e Mater Domini.

Le attività oncologiche dell'area di Catanzaro vengono unificate al fine di garantire efficacia gestionale e consentire l'immediata richiesta di riconoscimento in I.R.C.C.S.

La dotazione complessiva dei posti letto, distinti per acuti e non acuti, è indicata nella seguente tabella:

<i>Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009</i>							
<i>Area di Catanzaro</i>							
<i>Erogatore</i>		<i>Posti letto 31 dicembre 2006</i>			<i>Proposta PSR</i>		
<i>codice</i>	<i>denominazione</i>	<i>DH/DS</i>	<i>DO</i>	<i>Totale</i>	<i>Acuti</i>	<i>Non acuti</i>	<i>Totale</i>
180913	A.O. Catanzaro	130	504	634			
180914	A.O. Mater Domini	31	110	141			
180917	Polo Oncologico	38	71	109			
Totale		199	685	884	875	20	895

2.8.5.6 Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia

Nella azienda sanitaria sono presenti quattro ospedali a gestione diretta (Vibo Valentia, Tropea, Soriano Calabro e Serra San Bruno) ed una casa di cura.

Il nuovo presidio di Vibo Valentia sarà il presidio di riferimento aziendale; il presidio di Soriano è destinato a piattaforma territoriale mentre quelli di Serra San Bruno e Tropea sono confermati presidi ospedalieri per acuti.

Nell'area insistono i presidi di Pizzo Calabro e Nicotera, mai utilizzati per attività di ricovero ospedaliero. Nel primo è prevista la realizzazione della Casa della salute; per il secondo non è possibile individuare un bacino d'utenza sufficiente a giustificare la destinazione a funzioni sanitarie in condizioni qualitative e di rapporto costi-benefici adeguato.

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella.

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009							
Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180047	C.C. Villa Dei Gerani	0	40	40			
Totale case di cura accreditate		0	40	40	36	0	36
180057	P.O. Serra San Bruno	10	59	69	82	0	82
180056	P.O. Soriano Calabro	35	32	67	0	52	52
180035	Tropea - Vibo Valentia	25	56	81	395	20	415
180034		30	173	203			
Totale presidi pubblici a gestione diretta		100	320	420	477	72	549
Totale ambito azienda sanitaria		100	360	460	513	72	585

2.8.5.7 Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria

2.8.5.7.1 Ambito territoriale Locri - Palmi

Nell'ambito sono presenti sette presidi ospedalieri a gestione diretta; Locri, Siderno, Gioia Tauro, Oppido Mamertina, Palmi, Polistena, Taurianova ed una casa di cura per acuti (Villa Elisa).

I presidi di riferimento sono rappresentati dall'ospedale di Locri e dal nuovo presidio della Piana.

Il presidio di Polistena è destinato ad ospedale per acuti mentre i presidi di Oppido Mamertina e Siderno sono destinati a presidi di riabilitazione e lungodegenza.

La struttura di Taurianova sarà riconvertita in Casa della salute; gli ospedali di Palmi e Gioia Tauro, nell'attesa della costruzione del nuovo presidio della Piana continueranno a garantire la funzione ospedaliera per acuti.

Il presidio di Gerace, mai utilizzato per attività di ricovero ospedaliero, non possiede un bacino d'utenza sufficiente a giustificare il mantenimento della destinazione a funzioni sanitarie in condizioni qualitative e di rapporto costi-benefici adeguato.

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella:

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Ambito territoriale Locri - Palmi							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180069	P. O. Siderno	14	74	88	0	80	80
180059	P.O. Locri	48	261	309	347	20	367
180063	P.O. Oppido Mamertina	4	18	22	0	62	62
180061	P.O. Polistena	13	109	122	121	0	121
180060	P.O. Palmi	3	26	29			
180064	P.O. Taurianova	0	18	18			
180068	P.O. Gioia Tauro	8	38	46			
	Nuovo presidio ospedaliero della Piana	0	0	0	280	20	300
Totale presidi pubblici a gestione diretta		90	544	634	748	182	930
180077	C.C. Villa Elisa	0	90	90			
Totale case di cura accreditate		0	90	90	70	0	70
Totale ambito territoriale		90	634	724	818	182	1.000

2.8.5.7.2 Ambito Reggio Calabria

Nell'ambito sono presenti: due ospedali a gestione diretta (Melito Porto Salvo e Scilla) e cinque case di cura private (Caminiti, Policlinico Madonna della Consolazione, Villa Aurora, Villa Sant'Anna ed Istituto Ortopedico del Mezzogiorno).

Il presidio di Scilla viene aggregato alla Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria. Nell'ambito del presidio verrà attivato l'Istituto Sperimentale di Medicina Clinica Avanzata (con cell factory per la produzione e applicazione delle cellule staminali) e saranno mantenuti i servizi di diagnosi di base

Il presidio di Melito Porto Salvo, riconfermato quale ospedale per acuti, garantirà l'assistenza ospedaliera per i pazienti in cura presso la struttura di Bova Marina dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM).

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella:

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009 - Ambito Reggio Calabria							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180076	C.C. Caminiti	0	53	53			
180074	C.C. Policlinico Madonna della Consolazione	0	360	360			
180073	C.C. Villa Aurora	0	100	100			
180076	C.C. Villa Sant' Anna	0	40	40			
180071	C.C. Istituto Ortopedico del Mezzogiorno	0	172	172			
Totale case di cura accreditate		0	725	725	495	40	535
180062	P.O. Melito Porto Salvo	8	113	121	100	0	100
Totale presidi pubblici a gestione diretta		8	113	121	100	0	100
Totale ambito Reggio Calabria					595	40	635

2.8.5.8 Azienda ospedaliera di Reggio Calabria

L'azienda ospedaliera di Reggio Calabria è costituita dagli stabilimenti Ospedali Riuniti e Morelli.

La dotazione complessiva dei posti, distinti per acuti e non acuti, è quella indicata nella seguente tabella:

<i>Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007 -2009</i>							
<i>Azienda ospedaliera di Reggio Calabria</i>							
<i>Erogatore</i>		<i>Posti letto 31 dicembre 2006</i>			<i>Proposta PSR</i>		
<i>codice</i>	<i>denominazione</i>	<i>DH/DS</i>	<i>DO</i>	<i>Totale</i>	<i>Acuti</i>	<i>Non acuti</i>	<i>Totale</i>
180067	P.O. Scilla	15	68	83	681	35	716
180915	A.O. Reggio Calabria	89	490	579			
<i>Totale azienda ospedaliera</i>		<i>104</i>	<i>558</i>	<i>662</i>	<i>681</i>	<i>35</i>	<i>716</i>

2.8.5.9 Riepilogo generale posti letto

L'offerta totale di posti letto e quella risultante nella tabella seguente::

<i>AMBITI</i>	<i>Previsione PSR</i>		
	<i>Acuti</i>	<i>Non acuti</i>	<i>Totale</i>
Paola - Cosenza (a)	1.187	513	1700
Rossano - Castrovillari	717	200	917
Azienda Ospedaliera Cosenza	688	40	728
<i>Totale provincia Cosenza</i>	<i>2.592</i>	<i>753</i>	<i>3.345</i>
Crotone	607	210	817
<i>Totale provincia Crotone</i>	<i>607</i>	<i>210</i>	<i>817</i>
Lamezia Terme	411	132	543
Catanzaro	301	160	461
Azienda ospedaliero - universitaria Catanzaro	875	20	895
<i>Totale provincia Catanzaro</i>	<i>1.587</i>	<i>312</i>	<i>1.899</i>
Vibo Valentia	513	72	585
<i>Totale provincia Vibo Valentia</i>	<i>513</i>	<i>72</i>	<i>585</i>
Locri - Palmi	818	182	1.000
Reggio Calabria	595	40	635
Azienda Ospedaliera Reggio Calabria	681	35	716
<i>Totale provincia Reggio Calabria</i>	<i>2.094</i>	<i>257</i>	<i>2.351</i>
<i>TOTALE POSTI LETTO ATTRIBUITI</i>	<i>7.393</i>	<i>1.604</i>	<i>8.997</i>
<i>Posti letto non attribuiti</i>	<i>23</i>		<i>23</i>
<i>TOTALE REGIONE</i>	<i>7.416</i>	<i>1.604</i>	<i>9.020</i>

(a) sono compresi i 74 posti letto dell'INRCA

2.9 Eccellenza, alta specialità, ricerca

Il servizio sanitario della nostra Regione presenta deficienze gravi il cui superamento è la ragione stessa della riforma che il presente piano vuole realizzare. Tuttavia nel panorama regionale esistono realtà avanzate, alcune di livello europeo, che sviluppano alta qualità assistenziale, ricerca e applicazione clinica di alto livello. Tali realtà testimoniano la possibilità di sviluppare la qualificazione del servizio ed al contempo contribuire efficacemente allo sviluppo di attività avanzate specie nella ricerca biotecnologica ed in genere delle scienze della vita. In proposito occorre considerare la presenza di tre università che al proprio interno sviluppano attività d'avanguardia in campi quali la bioingegneria, le bio e le nanotecnologie, la ricerca oncologica. Ciò spesso avviene in collaborazione con centri di assistenza e ricerca internazionali di primario livello. Inoltre è da segnalare la presenza di due importanti strutture del CNR con cui alcune qualificate unità operative del servizio sanitario regionale lavorano in radicata sinergia. Alcune strutture ospedaliere sviluppano problematiche di ricerca in settori importanti quali le cellule staminali, la nefrologia, la neurologia, la cardiocirurgia, le cerebro-lesioni acquisite e la neurogenetica. In particolare presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria è presente l'attività di **ematologia, trapianto di midollo osseo e cellule staminali**, e quella di **nefrologia con trapianto** (in collaborazione con il CNR); il CNR è presente anche a Mangone (in provincia di Cosenza) con la sede principale **dell'Istituto di Scienze Neurologiche**, che ha un'altra sede in Calabria a Catanzaro. Presso l'ospedale di Lamezia Terme è presente **Centro regionale di neurogenetica**. Sono presenti altresì alcune attività svolte da strutture private accreditate, a Crotona per le **gravi cerebro-lesioni acquisite** ed a Catanzaro per la **cardiocirurgia**.

Nel campo dell'**oncologia medica**, con particolare riferimento alle Aziende Ospedaliere di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, ma anche in altri presidi esiste una consolidata e qualificata attività clinico-assistenziale.

La presenza di tali realtà suggerisce la necessità di approntare un programma organico ed articolato di sviluppo allo scopo di creare un vero e proprio sistema di alta specialità e di eccellenza nella Regione. L'utilizzo dei fondi comunitari e quello delle risorse previste dal memorandum fra Stato e regioni meridionali consentono di progettare e realizzare un avanzamento sostanziale dell'alta specialità e della attività di ricerca.

Campi fondamentali in cui sviluppare le attività di eccellenza sono prioritariamente indicati di seguito.

2.9.1 L' oncologia

La creazione della rete oncologica regionale, così come delineata nell'apposita azione di piano, consentirà di dare organico sviluppo e qualificazione dell'offerta di prestazioni. Nell'ambito di tale nuova organizzazione saranno valorizzate le attività di ricerca e assistenza attraverso:

- lo sviluppo di attività chirurgiche ad indirizzo oncologico;

- la qualificazione ulteriore delle oncologie mediche e la loro partecipazione a programmi integrati;
- la messa in comune delle risorse umane e strumentali in campo oncologico della Fondazione Tommaso Campanella e dell'ex A.O. Pugliese Ciaccio, integrate con quelle universitarie.

2.9.2 La cardiochirurgia

Nell'ambito della rete cardiologica, così come individuata nell'azione di piano, la cardiochirurgia rappresenta l'attività di massima qualificazione. Essa sarà realizzata nelle aree di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

Nella logica della rete le cardiochirurgie garantiranno le attività di stand-by quale supporto alle attività di emodinamica e cardiologia interventistica presenti nelle strutture del servizio sanitario regionale.

2.9.3 Trapianti

La pregressa programmazione prevedeva l'attività di trapianto di reni articolata nelle tre Aziende ospedaliere; attualmente tale attività è effettivamente praticata presso le Aziende ospedaliere di Reggio Calabria e di Cosenza. Non è stato ancora attivato il centro trapianti di fegato. Inoltre è presente l'attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche a cura del centro unico trapianti dell'azienda ospedaliera di Reggio Calabria con annessa banca delle cellule staminali e del cordone ombelicale.

Il complesso delle attività in atto ha grandi potenzialità che devono trovare uno sviluppo di ampie dimensioni. In proposito, al fine di garantire la gestione delle attività secondo criteri di appropriatezza organizzativa e di sicurezza clinica, viene confermato il centro unico di coordinamento regionale delle donazioni e dei trapianti presso l'azienda ospedaliera di Reggio Calabria, prevedendo che, nell'immediato possano essere svolte, oltre che nella stessa azienda, anche presso l'azienda ospedaliera di Cosenza.

Si conferma la previsione di attivare il trapianto di rene anche nella Azienda ospedaliero - universitaria di Catanzaro in relazione all'incremento delle donazioni e secondo i criteri di sicurezza stabiliti dagli appositi accordi Stato Regioni.

Presso l'Azienda ospedaliera di Cosenza e presso l'Azienda ospedaliero - universitaria di Catanzaro saranno rispettivamente svolte le attività chirurgiche per il trapianto di fegato e per il trapianto di cuore - polmoni.

Allo scopo di realizzare lo sviluppo di un'avanzata attività di assistenza e ricerca clinica sarà promossa, a cura dell'azienda ospedaliera di Reggio Calabria, una sperimentazione gestionale ex articolo 9 bis del D.lgs. 229 per la creazione di un "Istituto di ricerca clinica e terapie cellulari" con sede presso l'ospedale di Scilla.

Tale struttura sarà principalmente dedicata alla produzione, impiego e ricerca di terapie avanzate, con la realizzazione di una cell-factory per le cellule staminali e di laboratori avanzati per la ricerca in ambito cardiovascolare, neurologico, emato-oncologico e della patologia cronica.

Lo stesso istituto inoltre promuoverà studi prospettici epidemiologici di popolazione nei settori indicati. La sperimentazione gestionale sarà aperta alla partecipazione di strutture pubbliche di particolare qualificazione quali le università e istituti di ricerca, ma anche dei privati che possano apportare know-how soprattutto nel versante della produzione di farmaci e presidi innovativi. La sperimentazione gestionale sarà aperta infine alla partecipazione di fondazioni bancarie e altre istituzioni anche estere.

2.9.4 Centro regionale per la cura delle malattie endocrine

Fra le patologie che maggiormente alimentano la mobilità fuori Regione vi è quella relativa alle malattie endocrinologiche. Allo scopo di offrire una qualificata offerta ai cittadini ed evitare le fughe in altre regioni, presso l'azienda ospedaliero-universitaria di Catanzaro verrà costituito in Centro Regionale per la Prevenzione e la Cura delle malattie endocrine.

La Giunta Regionale predisporrà apposito provvedimento per indicare le modalità di realizzazione del Centro ed i rapporti con il complesso del servizio sanitario regionale.

2.9.5 Rete ospedaliera pediatrica e polo pediatrico regionale

La riorganizzazione dell'assistenza pediatrica è necessaria per garantire un'omogenea assistenza ai minori, con standard assistenziali appropriati in grado di migliorare la qualità delle prestazioni, di ridurre la migrazione sanitaria e di soddisfare le esigenze di contenimento della spesa sanitaria.

Il Piano Sanitario Nazionale dà indicazioni sulla necessità di sviluppare e privilegiare l'attività dell'area pediatrica per garantire ogni forma di tutela della salute infantile.

Obiettivi principali sono:

- **riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza perinatale e neonatale** attraverso la riduzione dei punti nascita (abolizione di quelli con numero di parti inferiori a 500 all'anno) e dell'intera rete pediatrica, la garanzia dell'assistenza continua ostetrico-pediatrica in sala parto, il potenziamento professionale e strumentale delle unità operative che erogano assistenza neonatologica, il concentrare le gravidanze a rischio in strutture ospedaliere dotate di terapia intensiva neonatale e generale;
- **organizzazione della rete regionale dell'emergenza / urgenza pediatrica** con particolare riferimento al trasporto dei neonati con personale dedicato e specificatamente qualificato e con una migliore integrazione ospedale-territorio;
- **umanizzazione dell'assistenza pediatrica** attraverso l'adeguamento delle strutture di diagnosi e cura con spazi per l'attività ludica, aula scolastica, aree di degenza riservate agli adolescenti, garantendo l'ospitalità del genitore durante il ricovero;

- **sviluppo delle cure primarie** con l'implementazione dei servizi sul territorio per l'infanzia e per l'adolescenza soprattutto nei settori della prevenzione, della salute mentale e della riabilitazione.

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevede un numero di posti letto pediatrici pari a 1-1,3/1000 residenti. Le unità operative complesse di Pediatria devono avere 15/20 posti letto, guardia attiva e un servizio di assistenza neonatale di 1° e 2° livello (dove non è attiva la neonatologia o TIN). Ogni altra struttura di ricovero pediatrica deve possedere i requisiti minimi per garantire la qualità delle prestazioni e la sicurezza delle cure. Presso i presidi delle Aziende Ospedaliere le Unità Operative di pediatria ad alta specializzazione devono essere integrate in rete, per la diagnosi e cura di patologie di particolare interesse specialistico ed impegno professionale.

Al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera pediatrica si affianca la riqualificazione dell'assistenza pediatrica attraverso il potenziamento e lo sviluppo del Polo pediatrico regionale istituito presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza ove si sono sviluppate negli ultimi anni qualificate attività mediche e chirurgiche. Il Polo comprende la Pediatria con attività di pronto soccorso, la Neonatologia e TIN, la Chirurgia pediatrica, già attivate e si completa con l'attivazione della Terapia Intensiva Pediatrica, strutturalmente e funzionalmente limitrofa alla TIN e dotata di 2 posti letto ogni 100.000 abitanti dovendo ricoprire un ruolo interaziendale. E' prevista l'attivazione della Neurologia pediatrica, per la cura delle patologie neurologiche comuni e rare nell'età pediatrica, che rappresentano una delle principali cause di migrazione sanitaria extraregionale, l'attivazione di un servizio di riabilitazione per le gravi disabilità neuropsicomotorie e respiratorie dell'età evolutiva, collegato in rete con le altre unità operative pediatriche e con i pediatri di base, di strutture di ORL, Ortopedia e Oculistica dedicate.

All'interno della Pediatria saranno potenziate e implementate le attività relative a Cardiologia, gastroenterologia, emato-oncologia, endocrinologia, nefrologia, patologie immunologiche e metaboliche.

La Cardiologia pediatrica permette con una diagnosi tempestiva ed accurata delle anomalie cardiache e con il follow-up un aumento della sopravvivenza e della qualità della vita del bambino cardiopatico. In Calabria nascono circa 140/180 cardiopatici congeniti all'anno (10% dei nati). A questi si aggiungono le cardiopatie acquisite quali valvulopatie, miocarditi, pericarditi batteriche o virali. E' inoltre da considerare la cardiotossicità dei chemioterapici cui sono sottoposti i bambini con patologie tumorali e il coinvolgimento cardiaco in malattie sistemiche.

Lo sviluppo dell'emato-oncologia pediatrica riduce ulteriormente la migrazione sanitaria per patologie tumorali infantili stimati in 50/60 nuovi casi all'anno.

Nell'ambito dell'U.O. di Chirurgia pediatrica saranno implementate:

- le attività di chirurgia mini-invasiva e di chirurgia robotica;
- la chirurgia bariatrica in età pediatrica.
- la cura della calcolosi in età pediatrica in collaborazione con l'U.O. di Urologia, la chirurgia delle parti molli nel bambino con handicap neuromotorio in rete con le unità operative di Fisiatria e Ortopedia.

Tutte le unità operative afferenti al Polo pediatrico devono essere dotate di adeguate risorse umane e tecnologiche e deve essere avviata un'attività di

formazione con previsioni di *stages* presso strutture pediatriche altamente qualificate.

Presso il Polo pediatrico è istituito il DEA di 2° livello pediatrico che integra funzionalmente i Pronto soccorso pediatrici delle Aziende Ospedaliere nell'ambito della rete regionale di emergenza-urgenza.

2.9.6 Trauma center- polo traumatologico regionale di Lamezia Terme

Nel panorama delle attività di eccellenza si colloca l'istituendo Trauma center - polo traumatologico regionale presso l'ospedale di Lamezia Terme allo scopo di elevare la qualità e la sicurezza dell'offerta sanitaria, in considerazione della particolare incidenza delle patologie traumatologiche e dell'esigenza di contenere il ricorso alle cure fuori Regione.

Il trauma center assicura le prestazioni avanzate e la diagnostica di terzo livello in modo unitario ed integrato, mediante tutte le funzioni collegate all'emergenza-urgenza traumatologica, tossicologica e di unità spinale. Al trauma center è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata, in base alle prestazioni effettuate.

2.10 Il procedimento di programmazione e gli investimenti

La realizzazione del procedimento di programmazione dovrà avvenire, nell'immediato:

- attraverso ***l'eliminazione***, in relazione alla casistica effettivamente rilevata, ***di duplicazioni di funzioni*** in presidi del medesimo ambito territoriale;
- nei territori dove esistono già ospedali di dimensioni sufficienti, si dovrà lavorare innanzitutto per ***assicurare efficienza organizzativa***, anche attraverso l'attivazione di appositi processi di continuità assistenziale e l'informatizzazione dei sistemi; la gestione ospedaliera sarà organizzata per aree omogenee e dipartimentali, con una necessaria flessibilità per garantire l'assistenza attraverso un'articolazione organizzativa per intensità di cura.

Gli atti della programmazione regionale attuativa definiscono i territori ove costruire ospedali unici *ex-novo*, o realizzare adeguati ampliamenti o ristrutturazioni allo scopo di perseguire gli obiettivi indicati.

Per gli ospedali non strettamente funzionali alla realizzazione di una appropriata offerta ospedaliera, sarà valutata la praticabilità di specifici progetti di riconversione.

La fase di riconversione potrà avvenire su due direttrici: la prima è quella di costituire una rete regionale di strutture riabilitative e di lungodegenza; la seconda è quella di realizzare "***piattaforme territoriali integrate***" come base per lo sviluppo della rete dei servizi socio-sanitari territoriali. Tali piattaforme consentono di attrezzare effettivamente il territorio attraverso la realizzazione di:

- ***Utap (unità territoriale assistenza primaria)***, basi operative per l'assistenza primaria;
- apposite ***strutture polifunzionali***, orientate all'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di quelle di riabilitazione;

- **strutture residenziali di accoglienza**, quali ospedali di comunità, hospice, alberghi sanitari ed altre forme residenziali intermedie tra l'ospedale e le strutture di accoglienza dell'integrazione socio-sanitaria.

Le direttrici di riconversione sopra indicate sono alla base della rideterminazione delle scelte relative all'impiego dei fondi ex art 20 della legge 67/88 (368 milioni di euro, di cui 350 a carico dello stato) e alla stipula del relativo accordo di programma con il Ministero della Salute; tali direttrici orienteranno anche l'utilizzo delle risorse di competenza regionale sul fondo per investimenti previsto nell'attuale manovra finanziaria.

2.11 Le reti per specialità

Le scelte di riordino della rete ospedaliera, indicate al paragrafo precedente, richiedono fasi di attuazione progressiva, in rapporto alla complessità delle scelte strategiche. L'urgenza di conseguire un sensibile miglioramento dell'offerta di assistenza ai cittadini, impone la necessità di adottare in parallelo alcune misure di immediata attivazione. In questo quadro l'avvio di un sistema di "reti di assistenza per specialità" è possibile ed è realistica.

Questa è una strategia innovativa fattibile anche per le contenute dimensioni del bacino regionale; gli operatori sono infatti consapevoli che la cooperazione multi-professionale è condizione obbligata per migliorare la qualità dell'offerta ed incentivarne lo sviluppo.

Più in generale si è potuto rilevare la disponibilità degli operatori su tale strategia con la volontà di contribuire collettivamente alla soluzione delle criticità riscontrate nei propri servizi ed alla rinascita della sanità calabrese.

La costruzione delle reti di assistenza favorirà infatti lo sviluppo di un sistema di Aziende sanitarie non in competizione fra loro, ma integrate e cooperanti. Saranno così costituite con il diretto coordinamento del Dipartimento Tutela della salute della Regione le reti di emergenza ed urgenza, di assistenza oncologica, cardiologica, radioterapica, riabilitativa, delle neuroscienze, per il contrasto alle malattie infettive e diffuse emergenti e riemergenti (TBC, AIDS, aviaria, BSE, antropozoonosi, legionellosi, epatiti virali), dei centri di emostasi ed emofilia, delle malattie del fegato e quelle di altre specialità medico-chirurgiche da riorganizzare secondo le recenti acquisizioni scientifiche e tecnologiche, con priorità per le specialità che fanno registrare le maggiori "fughe" verso altre regioni.

Tali reti per specialità, si affiancheranno alle altre "reti" previste dai piani nazionali, come quella dei laboratori e dei centri trasfusionali.

Alla realizzazione di tale modello operativo, che vedrà le funzioni di coordinamento ed indirizzo del dipartimento regionale, contribuiranno fattivamente tutte le discipline presenti nelle Aziende, le rispettive società scientifiche, gli ordini e collegi professionali, le organizzazioni dei medici convenzionati ed il mondo accademico. Gli **obiettivi** di tali reti sono quelli di:

- valutare i dati di mobilità intra e extra regionale per impostare adeguate politiche di contenimento;
- proporre misure per il miglioramento dell'offerta assistenziale;

- predisporre adeguate iniziative per l'aggiornamento professionale e la formazione continua in medicina;
- promuovere iniziative di confronto per individuare e diffondere le migliori pratiche clinico-assistenziali;
- promuovere l'individuazione, implementazione e diffusione delle linee guida per l'appropriatezza delle risposte;
- individuare criteri di valutazione, autovalutazione e accreditamento professionale;
- valutare adeguati processi di presa in carico dei pazienti;
- elaborare adeguati percorsi assistenziali, attraverso linee guida e protocolli basati sull'evidenza clinica;
- individuare gli strumenti e gli indicatori di controllo degli esiti dei percorsi clinico-assistenziali.

La strategia della costruzione delle "reti" corrisponde alla necessità di mobilitare la partecipazione di tutti gli operatori anche attraverso una crescita professionale del sistema, con l'obiettivo di conseguire un rapido miglioramento dell'offerta sanitaria ai cittadini. Si tratta appunto di realizzare, tramite la partecipazione e la responsabilità degli operatori, una originale e diffusa forma di "governo clinico" finalizzato ad uno sforzo corale di rilancio del sistema.

2.11.1 La continuità dei servizi tra ospedale e territorio

Nei sistemi sanitari evoluti, così come indicano il decreto legislativo 229 del 1999 e successive modificazioni e le direttive nazionali, lo sviluppo dei servizi sul territorio costituisce la vera prospettiva per rendere reale il diritto alla salute, realizzando politiche di prevenzione, di educazione, di integrazione ed inclusione a partire dalle fasce più deboli della popolazione, praticando politiche di solidarietà anche attraverso la costruzione di servizi sociali e di prossimità.

Nel territorio si deve realizzare la presa in carico del cittadino e si devono organizzare i percorsi socio-assistenziali necessari.

L'ospedale, in una moderna concezione dell'offerta sanitaria, è un servizio tanto importante quanto, per certi aspetti, "residuale". Esso deve essere visto e vissuto come un presidio ad alta tecnologia, ad alta efficienza specificamente dedicato alle acuzie.

Lo sviluppo delle procedure mediche e chirurgiche, la crescita della qualità delle tecniche di intervento che riduce i danni causati dalle procedure chirurgiche migliorando il quadro prognostico, il progressivo miglioramento dei processi assistenziali apportati dalla massiccia introduzione di sistemi di telemedicina, teleconsulto e teleradiologia, l'innovazione delle metodiche di cura legate all'introduzione dei nuovi ritrovati farmacologici, consentono oggi di fare dell'ospedale un luogo in cui si risolve in maniera rapida ed efficiente l'intervento in fase acuta, "liberando" il cittadino da degenze prolungate in modo improprio, soggette al rischio di infezioni ospedaliere. In proposito, occorre ricordare che le infezioni ospedaliere, e più in generale le malattie iatrogene, rappresentano un problema di notevoli dimensioni, che coinvolge un'alta percentuale della casistica trattata in costanza di ricovero; i dati recenti del Ministero della Salute indicano un'incidenza tra il 5 e l'8% delle sole infezioni ospedaliere.

Al tempo stesso, l'ospedale è chiamato all'uso efficiente delle risorse per evitare quegli sprechi che impediscono di riportare, in modo adeguato ed appropriato, le risorse recuperate nel miglioramento degli altri livelli di assistenza. Ma proprio l'ospedale "liberato" da incombenze improprie, impone la costruzione di servizi territoriali diffusi e di adeguato livello qualitativo.

Quello della buona organizzazione dei servizi territoriali è una problematica non risolta pressoché in tutto il paese. Tuttavia anche su tale argomento esistono differenze assai rilevanti fra le diverse Regioni.

Le criticità evidenziate sull'argomento nella prima parte di questo documento testimoniano la necessità di un lavoro impegnativo a cui porre mano sin da subito nella nostra Regione.

Tale lavoro dovrà articolarsi secondo le azioni prioritarie di seguito riportate proprio per limitare la permanenza inappropriata del cittadino presso la sede ospedaliera.

2.11.1.1 La rete dell'emergenza-urgenza

Il sistema del 118 ha costituito e costituisce un fattore positivo per la tutela della salute nella fase di emergenza, così come la presenza dell'elisoccorso e la diffusione estremamente capillare della guardia medica; anche la rete dei pronto-soccorso, è assai diffusa. Ma tutto il sistema mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza, che richiedono una rivisitazione complessiva.

Sintomatica in proposito, la diffusione eccessiva di pronto soccorso in alcune Aziende sanitarie che non consente di garantire qualità, efficienza nei turni, accoglienza, strutture adeguate. Per tali servizi è necessaria **una riforma radicale** che ne valorizzi la centralità sia nell'offerta ospedaliera che nell'appropriatezza delle prestazioni.

La soluzione di tali problematiche deve essere assicurata attraverso:

- l'**attivazione del sistema di triage**, con applicazione uniforme dei codici già identificati nella normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) ed informazione dell'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde);
- la **creazione di posti letto dedicati all'osservazione breve intensiva** (OBI), intesa come un'area, adiacente al pronto soccorso, nella quale i pazienti attendono la definizione diagnostica e sono sottoposti ad ulteriore osservazione clinica, di norma per 24 ore;
- la **presenza di posti letto di medicina d'urgenza**, ai quali accedono pazienti a valenza internistica, che richiedano monitoraggio e stabilizzazione in fase acuta, approfondimento e definizione diagnostica nei casi non immediatamente attribuibili ad una competenza specialistica ed attività diagnostico-terapeutica nei casi con durata prevedibile della degenza non superiore di norma alle 72 ore;
- la **previsione di percorsi alternativi al pronto soccorso**, favorendo l'accesso (con richiesta motivata del medico di medicina generale) alle strutture ambulatoriali specialistiche, anche territoriali, adeguatamente potenziate con l'eventuale partecipazione dei medici di medicina generale, in

grado di garantire una risposta sanitaria per problematiche non di urgenza-emergenza;

- il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso **programmi di formazione specifica**, quali specializzazione in medicina di emergenza e specializzazione in chirurgia con indirizzo d'urgenza, per il personale medico ed infermieristico di pronto soccorso.

Ulteriore intervento sarà il **riordino della rete intra-ospedaliera dell'emergenza**, da condurre sulla base degli indirizzi definiti in precedenza in materia di riorganizzazione ospedaliera.

I rapporti tra DEA di II livello e DEA di I livello dovranno essere improntati al **modello organizzativo c.d. "a raggiera"**, che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri. I DEA di II livello devono trattare volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili; l'attività di tali centri dovrà essere fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei DEA di I livello.

Anche la diffusione della **rete della guardia medica** va commisurata ai reali bisogni della popolazione, al rapporto costi/benefici anche in relazione a quanto disposto dal nuovo accordo dei medici di medicina generale. Secondo l'accordo regionale occorre provvedere al riordino delle postazioni di guardia medica in considerazione del rapporto di un medico ogni 3.500 abitanti.

Il **sistema di soccorso aereo** necessita di una rivisitazione e di un'organizzazione su basi più moderne e tale da incrementare la sicurezza dei cittadini, tenendo conto delle caratteristiche morfologiche territoriali. A tale scopo è stato elaborato un approfondito studio per il riordino del servizio, che sottolinea l'opportunità di localizzare le basi operative in aree aeroportuali. La Giunta Regionale ha recentemente proposto l'utilizzo di quattro velivoli ad ala rotante (elicotteri) ed un velivolo ad ala fissa da localizzare rispettivamente nelle province di Cosenza e Reggio Calabria, a Crotone e a Lamezia Terme, preferibilmente in area aeroportuale; la proposta è all'esame della competente Commissione consiliare.

La **componente aerea del servizio** comprende:

- gli elicotteri
- il velivolo ad ala fissa
- le basi HEMS
- le piazzole per l'atterraggio ed il decollo degli elicotteri.

L'attività dovrà svilupparsi con le seguenti **caratteristiche tecniche-operative**:

- gli **elicotteri** dovranno essere di ultima generazione, omologati in categoria "A" verticale con cabina certificata per impiego sanitario HEMS. Gli elicotteri dovranno inoltre essere strumentati per **operare sia di giorno che di notte**, anche se la turnazione loro richiesta sarà dall'alba al tramonto ovvero "HJ".
- il **velivolo ad ala fissa**, omologato per attività di soccorso sanitario, dovrà avere una velocità di crociera non inferiore a 850 Km/ora e poter volare a una quota superiore ai 10.000 metri.
- il velivolo ad ala fissa dovrà inoltre essere dotato di tutte le strumentazioni atte a consentire il suo intervento operativo **sia di giorno che di notte**, ovvero "H24", anche in condizioni meteo avverse.

- il **velivolo ad ala fissa sarà collocato sull'aeroporto di Lamezia Terme** dove è previsto l'allestimento di una vera e propria base operativa per equipaggi e personale sanitario, in servizio H24, accanto alla base HEMS per l'elicottero e con unica centrale operativa. Tali basi, anche in considerazione dell'ubicazione geografica degli altri aeroporti calabresi, eserciteranno pertanto un ruolo fondamentale nel soccorso aereo sanitario di emergenza.
- una **base operativa HEMS sarà allestita sull'aeroporto di Crotona** che diventerà base fissa, con equipaggio e personale sanitario sempre pronto in loco durante il turno di servizio, di uno dei quattro elicotteri.
- una **seconda base operativa HEMS sarà costruita a Montalto Uffugo (CS)**, secondo la normativa ENAC vigente, ed a tal scopo omologata in modo da potere regolarmente operare in sicurezza con l'elicottero che ivi sarà posizionato. Anche a Montalto Uffugo l'equipaggio ed il personale sanitario saranno sempre pronti all'interno della base durante il turno di servizio.
- il **terzo elicottero sarà dislocato a Locri (RC)** dopo aver messo, se possibile, a norma l'attuale sito utilizzato per l'elisoccorso. Una volta omologata dall'ENAC, la base di Locri diventerà a tutti gli effetti una base HEMS.
- il **quarto elicottero** sarà posizionato, con le stesse modalità tecniche ed operative adottate per Crotona, **sulla base HEMS che si realizzerà sull'aeroporto di Lamezia Terme.**
- saranno allestiti in prossimità delle principali strutture sanitarie calabresi **uno o più siti** idonei a garantire, in sicurezza, le operazioni di imbarco e/o sbarco degli ammalati; quelli situati in prossimità delle Aziende ospedaliere dovranno essere resi idonei anche al volo notturno. A tal fine deve essere avviato uno studio finalizzato alla redazione, congiuntamente ad altri Enti interessati (Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Forze di Polizia, etc.), di un piano regionale dei siti idonei ed autorizzati alle operazioni di atterraggio e decollo di velivoli ad ala rotante.

Analoga e specifica attenzione dovrà essere dedicata all'urgenza-emergenza in ambito pediatrico.

Presso il polo pediatrico regionale dell'A.O. di Cosenza è istituito il DEA di secondo livello pediatrico, integrato funzionalmente con i pronto soccorso pediatrici delle AA.OO., la rete dell'emergenza-urgenza e le pediatrie ospedaliere.

Nelle Aziende sede di D.E.A. di 2° livello è obbligatoria la presenza di un pronto soccorso pediatrico dotato di autonomia logistica, strumentale, organizzativa e gestionale, con accesso diretto per l'utente pediatrico e collocato in un ambito ben identificabile nel contesto del PS generale ma funzionalmente collegato ad esso affinché le patologie critiche con impegno delle funzioni vitali possano essere trasportate nella sala di rianimazione del pronto soccorso generale per essere stabilizzate dal rianimatore, in collaborazione con il pediatra e supportati da consulenze interdisciplinari; presso i pronto soccorso pediatrici sono attivati posti letto di OBI pediatrica.

Il DEA pediatrico di 2° livello è dotato di posti letto di terapia intensiva ed è centro di riferimento regionale per la formazione continua in emergenza pediatrica per studenti e pediatri in formazione e per i pediatri di libera scelta.

Negli ospedali di riferimento, ferma restando la possibilità di adottare soluzioni più avanzate, in relazione al bacino di utenza pediatrico, l'utenza pediatrica in prima istanza viene accolta dal triage di pronto soccorso generale che, trattenendo i pazienti critici, invia gli altri in un'area pediatrica ambulatoriale dedicata, nell'ambito dell'U.O. di Pediatria, che comprenda accesso proprio, sala d'attesa, servizi e sala da visita pediatrica separata, organizzativamente collegato al servizio di guardia attiva della pediatria organizzando un'attività di pronto soccorso funzionale.

Negli altri ospedali sede di pronto soccorso le Aziende valuteranno la possibilità di istituire, in relazione al bacino di utenza, un ambulatorio permanente di pediatria, come punto di primo soccorso territoriale pediatrico, funzionalmente collegato al pronto soccorso pediatrico.

La grande urgenza pediatrica viene soccorsa con l'ambulanza attrezzata dal medico dell'emergenza territoriale in perenne contatto con pronto soccorso pediatrico di competenza e con il DEA di secondo livello pediatrico. Al personale medico ed infermieristico del sistema di urgenza-emergenza deve essere assicurata specifica formazione sul trasporto pediatrico (PBLIS-D e PALS); sui mezzi di trasporto utilizzati devono essere presenti tutte le attrezzature idonee al soccorso pediatrico.

Un'ulteriore attenzione deve essere riservata all'organizzazione dell'urgenza-emergenza in periodo perinatale ed in particolare al trasporto neonatale in condizioni di emergenza.

Questo dovrà essere garantito da una équipe assistenziale costituita da un neonatologo e da un infermiere professionale con specifica esperienza di rianimazione neonatale e assistenza intensiva, integrati con l'équipe del 118.

E' altresì necessario la presenza sul mezzo di trasporto di tutte le attrezzature specifiche per l'assistenza intensiva neonatale.

2.11.1.2 Il rapporto tra fase acuta della degenza e fase riabilitativa

Le azioni di governo clinico devono essere indirizzate a garantire al paziente, a tutela del suo interesse, una cura che si svolge nel pieno esercizio dell'autonomia professionale e della libertà di giudizio del medico e, nello stesso tempo, ad assicurare al medesimo la qualità delle cure, l'efficienza del servizio, la riduzione dei rischi, la tendenziale eliminazione degli sprechi e l'attenzione continua alle esigenze della comunità.

Il governo clinico è fondato sull'assunzione, da parte di tutti i professionisti e delle istituzioni sanitarie, della responsabilità di fornire cure di qualità e di garantirne la sicurezza, anche mediante la diffusione della pratica e della cultura del lavoro interdisciplinare ed interprofessionale, individuando la misura e la prassi atte a superare la persistente dicotomia tra responsabilità individuale ed organizzativa, tra responsabilità personale e di gruppo. Ciò al fine anche di predisporre azioni idonee alla prevenzione dei conflitti e alla gestione del contenzioso, alla diminuzione delle *malpractice* ed alla stabilizzazione del sistema assicurativo, nell'ottica del miglioramento della relazione tra professionisti e singoli pazienti, tra cittadinanza e servizio sanitario.

Ai diversi livelli di responsabilità del sistema sanitario regionale, il governo clinico si pone lo scopo ambizioso di regolare il processo decisionale in sanità, inserendosi tra il ruolo professionale degli operatori sanitari, quello autonomo dei

cittadini e quello organizzativo degli amministratori. E' quindi un patto di reciproca responsabilità nell'ambito dei limiti possibili della medicina attuale, nel tentativo di condividere con la società l'onere di richiedere al servizio sanitario prestazioni fondate su evidenze scientifiche e di minimizzare quelle non altrettanto efficaci, per quanto utili. Il governo clinico è un mezzo perché una società democratica e fortemente partecipativa definisca modi e strumenti per consentire i migliori risultati delle cure nel rispetto delle esigenze comunitarie.

Il successo di un siffatto processo di coinvolgimento degli addetti ai lavori e delle istituzioni è legato ad una organizzazione clinico assistenziale che consenta, previa individuazione delle fasi clinicamente appropriate di trattamento ospedaliero delle patologie, di raggiungere appropriati livelli di erogazione delle cure con particolare riferimento alle modalità di trattamento in sede ospedaliera della fase acuta della patologia e della successiva fase riabilitativa. La forte variabilità dei risultati ottenuti sul territorio nazionale è attribuibile alla diversa intensità dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera intrapresi dalle regioni, processi che richiedono azioni pluriennali per ottenere risultati significativi, nonché alla capacità di organizzare l'intervento assistenziale come un complesso sistema unitario di reti di strutture e di professionisti, a cui partecipano in pari dignità ed in processi di continuità assistenziale gli ospedali e i servizi sanitari territoriali.

Risulta comunque evidente come una giornata di degenza spesa in contesti assistenziali inappropriati dal punto di vista delle cure ospedaliere costituisca una doppia perdita dal vista del cittadino: una come occupazione impropria di spazi assistenziali e servizi con sottrazione degli stessi alle attese di altri cittadini, l'altra come ritardo nell'attivazione del trattamento adeguato e con pregiudizio nel risultato finale.

2.11.1.3 I servizi di supporto alla degenza ospedaliera.

2.11.1.3.1 La degenza intermedia

Le Aziende sanitarie territoriali sono tenute ad attivare esperienze di utilizzo di **strutture residenziali di carattere sanitario**, alternative alla ospedalizzazione basate sul coinvolgimento dei medici di medicina generale, ivi compreso quelle relative ai centri residenziali di cure palliative. Tali tipologie di strutture costituiscono **una valida alternativa al ricovero** per una vasta tipologia di bisogni di cura ed assistenza nelle seguenti situazioni:

- fase post acuta e di *follow up* soprattutto negli anziani;
- fase terminale della vita;
- sollievo ai *care givers* informali, in situazioni di particolare impegno sotto il profilo assistenziale e di durata limitata;
- patologie invalidanti HIV correlate.

Tali strutture agiscono in immediata continuità con il ricovero ospedaliero per acuti, con quello di riabilitazione e di lungodegenza, costituiscono alternativa valida per l'accesso o la dimissione programmata dal ricovero ospedaliero. Rappresentano anche momento programmato per assicurare la continuità assistenziale con le cure primarie o intermedie, fornendo un complesso variegato di prestazioni o servizi non erogabili convenientemente ed adeguatamente al domicilio del paziente. Rappresentano comunque una base attrezzata di servizi

specialistici e di supporto per l'erogazione delle prestazioni, per la somministrazione controllata delle cure, e l'erogazione dell'assistenza farmaceutica programmata, per lo svolgimento delle attività di riabilitazione, per l'erogazione di prestazioni di primo soccorso e della continuità; ove strategico dal punto di vista dell'organizzazione del sistema di cure primarie e di continuità assistenziale diventano la base operativa per i medici di continuità e per l'urgenza medica.

2.11.1.3.2 L'ospedale di comunità

E' una struttura residenziale di carattere sanitario pertanto con oneri a carico completo del Servizio sanitario regionale con durata dell'intervento residenziale limitata alle necessità assistenziali contenute nel piano individuale di trattamento. L'ospedale di comunità provvede in particolare ad assicurare l'assistenza infermieristica e sociale ed a garantire, attraverso i medici di medicina generale, l'assistenza medica dei cittadini ricoverati, costituisce base per le attività di primo soccorso e la continuità delle cure, garantisce altresì attività anche attraverso l'ospitalità diurna dei pazienti. La durata del ricovero in ospedale di comunità è comunque regolamentata sulla base degli standard regionali, non configura in nessun caso la lungodegenza ed è pertanto contenuta entro i sessanta giorni nell'arco di un anno. Presso l'ospedale di comunità ottenuto attraverso la riconversione di una struttura ospedaliera possono essere erogate prestazioni specialistiche complesse in regime ambulatoriale, anche di tipo chirurgico.

2.11.1.3.3I centri residenziali di cure palliative

E' una struttura residenziale di carattere sanitario pertanto con oneri a carico completo del Servizio sanitario regionale, con durata e tipologia dell'intervento residenziale programmata in funzione delle necessità di assistenza contenute nel piano individuale di trattamento. Il centro residenziale di cure palliative o *hospice* provvede in particolare ad assicurare l'assistenza infermieristica e sociale, sotto il coordinamento operativo dell'unità di cure palliative, garantendo attraverso i medici di medicina generale, l'assistenza medica dei cittadini ricoverati; costituisce base per le attività territoriali e domiciliari della predetta unità di cure palliative, garantendo altresì l'ospitalità dei pazienti anche limitata alle ore diurne per l'esecuzione di particolari procedure nel corso del programma di assistenza. Le modalità di accesso e di fruizione della struttura, la durata della fase residenziale, i protocolli di gestione del centro sono regolamentati sulla base di indirizzi regionali. Il centro può anche essere realizzato attraverso la riconversione di una struttura ospedaliera possono essere erogate prestazioni specialistiche complesse in regime ambulatoriale, anche di tipo chirurgico.

2.11.1.3.4Il centro diurno per prestazioni specialistiche

E' una struttura semiresidenziale di carattere sanitario pertanto con oneri a carico completo del Servizio sanitario regionale con durata dell'intervento limitata alle necessità assistenziali contenute nel piano individuale di trattamento. Il centro assicura l'erogazione delle prestazioni specialistiche programmate con propria dotazione ovvero assicurando la presenza di personale medico

specialista, dipendente o convenzionato, infermieristico, tecnico sanitario, di assistenza sociale e di supporto all'erogazione delle prestazioni provvede in particolare ad assicurare l'assistenza infermieristica e sociale ed a garantire, attraverso i medici di medicina generale, l'assistenza medica dei cittadini ricoverati, costituisce base per le attività di primo soccorso e la continuità delle cure, garantisce altresì attività anche attraverso l'ospitalità diurna dei pazienti. La durata del ricovero in ospedale di comunità è comunque regolamentata sulla base degli standard regionali, non configura in nessun caso la lungodegenza ed è pertanto contenuta entro i sessanta giorni nell'arco di un anno. Presso l'ospedale di comunità ottenuto attraverso la riconversione di una struttura ospedaliera possono essere erogate prestazioni specialistiche complesse in regime ambulatoriale, anche di tipo chirurgico.

2.11.1.3.5 Altre strutture di degenza intermedia

Sono strutture residenziali di carattere misto - carattere sanitario con quote differenziate di natura sociale - pertanto con oneri parzialmente a carico a carico del Servizio sanitario regionale, con durata e tipologia dell'intervento residenziale programmata in funzione delle necessità di assistenza contenute nel piano individuale di trattamento,

Talune strutture assumono carattere prettamente sanitario solo per periodi limitati, strettamente collegati alla somministrazione di terapie farmacologiche, all'esecuzione di altre terapie mediche e riabilitative, di accertamenti e di *follow-up* clinico-diagnostici collegati, da eseguire a cadenze predefinite attraverso apposito programma di controllo. Ove lo svolgimento di tali procedure non richieda una sorveglianza clinica o una presenza assistenziale continua possono essere svolte in spazi residenziali a bassa intensità assistenziale, con spiccate caratteristiche di tipo alberghiero: tali strutture assumono la denominazione di **Albergo sanitario**.

Altre finalizzazioni di tali strutture residenziali sono prettamente alberghiere e correlate a fornire ai cittadini, in trattamento presso strutture ospedaliere regionali, ospitalità sostitutive del domicilio del paziente, residente a distanza notevole dal luogo di cura e costretto ad un pendolarismo indotto dalla necessità di controlli e di *follow-up* clinici con periodicità programmata (giornaliera, settimanale, mensile), ovvero a fornire ospitalità ai congiunti del familiare, in cura presso una struttura sanitaria ospedaliera o residenziale e che necessità di assistenza o supporto in relazione all'età infantile o pediatrica o a stati particolari di disabilità o di *handicap* psico fisico. Tali strutture sono a totale carico del cittadino e assumono la denominazione di **Foresteria**.

Altre strutture appartenenti a questa categoria presentano caratteristiche parzialmente sanitarie in relazione all'integrazione socio-sanitaria dei livelli assistenziali che esprimono. Provvedono in particolare ad assicurare in gradi diversi, l'assistenza infermieristica, riabilitativa, socio-assistenziale e sociale, sotto il coordinamento operativo delle strutture distrettuali, garantendo altresì l'ospitalità continua dei pazienti, ma anche quella limitata alle sole ore diurne per l'esecuzione di particolari procedure nel corso del programma di assistenza. Tali ultime strutture sono a parziale carico del servizio sanitario regionale anche con quote differenziate in funzione della natura del bisogno e del grado di disabilità e sono denominate **RSA** (Residenze Sanitarie Assistenziali) o **RSD** (Residenze Sanitarie per Disabili).

2.12 Riordino e potenziamento dei servizi territoriali

Di seguito si indicano una serie di **direttrici di intervento** necessarie per dare contenuto alla organizzazione distrettuale:

- prima direttrice di intervento è quella dell'**attivazione degli organi di Governo dei distretti**. In primo luogo l'attivazione del Comitato dei Sindaci e l'ufficio di coordinamento distrettuale, composto oltre che dalle figure professionali operanti nei servizi, dai rappresentanti dei medici di base e degli specialisti;
- seconda direttrice è la predisposizione del **Programma delle attività territoriali (PAT)**, sulla base di una attenta lettura dei bisogni dei cittadini e nell'ottica di un riordino generale dei servizi;
- terza direttrice è quella di costituire in ogni ambito territoriale, in via sperimentale, almeno una **unità territoriale di assistenza primaria (UTAP)**, sulla scorta di quanto previsto dall'accordo integrativo regionale in attuazione della convenzione unica della medicina generale. La sperimentazione di tali strutture ha lo scopo di creare un fondamentale nucleo assistenziale per le cure primarie, che garantisca la continuità assistenziale ai cittadini sulle ventiquattro ore. Nell'ambito di tale nuova organizzazione, potranno essere sperimentate forme di soccorso primario. In una prospettiva di medio periodo, saranno attivate "piattaforme sperimentali territoriali" che includano le UTAP ed aggregino le attività specialistiche ambulatoriali ed altre forme di assistenza che più utilmente possano essere svolte sul territorio, quali quelle attualmente assicurate in forma di day hospital medico o chirurgico, ma che siano suscettibili di espletamento attraverso pacchetti aggregati di prestazioni specialistiche ambulatoriali o attraverso attività chirurgiche ambulatoriali, che non necessitano di supporti di più impegnativi servizi di tipo ospedaliero, sul modello delle "Case della Salute", ipotizzate nel procedimento concertativo nazionale del Patto della Salute;
- quarta direttrice è quella della delineazione della corretta modalità di **presa in carico dei cittadini** e la individuazione dei **percorsi assistenziali** da realizzare nell'ambito delle "reti per specialità", allo scopo di garantire la continuità territorio - ospedale - territorio. Si tratta di programmare l'offerta ai cittadini attraverso la corretta lettura dei bisogni, ma anche attraverso l'individuazione della appropriatezza prescrittiva dei farmaci, delle indagini specialistiche, dei ricoveri;
- quinta direttrice risiede nella elaborazione e lo sviluppo di un adeguato **programma di assistenza domiciliare** che coinvolga le fasce più deboli della popolazione, con priorità per gli anziani non autosufficienti, i malati terminali, persone con handicap fisici e psichici.

2.12.1 Il percorso assistenziale

Mettere al centro il cittadino-utente significa modellare l'organizzazione dell'offerta sanitaria per garantire percorsi assistenziali appropriati, tempestivi e corrispondenti ai bisogni accertati.

Conseguentemente i servizi territoriali e quelli ospedalieri dovranno essere organizzati in rete e consentire concretamente la fruizione di prestazioni qualificate attraverso le modalità di accoglienza basate su amicalità e umanizzazione dei rapporti.

In sostanza gli operatori e l'organizzazione devono essere al servizio delle esigenze del cittadino, saperlo accogliere e guidarlo nella fruizione delle prestazioni di cui ha bisogno sollecitandone consapevolezza e partecipazione.

Per garantire un livello di erogazione delle cure primarie qualitativamente adeguato il compito essenziale delle Aziende sanitarie è quello di privilegiare il processo di integrazione e di partecipazione dei diversi attori coinvolti, valorizzando la multidisciplinarietà delle azioni e dei programmi orientati a gruppi di popolazione e a soggetti inseriti nei processi assistenziali. Tale processo di integrazione deve essere modulato tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e le articolazioni aziendali rappresentate nel distretto e nei presidi ospedalieri di riferimento.

In tale contesto sono i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che rivestono il ruolo primario verso gli assistiti nell'attivazione del percorso assistenziale assumendone le responsabilità.

Allo scopo di assicurare la realizzazione dei percorsi assistenziali adeguati le Aziende Sanitarie garantiscono:

- il coordinamento complessivo fra i servizi ospedalieri e quelli territoriali ivi compresi quelli che afferiscono alle strutture a bassa intensità assistenziale e della riabilitazione;
- l'integrazione tra i servizi sanitari territoriali del distretto ed i servizi di assistenza sociale raggiungendo i necessari accordi operativi con gli enti locali;
- il coinvolgimento e la piena responsabilità di medici di base nella programmazione e nel controllo del percorso assistenziale.

2.12.2 La costruzione dei nuovi distretti

Anche nell'ambito dell'offerta territoriale, la strategia di fondo da sviluppare è quella di tendere alla realizzazione di un rapporto diretto tra utenti e professionisti, riducendo progressivamente le inapproprietezze organizzative all'origine di appesantimenti burocratici. In tale contesto un punto programmatico di fondamentale importanza per la crescita della nuova offerta territoriale è la creazione della **rete dei medici di medicina generale** e dei **pediatri di libera scelta**, che coinvolga progressivamente anche le altre figure dell'assistenza primaria.

Prioritariamente si tratta di realizzare un sistema di prenotazione diretta da parte di medici convenzionati, singoli o associati, per attività cliniche o strumentali di primo accesso, con lo scopo di evitare disagi al cittadino ed inefficienze od inapproprietezze nel sistema.

Il conseguimento di tale obiettivo strategico da un lato consentirà di favorire un reale associazionismo medico e dall'altro dovrà determinare una efficiente rete di **Centri Unici di prenotazione (CUP)**. Anche in previsione della possibilità di una nuova articolazione organizzativa delle Aziende, gli attuali

ambiti di riferimento territoriali dei CUP dovranno essere ridisegnati, con l'individuazione di collegamenti tra gli stessi e l'eventuale svolgimento di attività di livello provinciale e regionale.

Sempre allo scopo di realizzare la strategia prima indicata risulta fondamentale la realizzazione di **strumenti e sistemi di telemedicina**. In molti campi la telemedicina non è più una sorta di chimera da perseguire impegnando risorse smisurate: lo strumento si presenta di particolare interesse per agevolare il concreto sviluppo della continuità assistenziale e di adeguati strumenti di accesso alle prestazioni.

I campi di applicazione prioritari sono i seguenti:

- sperimentazione della telemedicina e teleassistenza domiciliare a cominciare dai pazienti cardiopatici, oncologici, ematologici, nefrologici e diabetici;
- integrazione con sistemi di telemedicina degli strumenti di governo dell'emergenza territoriale con quelli di gestione dell'assistenza primaria;
- attivazione di sistemi di teleconsulto tra i medici convenzionati e i servizi specialistici ospedalieri e territoriali.

2.12.3 L'integrazione socio-sanitaria e la programmazione dei servizi territoriali

L'integrazione tra ospedale e territorio e quella fra sanitario e sociale, costituiscono un punto di snodo fondamentale per assicurare ai cittadini percorsi assistenziali completi attraverso la presa in carico dell'interessa dei loro bisogni.

Anche il successo degli interventi di riordino degli assetti organizzativi sanitari delle cure primarie e la possibilità di utilizzo di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici, di per sé non sarebbe sufficiente a garantire la copertura di bisogni assistenziali complessivi; la sola azione sanitaria senza una adeguata corrispondenza operativa sul piano sociale potrebbe in molti casi vanificare la stessa efficacia dell'intervento sanitario.

Da tale constatazione ormai diffusa deriva l'urgente necessità di un lavoro integrato a livello di distretto, tra componente sanitaria e sociale, del percorso assistenziale; la necessità di effettiva integrazione dei servizi non può essere considerata un "lusso" che nella nostra situazione non possiamo permetterci. Al contrario, la buona impostazione di politiche integrate è il presupposto per massimizzare l'efficacia delle attività delle Aziende sanitarie e dei servizi sociali dei comuni, necessitata anche dalle obiettive ristrettezze finanziarie che affliggono sia gli enti locali che le Aziende del Servizio sanitario regionale.

Ma ciò che più conta è la convinzione di dover affrontare le problematiche di tutela e protezione sanitaria e sociale guardando all'unicità dei bisogni dei cittadini, in primo luogo di quelli maggiormente deboli.

In relazione alla programmazione locale, la Giunta regionale ritiene che lo sviluppo dei servizi non può limitarsi alla pur necessaria integrazione dei servizi sanitari e sociali. Esso passa anche attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione della famiglia e delle organizzazioni del volontariato, quale nuclei fondanti della società. Famiglia e volontariato devono essere considerati "nodi" della rete dei nuovi servizi socio-sanitari e risorse da sostenere adeguatamente proprio nello svolgimento della loro primaria vocazione istituzionale:

- la famiglia, va considerata un'entità con cui realizzare un'alleanza "terapeutica" forte e va supportata con l'offerta di adeguati servizi di sostegno, soprattutto attraverso il suo attivo coinvolgimento nelle cure delle patologie croniche, del disagio psichiatrico e dei malati terminali;
- le associazioni del volontariato rappresentano risorse altrettanto preziose sia nel sostegno della famiglia che nella costruzione dei servizi di prossimità.

Nel merito, la presa in carico complessiva del cittadino bisognoso dovrà avvenire attraverso la realizzazione di una adeguata attività di assistenza domiciliare, a cominciare dall'attuazione dell'apposito progetto regionale già approvato. In tale ambito, appare fortemente significativa la realizzazione di reti di tele-soccorso e di altri servizi di prossimità, come quello dei *tutor* per anziani soli.

2.12.4 La rete dei servizi di assistenza primaria

2.12.4.1 Le piattaforme territoriali

In funzione alle diverse condizioni ed esigenze locali, saranno attivate piattaforme territoriali ove troveranno allocazione le funzioni le strutture di seguito indicate:

2.12.4.2 L'Utap

Le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) rappresentano unità funzionali del territorio con la finalità di garantire un'alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale ed in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

In esse si integrano le attività proprie della medicina generale, della pediatria di libera scelta e delle altre figure professionali, sanitarie e della rete dei servizi sociali, presenti nel distretto

Hanno il compito di garantire al cittadino l'assistenza primaria in H/24 e perseguono, in forma integrata, il conseguimento degli obiettivi e dei programmi aziendali e distrettuali di tutela della salute.

Il piano sanitario regionale prevede che, in via sperimentale, dovrà essere attivata un'UTAP a livello di ambito territoriale. A tal fine la Giunta Regionale dovrà individuare, di concerto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, le modalità organizzative entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente piano.

2.12.4.3 La "Casa della salute"

La Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto sociosanitario per fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il SSN e il cittadino e per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del distretto nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

È un progetto che per l'alto livello di flessibilità organizzativa permette di costruire un sistema sanitario "in divenire". Non solo. Essa aiuta ad affrontare positivamente problemi vecchi e nuovi presenti nel sistema sanitario, come ad esempio "la non autosufficienza", facendone una questione che coinvolge l'intera comunità, come "la lotta all'aborto e alla sua clandestinità", evidenziando i diritti sanciti dalla Costituzione e dal corpo giuridico della nostra società, come anche "la questione della salute degli immigrati" dove solidarietà e lotta a malattie della povertà si coniugano in una visione della "responsabilità e della tolleranza" e così via.

La Casa della Salute può costituire lo strumento fondamentale per costruire un pilastro della sanità pubblica e deve basarsi prioritariamente sulla capacità di assicurare risposte, in tempi brevi e certi, ai bisogni dei cittadini. A tal fine la Casa della Salute deve essere:

- **costruita e realizzata sul principio della centralità dei cittadini.** I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, la presa in carico, l'orientamento di pazienti e familiari all'interno del sistema rappresentano binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività;
- **visibile sul territorio** come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, e concorre a creare le condizioni perché diventi un punto di riferimento per i cittadini.
- **semplicemente accessibile e amica dei cittadini** attraverso la concentrazione e integrazione dei servizi (sanitari e sociali) e i percorsi per l'accesso ad essi, privilegiando la semplificazione burocratica, in particolare per il riconoscimento della invalidità, della indennità di accompagnamento, di rimborsi, e per la segnalazione di disagi, disservizi, danni, oltre che per la presentazione di reclami e richieste di risarcimento;
- **fisicamente accessibile** (senza barriere architettoniche) e organizzata in maniera da garantire la massima disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalla informazione e dalla prenotazione di prestazioni.
- **autorevole e affidabile** per cominciare a costruire effettivamente il secondo pilastro della sanità pubblica, a partire dalla necessità di disporre sul territorio di una struttura la cui immagine, agli occhi del cittadino, sia in grado di reggere il confronto con l'ospedale e diventare progressivamente un riferimento credibile.

Con la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori la Casa della Salute favorisce la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dal D. Lgs. 229/99 e dalla Legge 328/2000.

A tal fine la Casa della Salute:

- deve essere un insieme di **attività organizzate in aree specifiche** ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio- sanitaria, concentrando in tal modo in un'unica struttura la gran parte dell'offerta di servizi extra-ospedalieri del territorio di riferimento;

- deve essere **una sede fisica** e insieme **un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere**, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati;
- deve **assicurare il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie** nell'area di riferimento.

La Casa della Salute deve essere una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito di uno specifico territorio compreso in un distretto sanitario (per un bacino corrispondente nella prima fase di attuazione a circa 10.000 – 25.000 abitanti).

In particolare la Casa della Salute deve:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- operare per programmi condivisi, sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), del Piano Sociale di Zona (PSZ) e del Piano Integrato di Salute (PIS) laddove adottato;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi;
- contribuire a realizzare l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti ed integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare ai cittadini nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- mantenere rapporti regolari di collaborazione con l'ospedale di riferimento, anche in relazione alla definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate e protette;
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione dei risultati interni ed esterni ai servizi;
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori.

La Casa della Salute, in coerenza con le linee guida del Ministero della Salute, deve essere organizzata nelle seguenti Aree e Servizi:

AREA DEL CUP, DEL SEGRETARIATO SOCIALE E DEL COORDINAMENTO CON LE FARMACIE

La Casa della Salute deve essere il punto d'incontro più prossimo tra il cittadino e il sistema organizzato del servizio sanitario e dei servizi socio-sanitari. Ad essa devono potersi rivolgere i cittadini per le informazioni e le prenotazioni di visite, esami e altre prestazioni di cura (CUP), per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per l'organizzazione di una risposta adeguata. In questa area deve essere inoltre previsto il collegamento con la rete delle farmacie pubbliche e convenzionate per la messa in rete

dei servizi di informazione, educazione sanitaria, piccola diagnostica, ausilio all'assistenza domiciliare, ecc, offerti dalle farmacie.

AREA DEI SERVIZI SANITARI

SERVIZIO DELLE PRESTAZIONI URGENTI, DEI PRELIEVI E DELLE DONAZIONI

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24. Uno spazio funzionale deve essere destinato alle attività di prelievo con risposte a domicilio entro 24/48 ore e deve essere attivato un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti. La Casa della Salute deve offrire la possibilità di organizzare l'attività di donazione del sangue con l'impegno e la partecipazione delle Associazioni del volontariato.

AMBULATORIO DI PRIME CURE E PER LE PICCOLE URGENZE

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza dell'Ambulatorio di Prime Cure e per le Piccole Urgenze che deve essere aperto nelle ore diurne per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.

AMBULATORIO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza di specifici spazi attrezzati per ambulatori da assegnare a tutti i medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta che desiderano trovare nella Casa della Salute lo spazio per i loro studi medici. In ogni caso, la Casa della Salute deve costituire la sede del coordinamento per la realizzazione delle attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura.

Le attività comuni che devono essere realizzate all'interno della Casa della Salute sono la raccolta dei dati epidemiologici, la definizione di programmi e di protocolli terapeutici, le forme di consulto, gli approfondimenti sui farmaci, l'educazione alla salute dei cittadini e la formazione sui diversi problemi della professione.

I medici di famiglia e i pediatri di libera scelta possono avere, all'interno della Casa della Salute, ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi d'informazione direttamente collegati con il Centro Unificato di Prenotazione (sportello), archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc.

L'organizzazione delle attività nella Casa della Salute deve salvaguardare l'autonomia professionale di ogni medico di famiglia e pediatra di libera scelta e garantire, allo stesso tempo, tutte quelle possibilità di scambio, di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di disporre sul territorio di un gruppo interdisciplinare che si faccia carico della cura delle persone e, insieme, della salute della comunità.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La Casa della Salute deve essere attiva a tempo pieno (sette giorni la settimana per 24 ore al giorno) con funzione fondamentale delle cure primarie, alla cui realizzazione contribuiscono le diverse figure professionali coinvolte (medici e infermieri in primis) attraverso adeguate forme di coordinamento.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza di specifici spazi attrezzati per ambulatori infermieristici. Gli infermieri, pur mantenendo una propria autonomia professionale, devono operare in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale, gli Ambulatori, i Consultori, l'ADI, il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale, l'Ospedale di Comunità.

OSPEDALE DI COMUNITÀ (DEGENZE TERRITORIALI)

La Casa della Salute deve sostenere le degenze territoriali, con la disponibilità di alcuni posti letto nei quali possono essere ricoverati pazienti per stati patologici che difficilmente possono essere curati al domicilio, ma che non richiedono neppure un ricovero ospedaliero. A tal fine deve essere prevista una struttura con infermieri presenti 24 ore su 24, con operatori sociosanitari, nella quale la tutela medica è garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, in funzione delle specifiche esigenze.

ATTIVITÀ SPECIALISTICHE

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza di ambulatori specialistici, con aree e orari adeguati. Gli ambulatori specialistici possono essere molteplici e avere differenti frequenze settimanali, sulla base delle esigenze del bacino di utenza servito, e possono utilizzare sia gli specialisti convenzionati sia quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera.

TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE SEMPLICI, (RADIOGRAFIE, ECOGRAFIE, MAMMOGRAFIE, SPIROMETRIE, PROVE DA SFORZO, ECODOPPLER)

La Casa della Salute deve essere attrezzata con tecnologie diagnostiche semplici, utilizzate direttamente dai medici di famiglia e dagli specialisti, o da tecnici di radiologia e da radiologi che fanno riferimento alla struttura con orari programmati. Inoltre deve essere prevista e organizzata un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone difficilmente trasportabili.

AREA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

SERT

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il SERT con la disponibilità di spazi autonomi ma coordinati con i servizi di cure primarie, i servizi sociali e le attività di auto-aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope.

SERVIZIO DI SALUTE MENTALE.

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il Servizio di Salute Mentale in coordinamento con le altre strutture di assistenza diurna per disabili e malati di mente.

CENTRI DIURNI

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il Centro Diurno che svolge attività di supporto assistenziale per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia. Presso il Centro Diurno possono essere organizzate anche

attività di assistenza domiciliare integrata (ADI). Il Centro Diurno rappresenta un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria ed ha una dotazione variabile di posti, in rapporto al bacino di utenza servito.

SERVIZIO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

La Casa della Salute deve prevedere la possibilità di programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative, tanto per chi sia eventualmente ricoverato (per esempio in una Residenza Sanitaria Assistenziale o in un Hospice) che per le utenze esterne (a domicilio, presso case di riposo).

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza di una Residenza Sanitaria Assistenziale dotata normalmente di un modulo di 20 posti letto. Per le RSA ubicate in una sede propria deve essere garantito un rapporto stretto con il complesso dei servizi sanitari e sociali collocati all'interno della Casa della Salute o sul territorio di riferimento.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

La Casa della Salute deve garantire il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attraverso una propria sede e specifici mezzi di trasporto. Le attività sono in gran parte proiettate al domicilio, salvo le fasi di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi che sono svolte nella Casa della Salute. L'ADI è costituita da un'équipe composta dal medico di famiglia competente per il caso, da infermieri, da assistenti sociali, da operatori sociosanitari, da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.

PREVENZIONE

Il Servizio Prevenzione deve assumere il ruolo strategico nella Casa della Salute. Attraverso il Servizio Prevenzione di devono costruire rapporti di collaborazione tra servizi sociosanitari e cittadini, si devono:

- ❖ sviluppare programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia;
- ❖ predisporre e realizzare gli screening per la prevenzione delle principali patologie;
- ❖ impostare i programmi di educazione alla salute, anche attraverso l'intervento della scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con le organizzazioni di utenti e cittadini, con le Associazioni del volontariato.

Presso il Servizio devono trovare collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di prevenzione per attività di sanità pubblica, che devono coinvolgere, tra l'altro, i medici di medicina generale per valorizzarne la mole ingente di informazioni epidemiologiche e utilizzare al meglio il loro rapporto quotidiano con i cittadini.

CONSULTORIO FAMILIARE E AMBULATORIO ANDROLOGICO

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il Consultorio Familiare e l'Ambulatorio Andrologico. Essi rappresentano la sede di promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per la prevenzione dell'infertilità, per l'educazione della

donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia (aborti bianchi, lotta ai tumori femminili, lotta alle malformazioni).

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La Casa della Salute deve avere al proprio interno l'Unità di Valutazione Multidimensionale che deve essere direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse, con particolare riferimento a quelle cronico-degenerative.

AREA DEI SERVIZI SOCIALI

UFFICI PER IL SERVIZIO SOCIALE

La Casa della Salute deve avere al proprio interno una specifica area per i Servizi Sociali e destinata alle attività di Segretariato Sociale (informazioni, colloqui, accoglienza) da attivare anche con l'apporto delle Associazioni del Volontariato. La dimensione di questo spazio deve variare in ragione della consistenza delle attività sociali che possono essere attivate nella Casa della Salute o attraverso la Casa della Salute.

AREA DEI SERVIZI DI SUPPORTO

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE

La Casa della Salute deve realizzare attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e la comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e liberare gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che ne limitano e complicano l'esercizio della professione.

TECNOLOGIE INFORMATICHE

La Casa della Salute deve disporre di tecnologie e servizi informatici per il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza e il telemonitoraggio che possono essere utilizzate dalla medicina delle cure primarie per collaborazioni a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione.

La Regione Calabria, in coerenza con il Piano Sanitario Regionale, definirà il numero e la localizzazione delle Case della Salute da progettare e realizzare per l'avvio della sperimentazione all'interno della Rete.

Con l'impiego dei fondi comunitari si dovrà provvedere alla:

- **progettazione di modelli tipo di Casa della Salute.** Il modello tipo dovrà definire la struttura logistica, gli impianti e le attrezzature necessarie, il modello organizzativo e gestionale generale, i modelli di erogazione/fruizione dei singoli servizi, le risorse professionali necessarie, il piano finanziario degli

investimenti, i costi annui di gestione, l'analisi costi/benefici dell'investimento, la sostenibilità della gestione.

- **realizzazione delle Case della Salute sperimentali** nei territori dei comuni di Paola, Cariatì, Lamezia Terme, Chiaravalle Centrale, Pizzo Calabro, Taurianova e Siderno.
- **monitoraggio e valutazione della sperimentazione** della Rete Regionale delle Case della Salute e adeguamento dei modelli tipo di Casa della Salute.

Per la realizzazione delle Case della Salute si potranno utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse, per esempio a seguito della riconversione di piccoli ospedali o presidi da ristrutturare, ma anche edifici messi a disposizione dei Comuni, beni confiscati alla criminalità organizzata, sedi specificamente progettate ed edificate.

2.12.4.4 La presa in carico dei cittadini e la continuità delle cure

Obiettivo prioritario del piano è inoltre quello di ricondurre la medicina territoriale al proprio ruolo originario, attraverso l'intercettazione del fabbisogno sanitario, oggi spesso impropriamente attribuito al livello ospedaliero; ciò può essere raggiunto grazie a:

- un miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale;
- l'integrazione operativa e/o funzionale delle varie risorse professionali;
- la semplificazione per l'utente dei percorsi di accesso alle prestazioni;
- l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- l'educazione sanitaria e la promozione della salute.

Il dovere "prendersi cura" dei pazienti comporta la necessità di farsi carico oltre che dei problemi clinici dei pazienti, anche della loro "fragilità" e soprattutto dei "percorsi assistenziali" che essi devono affrontare. Ciò impone la necessità di definire un modello di "presa in carico" che aiuti a fare sintesi, ma anche a tenere i fili di un percorso assistenziale assai spesso frammentato o difficile.

Costituisce pertanto un avanzamento culturale dei modelli di *nursing* che per potersi esprimere nel quotidiano ha bisogno di un supporto organizzativo, che inizia con l'accoglienza e accompagna il cittadino nel suo peregrinare nella malattia, fino ai suoi esiti.

Per far questo è necessario provvedere alla:

- definizione di **percorsi assistenziali** concordati che lasciano spazio alla personalizzazione;
- formazione **ad hoc** per competenze di *assessment*, gestione dei problemi specifici, educative, di coordinamento del percorso assistenziale;
- individuazione di **responsabilità precisa** e non generica all'interno dei gruppi di cura.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti la Giunta Regionale, in stretta collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta,

gli specialisti ambulatoriali e con in contributo delle Società scientifiche, definirà progetti di sperimentazione in ambito distrettuale, rivolti alla individuazione di un **modello operativo di presa in carico del paziente**.

2.12.4.5 L'assistenza domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da **interventi esclusivamente di tipo sociale** (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad **interventi socio-sanitari** (attività riabilitative, assistenza infermieristica, interventi del podologo, ecc.). Il suo obiettivo è quello di erogare un servizio di buona qualità, lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

L'assistenza domiciliare fornisce svariate **prestazioni a contenuto sanitario**, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Provinciale, dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario.

2.12.5 Il governo della domanda di prestazioni specialistiche: gli standard di fabbisogno, l'accesso alle prestazioni, le liste di attesa

La moderna ed avanzata organizzazione dell'offerta territoriale si basa su criteri di rigorosa appropriatezza prescrittiva clinica, organizzativa e strutturale.

Ciò si rende indispensabile sia per ragioni di eticità che di razionale utilizzo delle risorse che devono essere mobilitate per la soddisfazione dei bisogni di assistenza dei cittadini. Sul piano strutturale le Aziende dovranno porre mano al riordino dei distretti utilizzando le risorse rese disponibili dalla razionalizzazione delle strutture esistenti e dal processo di deospedalizzazione in corso.

Sul piano dell'appropriatezza organizzativa è necessario **evitare il mantenimento di strutture ridondanti** o la **duplicazione di strutture esistenti** che, oltre ad incrementare i costi di produzione dei servizi, possono costituire "stazioni di intermediazione burocratica" che finiscono per complicare l'accesso e compromettere la fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

Sul piano dell'appropriatezza clinico-prescrittiva occorre partire dalla consapevolezza che gli eccessi di consumo di prestazioni attualmente presenti sul territorio sottraggono risorse proprio alla produzione di servizi necessari per la cura dei cittadini. Il riferimento è ad una spesa farmaceutica eccessiva ed ingiustificata, ad un consumo di attività specialistica superiore al bisogno di assistenza, soprattutto per una popolazione, quale è quella della Calabria,

mediamente più giovane di quella nazionale, ad un uso inappropriato del ricovero ospedaliero, attestato ad un tasso di ospedalizzazione pari a 232 ricoveri ogni mille abitanti.

Per ciò che riguarda la spesa farmaceutica occorre, a partire dall'impegno dei medici prescrittori, riportare la spesa almeno nella media nazionale in termini di incidenza sulla spesa sanitaria complessiva, recuperando così risorse per migliorare i livelli di assistenza.

Per quanto riguarda l'appropriatezza nel campo dell'assistenza specialistica si rende necessario stabilire i **seguenti standard di consumo medio per cittadino**:

- attività clinica per le **prime visite**, pari ad **una prestazione** l'anno ogni abitante;
- attività specialistica per prestazioni di **patologia clinica**, pari a **9,5 prestazioni di laboratorio** l'anno ogni abitante;
- totale complessivo per **prestazioni specialistiche per qualsiasi branca**, pari a **12 prestazioni specialistiche** l'anno ogni abitante.

Tali standard sono ricavati dalle esperienze di monitoraggio della domanda e determinati sulla base di una stima condotta in riferimento alla struttura della popolazione, tenuto conto del grado di invecchiamento di poco inferiore alla media nazionale. L'individuazione di standard appropriati di consumo consente di governare, senza nulla togliere ai cittadini, la corretta erogazione dei LEA.

Relativamente alle **modalità di accesso** ed ai **tempi massimi di attesa** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero si fa riferimento a quanto previsto dal Patto della salute del 23 dicembre 2005 stipulato tra Stato e Regioni. Più specificamente, sono adottati i tempi e le modalità indicate nel "Piano regionale di contenimento delle liste di attesa", di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 31 luglio 2006, n. 502.

Per ciò che riguarda infine i ricoveri ospedalieri occorre intervenire con il riordino dell'offerta, con lo sviluppo dei servizi residenziali extraospedalieri (in particolare ospedali di comunità e strutture di degenza intermedia), ma anche con una maggiore responsabilizzazione dei prescrittori, per conseguire **un tasso programmato di ospedalizzazione** conforme all'effettivo bisogno di ricovero, quantificabile per il territorio regionale in un valore massimo di **180 ricoveri l'anno per mille abitanti**, comprese le attività di ricovero diurno ed il contributo delle strutture private, così come previsto dagli accordi Stato-regioni.

2.12.6 L'assistenza farmaceutica

Nel campo dell'assistenza farmaceutica occorre garantire la realizzazione e il controllo dei processi volti alla attuazione di una buona politica del farmaco, attraverso il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni da parte delle professionalità coinvolte e favorendo l'integrazione degli ambiti assistenziali farmaceutici, ospedaliero e territoriale, anche per la realizzazione della continuità dell'assistenza ospedale/territorio.

Per lo sviluppo della politica del farmaco dovranno essere implementati interventi specifici utili a conseguire nel triennio di validità del piano

l'appropriatezza prescrittiva l'educazione al consumo dei farmaci, il controllo della spesa e la farmacovigilanza.

La Giunta Regionale recentemente ha provveduto ad adottare specifici provvedimenti inerenti il contenimento e la razionalizzazione della spesa farmaceutica che anticipano le indicazioni in materia operate dal piano.

2.12.6.1 Appropriatezza prescrittiva

La razionalizzazione dell'utilizzo del farmaco e della spesa farmaceutica ha l'obiettivo primario di promuovere negli operatori sanitari la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza di quanto erogato al fine di dare accesso, tempestivamente, a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno, evitando danni per la salute, legati ad un consumismo sanitario incontrollato, e conseguendo la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Tutto ciò deve essere perseguito mediante:

- l'adeguamento dei comportamenti prescrittivi sulla base delle indicazioni riportate nella *Evidence Based Medicine*;
- revisione sistematica del prontuario terapeutico, che garantisca la scelta del principio attivo basata su evidenze cliniche documentate e condivise, sulla loro trasferibilità alla pratica clinica e sulla stima di compatibilità fra efficacia pratica e costi sostenuti.

2.12.6.2 Educazione all'uso corretto del farmaco

Con l'adozione di iniziative d'informazione ed aggiornamento dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, medici ospedalieri, al fine di realizzare percorsi terapeutici appropriati e condivisi e qualificare la prescrizione ottimizzando l'uso delle risorse.

2.12.6.3 Farmacovigilanza

Promuovendo nella popolazione campagne di informazione rivolte ai cittadini sull'uso corretto dei farmaci (acquisto, utilizzo, conservazione, smaltimento), con particolare riferimento agli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in sinergia con i Servizi preposti delle Aziende Sanitarie e anche mediante mezzi d'informazione.

Nel periodo di validità del piano dovranno inoltre essere potenziati i centri di riferimento aziendale della Rete regionale di Farmacovigilanza attraverso l'acquisizione delle necessarie dotazioni tecnologiche e professionali. La Giunta Regionale provvederà inoltre alla realizzazione di progetti formativi di farmacovigilanza, mediante attività continue di aggiornamento e sensibilizzazione rivolte agli operatori sanitari, sullo strumento della segnalazione delle reazioni avverse da farmaci (Legge 449/97).

Al fine di aumentare la sicurezza nella gestione della terapia farmacologica dovrà essere svolta una attività sistematica di rilevazione dell'entità e tipologia degli errori farmacologici, anche attraverso progetti finalizzati.

2.12.6.4 Gestione farmaci e dispositivi medico-chirurgici

Occorre migliorare la gestione dei farmaci e dei dispositivi medico-chirurgici pianificandone l'accessibilità nonché individuando adeguati ed appropriati percorsi per la gestione di approvvigionamenti, scorte e dispensazione nelle strutture sia ospedaliere che territoriali.

2.12.6.5 Controllo della spesa

Valorizzando l'attività sistematica di monitoraggio e *reporting* del consumo di farmaci, anche prevedendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Una attenzione continua dovrà essere portata verso l'attività di analisi della spesa e del consumo di farmaci, sia a livello aziendale che del Dipartimento per la tutela della salute, anche avvalendosi della collaborazione di soggetti istituzionalmente deputati alla raccolta e alla elaborazione dei dati di consumo.

2.12.6.6 La vigilanza ed il controllo delle attività farmaceutiche

Dovranno inoltre essere rese compatibili con il nuovo assetto organizzativo e gestionale delineato dalle attuali disposizioni le norme relative alla **vigilanza** ed al **controllo** sulle attività farmaceutiche. A tal fine la Giunta Regionale provvederà ad aggiornare alle esigenze del nuovo servizio sanitario regionale tutte le direttive regionali per l'attuazione delle norme nazionali in materia farmaceutica, con particolare riferimento alla legge 4 agosto 2006 n. 248 e al decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219.

2.12.7 L'alta integrazione

Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, con particolare riguardo ai disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali. In tali servizi, è quindi fondamentale che si guardi sistematicamente al rapporto tra la persona e i propri contesti di vita, agendo sui fattori che ne favoriscono lo sviluppo.

Chi ricorre ai servizi dell'area socio sanitaria si trova solitamente in uno stato di bisogno e di non autosufficienza che non gli consente di provvedere a se stesso e che pertanto lo pone nelle condizioni di necessitare di un aiuto esterno. Per queste ragioni, la persona fragile e la sua famiglia devono costituire l'esclusivo riferimento per determinare regole e procedure.

La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione rappresenta, infatti, non solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma soprattutto un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di *setting* operativi e organizzativi utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo.

La presa in carico, inoltre, non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni, con particolare riguardo alle realtà solidaristiche.

Il ruolo assegnato all'integrazione socio-sanitaria per la costruzione dei servizi del nuovo sistema del welfare è evidente. Il nuovo Piano Socio-Sanitario regionale intende affermarsi quale strumento atto ad individuare un nuovo assetto dell'organizzazione dei servizi nel territorio. Ancora una volta, in particolare, l'attenzione si sposta sui MMG, sui pediatri di libera scelta e sugli operatori sanitari di comunità che sono chiamati a svolgere un nuovo, fondamentale, ruolo. Il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base consiglia infatti di recuperare a pieno questa risorsa, riportandola al centro della risposta sanitaria. Tale cambiamento deve avvenire in raccordo con le altre presenze nel territorio, uniformandosi all'interno di un governo unitario dei servizi sociosanitari nel territorio, che si esprimerà anche attraverso la partecipazione alle scelte di programmazione al fine di garantire la conformità agli obiettivi di salute programmatici.

I cambiamenti di contesto inducono a ridisegnare il modello sociosanitario recuperando e valorizzando il sistema delle relazioni e le diverse forme di appartenenza solidali di cui la società calabrese è ricca; il passaggio dal welfare dei diritti a quello delle responsabilità centrato sulle esigenze della famiglia è un tema prioritario nella nuova programmazione.

Il punto centrale del sistema calabrese, al di là della sostenibilità finanziaria, è quello delle appartenenze; infatti senza il sistema delle relazioni familiari, esso non sussisterebbe.

La famiglia sostiene il maggior carico del welfare, ma è l'ultima dei beneficiari del sistema pubblico sia in termini di trasferimenti monetari che di erogazione di servizi soprattutto se numerosa.

La massima espressione dei benefici dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali e delle criticità derivanti da una mancata integrazione delle politiche emerge, con grande rilievo, negli ambiti dell'alta integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla tutela della salute mentale, al sostegno alle disabilità ed al superamento del disagio esistenziale utilizzando, altresì, gli strumenti individuati dall' art.17 della legge regionale 11 maggio 2007 n.9.

2.12.7.1 La salute mentale

La salute mentale è assunta come priorità su cui intervenire e per la quale ci si propone di avviare un percorso di graduale superamento delle numerose carenze dell'attuale sistema regionale per l'assistenza delle persone con disturbo mentale e di progressiva riorganizzazione della rete dei servizi, da realizzare in maniera uniforme su tutto il territorio, sulla base dei valori, dei principi e delle pratiche definiti dalla "Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa" e dal "Piano di azione della conferenza dell'OMS di *Helsinki* del gennaio 2005".

Obiettivi prioritari saranno quelli di seguito indicati:

- la piena operatività dei Dipartimenti di salute mentale, secondo quanto definito dalle linee guida elaborate dalla Giunta regionale (D.G.R. del 19 febbraio 2007 n.105 e 106) ;
- l'attivazione della rete dei servizi secondo quanto definito dalle stesse linee guida, con particolare riferimento ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), alle strutture alternative (centri diurni, case famiglia), ai Centri di salute mentale ed all'assistenza domiciliare;
- la riduzione della disomogeneità di risposta alla domanda di salute mentale nel territorio regionale;
- il raggiungimento dei parametri di operatori/popolazione, prossimi a quelli individuati dal Progetto obiettivo nazionale;
- l'attivazione di convenzioni tra i DSM e l'amministrazione penitenziaria per l'assistenza e la cura dei detenuti con disturbo e disagio mentale ed il contrasto al ricorso agli OPG;
- il coordinamento con i servizi di area ad alta integrazione del distretto riguardo agli interventi di prevenzione e cura dei disturbi e delle patologie di "confine";
- la riduzione delle pratiche restrittive nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;
- la realizzazione in ogni DSM di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni di familiari e delle persone con disturbo mentale;
- il sostegno dei familiari sul piano dell'informazione e della riduzione del carico, il sostegno delle persone con disturbo mentale nei percorsi di aggregazione, del protagonismo e della cittadinanza sociale;
- l'utilizzazione delle strutture costruite con risorse ex art. 20 e non ancora attivate;
- il recupero della migrazione dei pazienti fuori Regione e fuori degli ambiti territoriali di competenza;
- la soluzione della questione dell'Istituto "Papa Giovanni XXIII" di Serra D'Aiello;
- la riforma delle Case di cura neuropsichiatriche private;
- la riorganizzazione delle Case di Cura Neuropsichiatriche private;
- l'accompagnamento nella riorganizzazione delle strutture residenziali;
- lo sviluppo di un sistema informativo efficiente;
- la formazione continua di tutti gli operatori dei DSM.

2.12.7.2 Le dipendenze

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope lecite e illecite ha assunto, negli ultimi anni, proporzioni sempre più vaste, interessando ampi strati di popolazione, in particolare quella giovanile, in considerazione della forte diffusione sul mercato illecito di vecchie e nuove sostanze (eroina, cocaina, sostanze sintetiche) e sull'aumentato consumo fra i giovani di alcol e la facile reperibilità di benzodiazepine, sia nella case che nel mercato illecito

I dati evidenziano, oltre al notevole abbassamento dell'età di assunzione, modalità di consumo "nuove" rispetto a quelle tradizionali, facendo emergere il fenomeno della "poliassunzione", cioè l'uso contemporaneo di più sostanze

associato in moltissimi casi ad alcol e farmaci, nonché la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, quali il gioco d'azzardo e la dipendenza da internet.

Queste diverse modalità e abitudini di consumo determinano un forte impatto sociale e sanitario con la conseguente necessità di individuare e definire politiche socio-sanitarie in grado di comprendere l'ampiezza e la complessità del fenomeno ed affrontare le problematiche ad esso collegate in modo rapido ed efficace in termini di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da "dipendenza senza droghe".

Ne deriva pertanto la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti. Il potenziamento degli interventi di prevenzione e lo sviluppo di azioni su tutte le forme di dipendenza, nonché il rafforzamento del modello di "rete" dei servizi, anche per assicurare la sinergia tra servizio pubblico e privato sociale.

La Regione Calabria, trasferendo le risorse e la progettualità del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga per il triennio 2002-2003-2004 e per il successivo biennio 2005-2006 alle Aziende Sanitarie ha compreso l'espandersi e l'evoluzione del fenomeno implementando così un sistema a rete dei Servizi Pubblici, degli Enti Locali, del Privato Accreditato e del Volontariato capace di intervenire in modo più appropriato e di fornire risposte articolate e flessibili alle vecchie e nuove richieste di aiuto delle persone con problemi di dipendenza e delle loro famiglie.

2.12.7.2.1 Le linee programmatiche per la funzionalità dei servizi

Le **linee programmatiche e strategiche di sviluppo** per il prossimo triennio per rafforzare e consolidare le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione sono pertanto:

- la **riqualificazione e la diversificazione dell'intervento dei Servizi per le Dipendenze** (Ser.T.) in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine anche una modalità di lavoro per progetti secondo criteri d'adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse, individuando nelle "Unità di Strada" lo strumento attraverso cui instaurare un positivo rapporto con i giovani e attrarre coloro che necessitano di interventi socio-sanitari presso i Ser.T.;
- l'**integrazione degli interventi sociali e sanitari** ed il raccordo tra gli atti di programmazione dei comuni e delle Aziende sanitarie, anche attraverso l'utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo nazionale per le politiche sociali. Le azioni progettuali nelle dipendenze, da svilupparsi da parte delle Aziende Sanitarie, in collaborazione con gli enti locali ed il privato sociale, dovranno essere definite con lo strumento dei Piani attuativi locali nel quadro dell'integrazione e qualificazione dei servizi territoriali;
- il rafforzamento del rapporto di collaborazione tra i servizi pubblici ed il privato accreditato, in un **sistema di rete dei servizi**, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze;
- lo sviluppo di interventi di sensibilizzazione e di **promozione della salute**, diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali ed

- illegali, ed a ridurre i rischi correlati, anche mediante servizi di consulenza e di orientamento, in particolare in ambito sportivo;
- azioni di promozione della salute mirate per l'**età adolescenziale**, in sinergia con le varie istituzioni che quotidianamente operano per i giovani, con particolare riferimento al mondo della scuola;
 - la definizione di **protocolli con le Commissariati di Governo e le Forze dell'Ordine**;
 - la diffusione delle iniziative già avviate da parte dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato per la prevenzione ed il contrasto del consumo di droghe legali ed illegali all'interno delle discoteche e dei luoghi del divertimento giovanile, delle scuole guida e delle palestre anche attraverso l'uso dei "**peer-educators**" mediante **protocolli d'intesa** con le associazioni che gestiscono tali servizi;
 - **ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali** all'interno dei rapporti convenzionali tra Aziende sanitarie provinciali e privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, in un rapporto di integrazione con le potenzialità offerte dal privato sociale accreditato;
 - sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai **programmi di riabilitazione** dei soggetti con dipendenze patologiche e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
 - completa realizzazione della rete regionale informativa dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale Accreditato per porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica, al fine di orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale attraverso la costituzione **dell'Osservatorio Regionale delle Dipendenze** in coerenza con la deliberazione di Giunta Regionale del 31 luglio 2006 n. 553;
 - garantire, nell'ambito dell'osservatorio di cui sopra, l'attività del Centro Regionale di Documentazione sulle dipendenze quale utile strumento di informazione;
 - consolidamento nelle Aziende Sanitarie dei servizi per le dipendenze attraverso il **Dipartimento delle Dipendenze**, istituito in ogni azienda sanitaria provinciale in risposta alla complessità del fenomeno dipendenze. Il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze svolge le funzioni di struttura territoriale, come rete di intervento preventiva, terapeutica e riabilitativa, dove, diversi soggetti pubblici e privati accreditati, con effettiva pari dignità e nel rispetto dei specifici ruoli e competenze, realizzino un programma di interventi coerenti e coordinati attraverso il riconoscimento e la valorizzazione del partenariato locale in una prospettiva di continuità assistenziale. Il Dipartimento delle Dipendenze ha funzioni di coordinamento tecnico a livello aziendale, come strumento propositivo e di raccordo delle esperienze territoriali a supporto delle scelte strategiche dell'azienda per l'azione di contrasto alle dipendenze assicurato dai servizi pubblici e del privato sociale accreditato in ogni distretto. Presso il Dipartimento di tutela della salute viene istituito un del **comitato interdipartimentale regionale** in cui siano rappresentate le organizzazioni pubbliche e del privato sociale accreditato per realizzare una strategia di intervento condivisa e uniforme e

come spunto per la programmazione regionale e guida per i piani strategici AS e per i piani di zona.

2.12.7.2.2 Le aree di intervento

In tale contesto le **azioni specifiche** che nel triennio di validità del piano la Giunta Regionale, provvede prioritariamente a sostenere e sviluppare, sono le seguenti:

A. Per i **servizi pubblici** e del **privato accreditato**:

- ❖ Revisione della normativa regionale in materia di organizzazione dei servizi pubblici e privati per le dipendenze;
- ❖ Azione Programmata regionale per l'individuazione dei percorsi assistenziali oggetto di concertazione quali:
 - Centri per abuso e dipendenza da cocaina e/o stimolanti.
 - Dipendenze senza sostanze, quali il gioco d'azzardo patologico, dipendenza da video, internet ecc..
 - Interventi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per problematiche emergenti (minorenni dipendenti da sostanze, tossico-alcoldipendenze e genitorialità, stranieri, gravi marginalità e condizioni di degrado, ecc.).
- ❖ Consolidamento e rimodulazione e formulazione della sperimentazione delle nuove tipologie di servizi mediante linee guida condivise, residenziali e semiresidenziali avviata dalla Giunta Regionale con deliberazione dell' 8 agosto 2006 n. 579. "Approvazione atto di intesa Stato-Regioni del 5/8/1999 concernente Determinazione dei requisiti minimi standard per l'Autorizzazione al funzionamento e per l'Accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso". e definizione di nuove modalità di intervento (programmi di rete, interventi a bassa soglia, azioni innovative per la riduzione del danno, doppia diagnosi);
- ❖ Completamento del processo di accreditamento istituzionale del settore.
- ❖ Indirizzi alle Aziende sanitarie per l'attivazione del Comitato delle Dipendenze quale organo di coordinamento con le Aziende sanitarie per assicurare flessibilità organizzativa, integrazione e appropriatezza degli interventi e collaborazione paritetica tra servizi ed Enti pubblici e privato sociale accreditato.
- ❖ Iniziative di formazione, riqualificazione professionale e sviluppo della ricerca nel settore.
- ❖ Indicazioni alle Aziende Sanitarie per il trattamento in regime di ricovero ospedaliero delle dipendenze patologiche con particolare riferimento a quelle psichiatriche.
- ❖ Osservatorio delle Dipendenze: messa a regime dell'integrazione tra Pubblico ed Enti Ausiliari per la gestione omogenea e integrata dei processi assistenziali, per far fronte ai debiti informativi regionali e nazionali e per orientare le scelte programmatiche, regionali e locali, nel settore.
- ❖ Rafforzamento, stabilizzazione e aggiornamento del Centro Regionale di Documentazione.

B. Per quanto riguarda il consumo di **alcol**:

1. Definire il **Progetto Obiettivo "Alcol"** alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella Legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" e del "Piano Nazionale Alcol e Salute" approvato nella conferenza Stato Regioni. rep.atti n.68/CSR del 29 marzo 2007. In tale ambito dovranno essere definiti e previsti in un insieme di strategie e azioni che affrontano i problemi posti dalla specifica duplice valenza dell'alcol in quanto:
 - componente di bevande liberamente prodotte e commercializzate, socialmente accettate e inserite in schemi comportamentali ben integrati nella cultura del nostro Paese;
 - sostanza fortemente psicotropa in grado di provocare gravi problemi acuti e cronici (fisici, psichici e sociali) nonché gravi dipendenze al pari delle droghe.
2. Tenendo conto di tale duplice valenza, sono stati individuati alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, un insieme di aree strategiche e azioni prioritarie per il triennio 2007-2009, da attivarsi successivamente e i cui risultati saranno monitorati e verificati secondo specifici indicatori. In considerazione di quanto detto sopra, il Progetto Obiettivo "Alcol" assume quale scopo finale la prevenzione e riduzione della mortalità e morbilità alcolcorrelate nella nostra Regione, ponendosi i sottoindicati obiettivi intermedi:
 - Aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato.
 - Ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane.
 - Ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse.
 - Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, il luogo di lavoro, la comunità o i locali dove si beve.
 - Ridurre la diffusione e la gravità di danni alcolcorrelati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia.
 - Mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcol dipendenti.
 - Provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol.
 - In relazione agli obiettivi suddetti, si assumono i seguenti sub obiettivi.
 - Aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio.

- Aumentare la percentuale di consumatori problematici avviati, secondo modalità adeguate alla gravità dei problemi, al controllo dei propri comportamenti di abuso, con particolare riferimento ai giovani.
 - Garantire l'adeguamento dei servizi secondo le previsioni della legge 125/2001 e aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per la dipendenza da alcol.
3. Per raggiungere gli obiettivi e i sub obiettivi indicati, si propongono le seguenti aree strategiche di intervento prioritario, con l'indicazione dei risultati attesi per ciascuna di esse nonché delle azioni da implementare:
- Alta integrazione tra il servizio pubblico ed il privato sociale accreditato;
 - Istituzione dei Servizi algologici presso i Ser.T.;
 - Campagne informative;
 - Informazione /educazione
 - Progetti di prevenzione nei luoghi di lavoro, nelle scuole guida e nei luoghi ricreativi;
 - Monitoraggio del danno alcol correlato e delle politiche di contrasto all'interno dell'Osservatorio Regionale delle Dipendenze;
4. Resta ferma, quale indispensabile strumento per la realizzazione degli obiettivi indicati, la necessità di promuovere la cultura alcologica di tutti gli operatori a qualsiasi titolo coinvolti e di provvedere adeguatamente alla formazione e aggiornamento del personale interessato nell'ambito delle aree sanitaria, sociale, educativa e psicologica.
5. L'assetto organizzativo e funzionale della rete dei servizi per le problematiche di alcoldipendenza e alcolcorrelate;
- individuazione di posti letto ospedalieri per cittadini con problemi alcolcorrelati complessi che richiedono interventi specifici, intensivi e multidisciplinari;
 - strutture territoriali residenziali e/o semiresidenziali per quei pazienti che presentano un quadro clinico stabilizzato ma che necessitano di interventi multidisciplinari integrati (medici, psicologici, ed educativo) finalizzati all'acquisizione e/o recupero di abilità cognitive-comportamentali-sociali causati dall'abuso;
 - valorizzazione dei gruppi del volontariato e dell'auto-aiuto e rafforzamento dell'integrazione con la rete dei servizi pubblici;
 - attribuzione all'Osservatorio Regionale delle Dipendenze delle funzioni di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati di cui all'art.3, comma C, della legge 125/2001.

C. Per il **tabagismo**:

Premesso che il fumo di tabacco è la più importante causa di morte prematura nei Paesi sviluppati e pertanto uno dei più gravi problemi di sanità pubblica. Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto comportamento-stile di vita dannoso, socialmente diffuso e tollerato;
- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e, al tempo stesso, fattore di rischio per numerose malattie correlate;

- di tipo igienistico e normativo, dato che il fumo passivo è un inquinante ambientale e pertanto sottoposto a norme per la vigilanza e il controllo della sua pericolosità sociale.

Alla luce della complessità del fenomeno, il CCM presso il Ministero della Salute, ha promosso un progetto nazionale mirante ad attivare un'azione comune dello Stato e delle Regioni in tema di prevenzione, controllo e cura del tabagismo, attraverso un approccio globale comprendente:

- interventi educativi, di promozione alla salute e di stili di vita sani, capaci di controbilanciare la "pressione sociale" che tende a promuovere l'inizio ed il mantenimento dell'abitudine tabagica;
- offerta di cure e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- norme restrittive per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti pubblici e di lavoro.

Occorre pertanto:

1. Definire il **Progetto Obiettivo: "Antifumo"** - Sviluppo di iniziative di formazione del personale che opera nei Ser.T. e negli Ospedali, anche attraverso accordi con le Università Calabresi;
2. Realizzare iniziative di prevenzione innovative mirate alle fasce di popolazione maggiormente a rischio (giovani e adolescenti);
3. Ottimizzare della rete dei Ser.T. e degli Ospedali attraverso la definizione dei requisiti minimi organizzativi, l'omogeneizzazione dei programmi di trattamento e del sistema tariffario;
4. Realizzare interventi di disassuefazione in ambienti che facilitino la cura di sé e il benessere della persona;
5. Realizzare iniziative di sostegno negli ambienti di lavoro per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo (consulenza ai datori di lavoro, attività di sensibilizzazione e informazione sui rischi da fumo attivo e passivo).

D. Circa l'utilizzo di **Cocaina**:

1. Attuare il Progetto Nazionale "Unità operative ad elevata integrazione tra i Servizi pubblici e il privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani e i consumatori di psicostimolanti.

E. Infine per l'assistenza dei tossico – alcol – dipendenti in **ambito penitenziario**:

1. Sostenere il processo di qualificazione dei servizi e degli interventi nel settore e rafforzare la rete esterna al carcere per un più efficace intervento delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti alcol e tossicodipendenti attraverso la definizione di protocolli operativi e convenzioni con il Ministero della Giustizia.
2. Trasferire dal Ministero della Giustizia alle Aziende sanitarie, previa individuazione delle risorse finanziarie necessarie, i rapporti convenzionali degli operatori dei presidi per i detenuti tossicodipendenti di cui al DM 10 aprile 2002 (G.U. n.181 del 3 agosto 2002).
3. Garantire la presenza degli operatori del privato sociale accreditato in connessione e con pari dignità con gli operatori del SSR all'interno delle strutture

carcerarie al fine di promuovere i gruppi di auto-aiuto finalizzati alla scelta di cambiamento dello stile di vita del soggetto tossicodipendente in carcere.

2.12.8 La riabilitazione e la disabilità

L'importanza di programmare un'offerta riabilitativa adeguata sul piano quantitativo e qualitativo si è imposta negli ultimi anni anche con riferimento all'aumento della vita media e, conseguentemente, all'incremento della disabilità. La tematica è altresì di grande rilievo per ciò che concerne l'età evolutiva, le esigenze di intervento post-traumatico e quelle emergenti a valle di ampie tipologie di interventi chirurgici.

Le attività riabilitative hanno valore decisivo sia per scongiurare maggiori conseguenze negative delle condizioni di disabilità, che per garantire una efficace continuità terapeutica che porti a buon esito gli altri interventi sanitari, garantendo così il più rapido reinserimento sociale e lavorativo.

Il riordino generale del servizio sanitario regionale deve trovare un elemento di avanzata strutturazione proprio nel ridisegno dell'offerta riabilitativa. La trasformazione di più di 900 posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione costituisce una occasione straordinaria che il piano sanitario deve realizzare per assicurare adeguata risposta alle esigenze dei cittadini, ma anche per favorire processi di razionalizzazione ed ottimizzazione delle funzioni degli ospedali, pubblici e privati; siffatti interventi, peraltro, sono imposti dagli accordi Stato-regioni e dalle conseguenze del riordino della rete ospedaliera, sopra indicato.

L'offerta riabilitativa nella nostra Regione presenta caratteristiche assai disomogenee nei diversi ambiti territoriali ed è in generale di molto inferiore al fabbisogno. In molte aree non esistono attività di riabilitazione estensiva; in altre, invece, si registra la presenza di centri altamente qualificati, che svolgono oggettivamente funzioni di livello regionale.

In tale contesto, gli obiettivi da perseguire sono:

- **allocazione dell'offerta** di riabilitazione intensiva ed estensiva sull'intero territorio regionale;
- valorizzazione dei centri di alta specialità esistenti;
- realizzazione di **iniziative pubbliche** per la creazione di centri di riabilitazione intensiva ed estensiva. In questo contesto si collocano il progetto di trasformazione dell'**Istituto Papa Giovanni XXIII** di **Serra d'Aiello** e quello relativo alla creazione del **centro per la sclerosi multipla** di Bova Marina in collaborazione con l'AIMS;
- **qualificazione della riabilitazione estensiva** ed ampliamento dell'offerta nelle strutture pubbliche;
- sviluppo della **riabilitazione domiciliare** attraverso i servizi distrettuali.

L'articolazione dell'offerta riabilitativa si organizza sulla base degli standard di riferimento dell'intervento riabilitativo di seguito riportati:

- **0,2 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti**, per l'intervento riabilitativo in fase ospedaliera post acuta (**codici 56, 28 e 75**) come in precedenza indicato;
- quota parte dello **0,6 posti letto ogni mille abitanti** che accoglie la componente ospedaliera in fase di lungodegenza, quale lungodegenza riabilitativa **codice 60**;
- la componente extraospedaliera si realizza in forma residenziale e diurna all'interno dello standard di **0,2 posti residenziali ex articolo 26** della l. 833 del 1978 **ogni mille abitanti**, pari a 400 posti residenziali, una quota dei quali, entro il tetto del 20%, individuato su indirizzo della Giunta regionale in forma diurna con adeguato servizio di trasporto a domicilio trattandosi di disabilità permanente. Altrettanti posti residenziali ogni mille abitanti sono organizzabili in strutture Residenziali Sanitarie per Disabili (RSD) con una durata massima dell'intervento residenziale pari ad un anno di permanenza e una percentuale di attività in forma diurna, entro il tetto del 40%, individuata su indirizzo della Giunta regionale;
- in aggiunta alle attività residenziali, l'Azienda sanitaria eroga direttamente attraverso i propri servizi, interventi anche in **forma ambulatoriale e domiciliare**, sulla base di uno standard di **0,2 trattamenti annui**, ambulatoriali e domiciliari, **ogni mille abitanti**.

2.12.8.1 Gli anziani e la condizione di non autosufficienza

La problematica degli anziani si presenta nella nostra Regione con caratteristiche che solo in parte si differenziano da quelle nazionali.

Anzitutto si registra un continuo incremento dell'indice di invecchiamento che ha determinato il passaggio da un'incidenza percentuale di popolazione ultra-sessanta- cinquenne del 13,5 % registrata nel 1992, al valore del 17,9 % del 2005. Certamente la Calabria non è ancora fra le regioni più anziane, ma ha praticamente raggiunto ormai il valore medio nazionale.

La rapidità del fenomeno è dovuta, oltre che alla forte diminuzione della natalità ed al progressivo aumento della vita media, anche alla forte emigrazione delle fasce giovanili di popolazione (19-35 anni).

La dislocazione sul territorio della popolazione calabrese in piccole comunità, 324 comuni al di sotto dei cinquemila abitanti, ma anche l'assenza di grandi aggregati urbani, pongono la questione anziani per alcuni versi in posizione peculiare rispetto ad altre parti del Paese. Resistono ancora fenomeni di maggiore integrazione sociale degli anziani nelle comunità e reti di solidarietà tradizionali che attutiscono notevolmente i fenomeni di solitudine e di emarginazione. A ciò contribuisce anche il ruolo economico degli anziani a favore della famiglia e dei suoi componenti più giovani, in una società non certo ricca e caratterizzata da altissimi tassi di disoccupazione.

Accanto agli aspetti sopra indicati, la problematica dell'incremento della domanda assistenziale e della non autosufficienza è comunque fortemente in crescita ed il sistema sanitario e sociale deve farsene carico.

Le politiche sanitarie e sociali tuttavia devono tenere conto della peculiarità con cui la questione anziani si presenta in Calabria.

In tale contesto, le direttrici prioritarie di intervento da seguire sono:

- **l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali**, tese prioritariamente a mantenere l'anziano nel proprio ambiente di vita e facilitarne il ritorno guidato in caso di temporanea assenza per ricovero ospedaliero o in strutture di accoglienza;
- **l'integrazione degli operatori sociali e sanitari** per la realizzazione dei programmi zionali concordati tra Azienda sanitaria e comuni. In tale azione strumento fondamentale è il disegno di percorsi socio assistenziali che garantiscano un positivo rapporto di continuità tra territorio ed ospedale;
- lo **sviluppo dell'assistenza socio sanitaria domiciliare**. In proposito tale politica dovrà essere supportata dalla creazione di una estesa rete di telemedicina domiciliare e di telesoccorso;
- la definizione di **accordi di programma** tra ASL e Comuni per la coprogettazione degli interventi per la non autosufficienza, con attenzione particolare alle patologie neurologiche degenerative (malattia di Alzheimer);
- la realizzazione sperimentale, in collaborazione con le associazioni del volontariato, di una **rete di tutor** per anziani soli;
- la programmazione di **strutture residenziali**, anche a carattere diurno, distribuite in modo equilibrato sul territorio, per l'accoglienza, anche temporanea, di anziani disabili. Le strutture da realizzare, o quelle esistenti da riorganizzare, dovranno assicurare la gestione dei servizi per moduli assistenziali di diversa intensità, perseguendo l'obiettivo del reinserimento nelle famiglie e nelle comunità di provenienza, per evitare i fenomeni di permanente istituzionalizzazione;
- la programmazione del **sostegno economico**, sostitutivo della residenzialità, **alle famiglie con anziani non autosufficienti**.

La programmazione della residenzialità di cui sopra, avviene nel rispetto dei seguenti indirizzi:

- il progressivo riutilizzo, per le finalità ivi indicate, delle strutture derivanti dalle **riconversioni dei presidi ospedalieri pubblici**, con integrazione in rete delle case di cura che risultano utilizzate a valori molto bassi per l'attività ospedaliera, con condizioni da negoziare nell'ambito di opportuni accordi regionali;
- la riorganizzazione, o la realizzazione ex novo, nel triennio di piano, di **strutture residenziali dell'integrazione socio sanitaria**, nella misura di almeno 1 posto residenziale ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni.
- si tratta di **RSA e Case protette**: circa 3600 posti residenziali per l'ambito regionale: le RSA sono remunerate in quota parte dalla sanità e dal settore socio assistenziale (quota sociale e compartecipazione del cittadino), in relazione alla tipologia delle funzioni assistenziali e delle prestazioni sanitarie erogate; completano il percorso le case protette prevalentemente a carattere sociale.

Più complessivamente, il rapido invecchiamento della popolazione, che come già rilevato ha portato la Calabria assai vicina alla media nazionale degli ultrasessantacinquenni, non ci può esimere dal considerare l'urgenza di prevedere risorse adeguate per il soddisfacimento dei crescenti bisogni in questo specifico settore.

Anche per la nostra Regione, dunque, è di grande importanza la costituzione del **fondo di solidarietà** previsto dal “Patto per la salute” e concretizzatosi nelle previsioni della finanziaria 2007, seppure con un primo stanziamento largamente inadeguato.

2.12.8.2 La maternità e l'infanzia

Così come indicato nel presente documento, gli indicatori fanno registrare da diversi anni un numero di nascite in sensibile calo, tale da determinare l'evoluzione del tasso di natalità dal valore di 12,9 nati ogni mille abitanti del 1992 a quello di 9,1 nati ogni mille abitanti registrato nell'anno 2005.

Il parametro epidemiologico è addirittura inferiore a quello medio registrato nello stesso periodo a livello nazionale in 9,5 nati ogni mille abitanti.

Accanto a tale indicatore occorre considerare quello, assai negativo, relativo alla speranza di vita in buona salute alla nascita, che risulta pari a 42,6 anni per i maschi ed a 32,3 anni per le femmine, valori che collocano la Calabria all'ultimo posto della classifica nazionale.

Se a quanto sopra rilevato si considera il dato relativo alla forte emigrazione giovanile nella fascia di età 19 - 35 anni, si possono immaginare le conseguenze sociali ed economiche per il futuro della Regione.

Tutto ciò impone l'adozione di politiche rivolte a contrastare i fenomeni negativi indicati, in coerenza con le indicazioni del progetto obiettivo materno-infantile che la Regione recepisce.

In particolare per ciò che concerne gli interventi da sviluppare nel periodo di validità del piano sanitario, sono necessari alcuni interventi prioritari, quali:

- lo sviluppo e il consolidamento della **rete dei consultori**, quali presidi fondamentali di ausilio alle giovani coppie ed alle famiglie per la procreazione responsabile ed assistita; i consultori, organizzati in ambito distrettuale, dovranno realizzare:
 - ❖ programmi di intervento di prevenzione, diagnosi e presa in carico delle problematiche specifiche per età,
 - ❖ promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
 - ❖ sostegno della genitorialità e mediazione familiare negli ambiti familiari e comunitari;
 - ❖ prevenzione dei disturbi della sfera genitale femminile e dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
 - ❖ attività di educazione alla sessualità con interventi di diagnosi e cura per le patologie psicosessuali;
 - ❖ attività di prevenzione secondaria, diagnosi e terapia per la menopausa;
 - ❖ attività di prevenzione e protezione dagli abusi, di prevenzione del disagio minorile e dei disturbi del comportamento alimentare;
 - ❖ attività di prevenzione e rimozione dei fattori di disadattamento minorile e scolastico, in collaborazione con gli altri servizi aziendali e le agenzie sociali del territorio, nella logica di offrire un servizio territoriale integrato concernente le adozioni, gli affidi, la tutela dei minori nelle separazioni, la tutela della popolazione immigrata e della popolazione in affido all'autorità giudiziaria;

- la presenza in ogni consultorio della funzione di supporto psicologico con la messa in atto di specifiche **azioni** per la prevenzione ed il trattamento della **depressione post-partum**, e della **violenza tra le mura domestiche**,
- lo sviluppo dell'associazionismo familiare, con il conseguente sviluppo di forme di **auto-aiuto**;
- la particolare attenzione da parte dei servizi consultoriali alla **popolazione immigrata multietnica**, soprattutto con quella femminile e con quella minore, che rappresentano il "ponte" per raggiungere la fascia maschile straniera. E' necessario garantire in particolare:
 - ❖ le attività di prevenzione e presa in carico per gli **adolescenti** e i **giovani adulti stranieri**, soprattutto per i minori non accompagnati;
 - ❖ interventi per la **tutela della salute psichica**, per la difficoltà che gli immigrati incontrano nella transazione dalla propria cultura d'origine a quella della nostra Regione;
 - ❖ il contrasto dell'alto numero di **interruzioni volontarie di gravidanza** che si registrano nelle donne immigrate;
 - ❖ il supporto alle donne immigrate nel percorso di **autoconsapevolezza** per favorire l'integrazione specie dei gruppi sociali che restano lontani dal contesto sociale tradizionale;
 - ❖ la promozione della **genitorialità responsabile**;
 - ❖ l'informazione per impedire le **mutilazioni genitali femminili**, in coerenza con le disposizioni di cui alla legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".
- la creazione di una struttura regionale specializzata (**Polo pediatrico regionale**) per il trattamento in sede ambulatoriale e di ricovero di patologie pediatriche complesse, ivi comprese quelle di pertinenza neuro-psichiatrica;
- l'individuazione e la realizzazione di **pronto soccorso** e **punti di osservazione breve pediatrica**;
- la **qualificazione dei punti nascita** tesa a garantire tutto il "percorso nascita", con la sicurezza in grado elevato delle nascite, la salute della madre, l'umanizzazione del parto e prevedendo in particolare la partecipazione del padre; occorre prevedere inoltre il **riordino** dei punti nascita in coerenza con il progetto obiettivo nazionale che individua allo scopo precise soglie operative;
- l'attivazione di **centri di procreazione medicalmente assistita**;
- la promozione ad ampio spettro di iniziative per favorire il **parto indolore** ed il **parto naturale**, anche per contrastare l'aumento del ricorso al taglio cesareo che ha raggiunto livelli elevatissimi - incidenza media del 45 % contro il 15 % raccomandato dall'OMS;
- la realizzazione di campagne di comunicazione per **promuovere l'allattamento al seno**, anche come misura per favorire la sana crescita del bambino;
- la realizzazione del monitoraggio clinico epidemiologico alla nascita ed in sede consultoriale, per la **prevenzione** e la **rilevazione precoce di disagi e di handicap fisici, psichici e sensoriali**. Tale monitoraggio dovrà alimentare una banca dati permanente per valutare l'andamento evolutivo della disabilità;

- l'elaborazione di **linee guida** e di **protocolli assistenziali** per individuare adeguati interventi di prevenzione nella fase consultoriale, alla nascita e successivamente relazionarli alle diverse problematiche sanitarie;
- l'individuazione di **protocolli terapeutici** per le diverse tipologie di handicap nelle varie fasi della crescita e dello sviluppo del bambino e dell'adolescenza, con la realizzazione di adeguati screening neonatali e nel monitoraggio evolutivo delle varie fasi dello sviluppo;
- l'adozione di un programma di **sostegno sociale e psicologico alla madre ed alle famiglie**, per affrontare al meglio le problematiche conseguenti allo sviluppo di disagi o all'accertamento della presenza di handicap nei figli;
- la costituzione di centri per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di particolari patologie, quali l'**autismo**, le **audiolesioni**, le **infezioni odontostomatologiche**.

Un ruolo importante deve essere svolto dalla **pediatria di comunità**, implementandone lo sviluppo, così come previsto dal progetto obiettivo materno-infantile, con particolare riguardo agli interventi di integrazione con gli altri servizi, con i pediatri di libera scelta ed ospedalieri, attraverso azioni di

- promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente (0-18 anni) in ambiti collettivi e nelle scuole di ogni ordine e grado, in collaborazione con gli altri servizi aziendali;
- prevenzione secondaria volte a ridurre l'incidenza e a migliorare la prognosi di patologie per le quali si dispone di interventi efficaci;
- indagini epidemiologiche per l'area di competenza e promozione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, in collaborazione con gli altri servizi aziendali.

Per la prevenzione e la rilevazione precoce di disagi e di handicap fisici psichici e sensoriali è necessaria la realizzazione di interventi omogenei di monitoraggio clinico ed epidemiologico alla nascita, in sede consultoriale e nei servizi di **neuro-psichiatria infantile**, in una visione integrata con gli altri servizi aziendali. Tale monitoraggio dovrà alimentare una banca dati permanente per valutare l'andamento evolutivo della disabilità, al fine di pervenire all'elaborazione in sede regionale di specifiche linee guida condivise per le diverse patologie nelle varie fasi della crescita e dello sviluppo del bambino e dell'adolescente.

A tale scopo le attività di neuropsichiatria infantile dovranno essere potenziate al fine di garantire l'efficacia degli interventi del SSR nel campo della promozione della salute in età evolutiva e adolescenziale, dell'attività formativa e di consulenza alla coppia genitoriale, alle famiglie e agli operatori di agenzie sociali ed educative.

2.12.8.3 Gli immigrati

Un fenomeno rilevante che coinvolge il contesto sociale anche in Calabria è l'affluenza di popolazione multietnica in continuo aumento, a seguito dei processi di mobilità sempre più crescenti negli anni. Al 1° gennaio 2005 i cittadini

stranieri residenti in Calabria sono 31.195, pari all'1,55 % di tutta la popolazione residente.

La modifica della struttura della società impone un modo differente di organizzare e di proporre sanità alle differenti culture. Per tale motivo vanno ripensati i percorsi di prevenzione e di cura e qualificati i professionisti, attraverso la formazione.

La popolazione migrante risulta essere una fascia di popolazione debole a cui necessariamente indirizzare gli interventi di tutela della salute.

Le norme sull'immigrazione hanno sancito "la piena parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata dal Sistema Sanitario Nazionale ed alla sua validità temporale".

Tuttavia il livello di tutela previsto dalla normativa vigente, ed in particolare dagli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 e successive modificazioni, e all'impegno istituzioni, associazioni e organizzazioni no profit, si rilevano notevoli difficoltà, sia nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari che nella qualità di prestazione offerta che risulta spesso essere poco plastica per rapportarsi con culture sanitarie differenti.

A ciò si aggiunge la difficoltà di erogare sanità ai clandestini ed irregolari, che invece risultano essere la popolazione più a rischio a causa del combinarsi di disagio sociale ed irregolarità giuridica.

Si tratta quindi di facilitare l'accesso ai servizi del SSR, definendo **percorsi di accesso specifici** ed uniformi sul territorio, con una particolare attenzione alla difficoltà che i migranti presentano nella comunicazione e comprensione di un linguaggio differente oltre che di una cultura sanitaria e sociale, lontana dai propri stili educativi. In proposito risulta fondamentale la realizzazione da parte della Aziende di programmi mirati di **formazione del personale** e soprattutto l'istituzione della figura del **mediatore culturale**.

A ciò si aggiunge la necessità che tutte le Aziende si dotino di strumenti multilingue che permettano la comprensione di quanto richiesto agli assistiti stranieri.

Tutti i servizi aziendali dovranno lavorare in sinergia fra loro per evitare percorsi tortuosi e disorientanti a chi ha difficoltà nel comprendere e farsi capire.

Tale intervento sinergico ha necessità di un coordinamento tecnico-funzionale che possa delineare i processi e raccordare i servizi, oltre che proporre percorsi di prevenzione, cura e presa in carico dell'utenza straniera.

2.12.9 La sanità penitenziaria

La riforma del servizio sanitario penitenziario, dettata dal D. lgs. 230/1999, ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli Istituti Penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le Aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Tale processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° Luglio 2003, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, trasferimento realizzato parzialmente per soli sei mesi

(personale e copertura finanziaria) e successivamente non più rifinanziata dal Ministero dell'Economia e Finanze.

In tal senso le iniziative assunte in Calabria sono state il frutto di un'importante opera di confronto e di collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), ed hanno cercato di promuovere la costruzione di un processo d'interazione tra le Aziende Sanitarie e gli Istituti Penitenziari. Le vigenti normative prevedono, infatti, una specifica azione inerente la salute in carcere ispirata al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute.

Il territorio calabrese è caratterizzato dalla presenza di undici strutture carcerarie adulti, insistenti su quasi tutti i territori di competenza delle Aziende Sanitarie e da un Centro Regionale per la Giustizia Minorile collocato nel capoluogo regionale. I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle Case Circondariali, derivano, oltre che da elementi di criticità causati dal sovraffollamento, dalla gravità dei problemi infettivi e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici ed un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali, nonché dalla carenza del personale.

La Giunta regionale, sulla base dei principi definiti dal presente piano sanitario, in attuazione del D.lgs 230/99 e delle intese Stato-regioni connesse, d'intesa con l'Amministrazione penitenziaria, svilupperà, un **progetto obiettivo regionale** per la riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario del sistema sanitario penitenziario, sulla base dei seguenti principi:

- assicurare il completamento del passaggio delle funzioni previsto dal D.lgs. 230/99 e s.m.i. in coerenza con la disponibilità delle risorse specifiche trasferite;
- assicurare presso ogni struttura carceraria la presenza attiva dei servizi sanitari di base e specialistici, oltre che nei settori già trasferiti, anche nelle altre aree, con particolare attenzione a quelle con maggiore criticità, rappresentate dalla salute mentale e dalle patologie infettive;
- assicurare una specifica azione sanitaria a favore dei minori che transitano nell'istituto penitenziario minorile di Catanzaro, sviluppando le forme di collaborazione già instaurate dalla azienda sanitaria;
- assicurare il sostegno, anche attraverso progetti sperimentali, per le iniziative tese ad ottenere il miglioramento dell'assistenza psichiatrica, promuovendo il superamento degli OPG e la realizzazione di strutture alternative orientate alla cura e al recupero della persona;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che prestano attività all'interno delle carceri calabresi.

2.13 La promozione e l'educazione alla salute

Non vi è dubbio che negli ultimi anni vi è stata una crescita di attenzione dei cittadini verso le tematiche della salute. Ne è prova la crescente attenzione dei mezzi di comunicazione e del seguito che hanno le trasmissioni dedicate all'argomento.

Ciò tuttavia non sempre si traduce in domanda appropriata di servizi e di prestazioni. Spesso viene alimentato un consumismo sanitario che poco ha a che fare con l'adozione di comportamenti finalizzati alla salute o orientati a cure efficaci.

L'obiettivo della promozione e della tutela della salute impone una informazione ed una educazione dei cittadini, a cominciare dalle fasce di popolazione più giovane, tesa a incentivare comportamenti, alimentazione, consumi, in genere improntati a criteri di salubrità. Una grande opera va, dunque, promossa dal servizio sanitario presso i singoli, le associazioni, i luoghi di lavoro, le scuole.

Affinché questi non rimangano enunciazione di principi ma influiscano positivamente sullo stile di vita della popolazione è necessario che la Regione e le Aziende sanitarie organizzino e stimolino interventi, conferiscano loro continuità, idonea consequenzialità e coerenza, programmando iniziative congiunte con il comparto della scuola, con le Organizzazioni di Volontariato e del Terzo Settore.

Solo così, infatti, i momenti dedicati alla promozione e all'educazione alla salute sanitaria possono diventare un importante strumento per la prevenzione primaria. Inoltre le attività poste in essere diventano anche il supporto per realizzare le funzioni partecipative, costituendo l'elemento promozionale fondamentale per conquistare più sani " stili di vita" ed uno strumento di supporto terapeutico e riabilitativo.

Le Aziende sanitarie ed ospedaliere pertanto svilupperanno specifiche iniziative correlate alla promozione alla salute in tutte le aree di intervento previste dalla programmazione regionale, coinvolgendo in modo coordinato ed integrato tutte le attività dei diversi livelli assistenziali ed indicate in altre parti del presente piano. Tali iniziative, sotto forma di **piano integrato aziendale per la promozione ed educazione alla salute**, dovranno essere in grado di:

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

Sui piani integrati presentati dalle Aziende del SSR la Giunta Regionale esprimerà il proprio parere di coerenza con i principi sopra enunciati e, più in generale; con la programmazione regionale.

Nella considerazione che le azioni strategiche legate alla promozione di una cultura della salute si fondano su interventi di tipo intersettoriale, con modalità organizzative legate al lavoro per progetti ed integrandosi con tutti i livelli istituzionali e le reti territoriali, la programmazione regionale dovrà valorizzare tali modalità di lavoro e lo sviluppo delle reti, favorendo l'integrazione istituzionale, il rapporto con il volontariato e le aggregazioni di cittadini.

Al tal fine la Regione Calabria promuove la partecipazione ai progetti e iniziative specifici, in collaborazione con altri enti e istituzioni, sia di livello regionale e nazionale che internazionale, attraverso apposite reti e alleanze.

Le principali reti per la promozione della salute, alle quali la Regione intende aderire nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono:

- Regioni che promuovono salute
- Ospedali che promuovono salute
- Scuole che promuovono salute.

L'adesione alla rete OMS "**Regioni che promuovono la salute**" (Regions for Health Network - RHN) persegue i seguenti obiettivi principali

- creare un network per il miglioramento delle politiche per la salute a livello regionale secondo i principi dell'OMS;
- rendere prioritario l'obiettivo salute e promuovere le azioni intersettoriali;
- esplorare nuovi approcci allo sviluppo delle politiche per la salute;
- promuovere il trasferimento delle conoscenze a livello regionale e locale;
- potenziare le risorse regionali per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie;
- implementare e monitorare le azioni per la salute a livello regionale;

Al progetto "**Ospedali che promuovono salute**" nell'ambito della rete verrà dato particolare sviluppo alla dimensione progettuale dell'umanizzazione degli ospedali, in raccordo anche con il territorio e della lotta al dolore inutile.

L'adesione alla rete nazionale ed internazionale delle **Scuole promotrici di salute**, in collaborazione con la Direzione Scolastica Regionale, attraverso la stipula di un apposito protocollo di intesa, consentirà anche l'integrazione tra le diverse strutture regionali ed il mondo della scuola.

Nell'ambito della collaborazione con il mondo della scuola saranno sviluppate in particolare le azioni relative alle seguenti aree:

- comportamenti e stili di vita degli adolescenti ("Health Behaviour in School-aged Children" dell'OMS);
- educazione ambientale, previa intesa con il Dipartimento del Territorio e Ambiente,
- rischi derivanti dal fumo di tabacco, alcool e sostanze stupefacenti;
- educazione alimentare, incidenti in ambiente domestico, incidenti stradali, sicurezza in mare, sicurezza in montagna, in sinergia con le attività previste nei piani di prevenzione

2.13.1 Le cure primarie e l'educazione alla salute

Nell'ambito dei recenti Accordi Integrativi Regionali (AIR) sottoscritti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è stata definita la partecipazione dei professionisti ai progetti di educazione alla salute

I progetti in questione saranno definiti da apposite **commissioni paritarie** tra Regione - rappresentanze sindacali - organizzazioni dei cittadini - società scientifiche della medicina generale o della pediatria

Tale commissioni avranno il compito di prevedere dei percorsi di educazione alla salute che i MMG o i PLS si impegnano a realizzare definendone anche le modalità (per singolo paziente, per gruppi di pazienti affetti da patologie

croniche, partecipazione ad incontri plenari come convegni mirati, partecipazione obbligatoria a corsi di formazione specifici, etc.).

Si potranno definire in appositi accordi aziendali o distrettuali le modalità di partecipazione del medico singolo o delle associazioni di medici allo sviluppo dell'educazione alla salute dei cittadini.

2.14 La nuova rete regionale dei servizi di prevenzione collettiva

L'obiettivo complessivo è quello di assicurare alla prevenzione collettiva l'effettiva disponibilità delle risorse previste per il livello di assistenza che dovrà raggiungere nel periodo di validità del piano il 5 % indicato dal PSN, al fine di garantire il livello di assistenza specifico.

Accanto alle azioni per raggiungere tale risultato, è fondamentale avviare, fin da subito, una profonda rivisitazione dell'organizzazione dei dipartimenti di prevenzione e delle aree in cui, nella realtà, sono venuti configurandosi in questi anni.

Il problema che si pone è quello di rendere funzionali le forze esistenti e quelle che verranno gradualmente acquisite alle finalità di promozione, prevenzione e tutela della salute dei cittadini.

Obiettivi specifici prioritari sono:

- realizzazione del piano per la **corretta alimentazione**, a cominciare dalla educazione nelle scuole e nelle famiglie, per la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età pediatrica;
- realizzazione del piano per **l'igiene e sicurezza del lavoro** nelle Aziende con particolare riferimento ai comparti a maggiore rischio (edilizia, agricoltura, lavori atipici) o che rappresentano specifiche emergenze, quali l'amianto, la sicurezza domestica, la sicurezza stradale;
- realizzazione del piano relativo all'**incremento della protezione vaccinale** della popolazione in età pediatrica (morbillo, parotite, rosolia, difterite, tetano, varicella, pertosse, emofilo influenzae), della popolazione in generale e delle categorie a rischio;
- realizzazione del piano per il **controllo** e la **protezione del patrimonio zootecnico**. Ciò in concomitanza con la realizzazione di piani per la tutela dei consumatori da attuarsi contribuendo alla realizzazione di un sistema di rintracciabilità dei prodotti alimentari di origine animale;
- realizzazione dei piani per gli **screening oncologici** e per la **prevenzione delle malattie cardio-vascolari**, attuando i necessari collegamenti con le altre strutture del SSR.

2.14.1 La prevenzione per la salute: il nuovo dipartimento

Il Dipartimento di Prevenzione ha funzioni di governo professionale e di promozione delle azioni volte alla **individuazione e rimozione delle cause di nocività e malattia**, nonché di **erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza**.

In tal senso il dipartimento costituisce la struttura organizzativa presente in tutti gli ambiti territoriali. Il Dipartimento è preposto alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Tale livello, in coerenza con i livelli definiti nel DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, è articolato nelle seguenti aree di offerta:

- profilassi malattie infettive e diffuse;
- tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale;
- tutela della collettività e dei singoli dai sanitari degli ambienti di vita
- igiene degli alimenti e nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- l'attività medico-legale;
- la medicina dello sport.

I dipartimenti di prevenzione si dovranno adeguare alle mutate esigenze di tutela e promozione della salute, ampliando l'interesse verso le problematiche poste dalla prevenzione delle patologie legate a particolari stili di vita, non abbassando la guardia nei confronti delle patologie infettive che si affacciano periodicamente (*blue-tongue*, aviaria, zoonosi), così come verso il ripresentarsi di infezioni (es. tubercolosi) che sembravano definitivamente debellate.

In tal senso il dipartimento di prevenzione, deve diventare un **presidio di sicurezza** vissuto come tale dai cittadini. Il lavoro dei dipartimenti deve essere improntato ad una metodologia operativa integrata e non parcellizzata.

Le varie aree e discipline dovranno cioè integrarsi ed evitare compartimenti stagni allo scopo di realizzare la trattazione delle problematiche di prevenzione e tutela con la necessaria impostazione unitaria. Tale integrazione dovrà coinvolgere l'intero assetto aziendale, con particolare riguardo all'integrazione organizzativa con i Distretti che rappresentano il luogo all'interno dei quali articolare l'erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza:

In tal senso dovranno essere realizzati, anche in via sperimentale, specifici piani di salute su argomenti intersettoriali e per governare le emergenze.

I dipartimenti dovranno ricercare la necessaria **sinergia** con le Autorità locali e gli altri Enti istituzionali (INAIL, INPS, Uffici del Lavoro). Una particolare attenzione andrà rivolta alla realizzazione di **piani di lavoro comune**, non occasionali, con ARPACAL e gli Istituti Zooprofilattici.

Su questo versante vi è molto da recuperare per realizzare quelle sinergie assolutamente necessarie per una efficace azione di programmazione e tutela dell'ambiente, della sicurezza alimentare e del contrarsi delle malattie infettive a diffusione trasmissibile, della salubrità delle acque potabili.

Il dipartimento di prevenzione dovrà improntare il suo metodo di lavoro alla massima apertura e alla **partecipazione** delle organizzazioni sociali interessate: dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori, alle organizzazioni dei consumatori, alle associazioni imprenditoriali, ai cittadini nel complesso. Con tali organizzazioni il supporto dovrà essere costante e sistematico, tale cioè da realizzare un mutuo arricchimento.

In tal senso si indica l'esigenza che i dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie organizzino annualmente una Conferenza di programmazione

con la partecipazione della Regione, delle Istituzioni locali, delle organizzazioni sociali.

Il dipartimento di prevenzione, in relazione alle funzioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, si articola nelle tre aree organizzative dipartimentali (a cui afferiscono le diverse strutture):

1. Area igiene e sanità pubblica, che comprende:
 - Igiene degli alimenti;
 - Malattie infettive e diffuse
 - Igiene e sicurezza degli ambienti di vita;
 - Medicina dello sport
 - Medicina legale
2. Area della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro e negli ambienti confinati, che comprende
 - Igiene e medicina del lavoro e degli ambienti confinati
 - Sicurezza del lavoro e degli ambienti confinati
3. Area veterinaria, che comprende:
 - Sanità animale
 - Igiene degli alimenti di origine animale
 - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

L'area dipartimentale è il livello organizzativo che, nell'ambito del Dipartimento, ha la gestione tecnico-professionale delle materie ad essa attribuite ed opera per garantire:

- la programmazione delle attività connesse allo svolgimento delle funzioni proprie dell'Area, la loro verifica e la valutazione dei risultati;
- lo svolgimento coordinato e uniforme, su base aziendale, delle funzioni e delle attività;
- l'integrazione operativa tra le strutture organizzative ad essa afferenti;
- il coordinamento tecnico-professionale delle discipline specialistiche afferenti;
- i rapporti di integrazione e di sinergia operativa con le altre aree dipartimentali e con enti ed organizzazioni esterne.

Allo scopo di realizzare gli obiettivi del programma nazionale di prevenzione individuato dal CCM (Centro di Controllo Malattie) in collaborazione con l'Istituto Superiore di sanità e le Regioni, il Dipartimento di prevenzione provvede alla programmazione ed al coordinamento operativo delle attività di screening. A tal fine presso ogni Dipartimento è attivato un nucleo tecnico scientifico che provvederà alla gestione delle campagne di *screenings*, garantendo i collegamenti con tutte le strutture interessate del SSR.

Per garantire la migliore efficienza operativa il Dipartimento per la tutela della salute provvederà a disporre specifici indirizzi organizzativi.

2.14.2 La prevenzione per la salute: le attività

Le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica nel corso dell'ultimo biennio hanno subito una profonda rivisitazione del loro ruolo dovuta sia ad una

maggior consapevolezza della tutela della propria salute da parte della cittadinanza, che ad una serie di norme emanate dall'Unione Europea e all'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che ha approvato il "Piano Nazionale della Prevenzione". Ciò ha capovolto il ruolo prettamente fiscale, di sorveglianza e di prevenzione secondaria dei dipartimenti di prevenzione, ponendo al centro della propria iniziativa la metodologia della prevenzione attiva ed i programmi organizzati di screening.

Il piano sanitario regionale si pone l'obiettivo generale del rilancio complessivo delle attività di prevenzione attiva tramite un insieme di interventi offerti alla popolazione in generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, oltre alla necessaria garanzia delle **funzioni e prestazioni** previste dal DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. sui livelli di assistenza.

L'attività in questione si integra nel "**piano regionale per la prevenzione**" di durata triennale che si propone di rendere protagonista il cittadino della tutela della propria salute con l'obiettivo di ridurre l'incidenza, la prevalenza e la mortalità prodotta dalle patologie in questione e di migliorare la qualità della vita contribuendo all'aumento dell'aspettativa di vita. Il progetto mira a migliorare la prevenzione individuale che si attua attraverso la modifica dei principali comportamenti legati agli stili di vita: fumo, alimentazione, attività fisica, eccesso di alcool e a sviluppare la prevenzione di comunità attraverso interventi diretti all'intera popolazione o a gruppi, al di fuori del setting clinico.

Il "Piano Triennale Regionale della Prevenzione", approvato dalla Giunta Regionale tenendo conto dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è costituito dalle **seguenti linee progettuali**:

- A. Prevenzione del rischio cardiovascolare:
 - Diffusione della carta del rischio-cardiovascolare
 - Prevenzione delle complicanze del diabete
 - Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età infantile
 - Promozione dell'allattamento al seno
 - Prevenzione secondaria degli incidenti cardiovascolari
- B. Screening oncologici
 - Prevenzione del cancro della cervice dell'utero
 - Prevenzione del cancro della mammella
 - Prevenzione del cancro del colon-retto
- C. Vaccinazioni
 - Interventi di vaccinazione in gruppi a rischio
 - Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale
 - Anagrafe vaccinale
- D. Prevenzione degli Incidenti
 - Prevenzione degli incidenti domestici
 - Prevenzione degli incidenti stradali
 - Prevenzione degli infortuni sul lavoro
- E. Piano regionale per la sicurezza alimentare.

2.14.3 La prevenzione per la salute: gli obiettivi specifici.

2.14.3.1 Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

Il settore della prevenzione individuale, sia nel campo delle malattie infettive che nel campo delle patologie non infettive di elevata incidenza e rilevanza sociale, ha avuto in Italia negli ultimi anni un enorme sviluppo.

In seguito all'emanazione del Piano Nazionale Vaccinazioni 2005/2007, che detta linee guida rigorose al fine del raggiungimento di coperture elevate nei confronti delle principali malattie prevenibili con vaccini, si è assistito alla trasformazione delle attività vaccinali sia in termini qualitativi che quantitativi attraverso un'ampia e impegnativa offerta attiva di vaccinazioni raccomandate e non obbligatorie.

Tale processo di sviluppo ha visto anche l'introduzione di nuovi vaccini (antipneumococco e antimeningococco coniugati, anti varicella, DTP adulti, HPV, Rotavirus, ecc.) e l'avvio di importanti campagne vaccinali come il Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita che è tuttora in corso e che sta sviluppando, adesso, gli aspetti più rilevanti connessi alla prevenzione della rosolia congenita attraverso la ricerca attiva delle donne in età fertile, suscettibili alla malattia, anche nelle fasce di popolazione femminile più deboli, quali le donne immigrate.

Pertanto, poiché è estremamente importante raggiungere un'adesione consapevole a tutte le vaccinazioni, diventa essenziale attuare presso i centri vaccinali, un opportuno *counseling* vaccinale, che preveda anche la possibile partecipazione del pediatra e del medico di medicina generale.

Tutto ciò allo scopo di realizzare un percorso vaccinale che minimizzi i rischi ed ottimizzi i benefici per l'utente e la comunità.

Notevole sviluppo ha avuto anche il settore della prevenzione delle Malattie Infettive nella collettività esposta ad un eventuale rischio infettivo (brucellosi, tubercolosi, epatiti A e B, meningiti ed encefaliti batteriche etc.) che impegna le strutture sanitarie in una costante attività di monitoraggio e di intervento attivo nella valutazione del caso di malattia infettiva, nell'indagine epidemiologica, nella ricerca dei contatti e la profilassi degli stessi.

Questo settore ha potuto contare anche sulla messa in funzione del **sistema informatizzato di notifica e trasmissione dei casi di malattie infettive** (SIMI), che è in fase di ulteriore implementazione, attraverso un progetto nazionale che vede la Calabria partecipare alla fase sperimentale, prima dell'estensione del progetto alle restanti regioni italiane.

Inoltre l'enorme aumento dei movimenti in entrata, per migrazione, ed in uscita, per turismo, lavoro o semplice ritorno in patria periodico degli immigrati, ha determinato la necessità di avviare, nelle Aziende sanitarie, un'importante attività di Medicina dei Viaggi allo scopo di proteggere sia il viaggiatore che per qualsiasi motivo deve recarsi in una località in cui le condizioni igienico-sanitarie siano scadenti o fonti di pericolo, che la collettività dal rischio di diffusione in patria di una eventuale patologia contratta all'estero.

L'attuazione della DGR n. 625 del 27/06/2005, inoltre, consentirà di :

- migliorare la qualità dei servizi e delle attività vaccinali;

- sviluppare e adottare procedure per l'identificazione delle eventuali controindicazioni e per l'acquisizione del consenso informato, sia per le vaccinazioni obbligatorie sia per quelle raccomandate;
- applicare le indicazioni del manuale della qualità delle attività vaccinali.

Attività da garantire nel triennio di validità del piano:

- Profilassi delle malattie infettive e diffuse:
 - ❖ Controllo malattie infettive e bonifica focolai;
 - ❖ Interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive;
 - ❖ Medicina del viaggiatore;
- Vaccinazioni obbligatorie e vaccini per le vaccinazioni raccomandate anche a favore dei bambini e extracomunitari non residenti
- Vaccinazione contro l'HPV nelle dodicenni
- Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di vita dei vettori di microrganismi patogeni, anche in relazione alle antropozoonosi
- Prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche
- Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, ai sensi dell'art. 115, comma 1 lettera b del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112
- Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria
- Linee guida per gli interventi di sanità pubblica in caso di massiccio afflusso di popolazione straniera sul territorio italiano
- Sorveglianza malattia di Creutzfeld-Jacob
- Misure per la prevenzione delle malattie trasmesse da zecche
- Sorveglianza Malattia di Lyme, Encefalite da zecche
- Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria
- Linee guida per la prevenzione del colera
- Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi
- Linee guida per la prevenzione e il controllo delle febbri emorragiche virali (Ebola, Marburg, Lassa)
- linee guida virus Ebola

Strumenti

A. Realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata e implementazione del SIMI.

Le Aziende sanitarie dovranno attivare l'anagrafe vaccinale informatizzata, ai sensi e nei tempi previsti nel piano regionale vaccinazioni.

Il controllo regionale delle malattie infettive si basa già da anni su di un collaudato sistema di sorveglianza informatizzato (S.I.M.I) che permette una vigilanza puntuale di tali patologie. Il sistema necessita di un aggiornamento sia in termini informatici che epidemiologici, anche per adeguarsi alle direttive europee. Nel triennio di vigenza del Piano verrà realizzato un progetto per il collegamento informatico dei principali attori del sistema al fine di mantenere un costante monitoraggio e disporre di un veloce intervento in caso di patologie

infettive in sorveglianza, secondo il progetto sviluppato in collaborazione con le regioni Toscana e Piemonte.

Tali attività saranno allocate nelle U.O. di Medicina Preventiva afferenti ai dipartimenti di prevenzione.

B. Calendario regionale delle vaccinazioni

La Regione ha già adottato un calendario regionale che stabilisce l'offerta attiva e gratuita di alcune vaccinazioni e che si è dimostrato uno strumento efficace per il controllo, ancora non ottimale, di malattie quali morbillo, rosolia, parotite e pertosse etc.

Con apposito atto del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, il calendario dovrà essere periodicamente e costantemente aggiornato, avvalendosi del Coordinamento Regionale per le strategie vaccinali, individuato nel Progetto Regionale triennale "dall'obbligo all'adesione consapevole: un *counseling* vaccinale per ogni cittadino".

2.14.3.2 Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

Prevenire gli infortuni ed i rischi di danno alla salute nei luoghi di lavoro rappresenta un obiettivo ineludibile per rivalutare il ruolo del lavoro e per restituire dignità alle lavoratrici ed ai lavoratori garantendo loro un'esistenza libera, sicura e dignitosa. A tale proposito di dovrà dare piena attuazione alla DGR n. 318 del 2 maggio 2006 "Attuazione del Progetto Regionale Sorveglianza e Prevenzione degli infortuni sul lavoro" ha inteso porre un obiettivo generale, finalizzato ad interventi nei comparti con maggiore rischio e a rischi specifici emergenti quali: costruzioni; agricoltura; lavori atipici. Nel complesso, l'obiettivo è quello di realizzare un incremento dell'attività di prevenzione e controllo (non solo nel rispetto della norma, ma anche dei programmi e dei progetti) nei luoghi di lavoro, elaborando una precisa mappatura delle Aziende e del numero di lavoratori presenti. E' soprattutto la formazione ed informazione l'elemento in grado di favorire il diffondersi di un nuovo approccio alla sicurezza, non più basato solo sul mero confronto azienda/norma cogente, ma mirato ad introdurre concretamente il concetto, espresso dalle norme comunitarie e nazionali di prevenzione partecipata.

Ciò deve portare al miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori, che ha come conseguenza l'adozione da parte dell'azienda di una organizzazione dedicata, a seconda delle sue dimensioni nonché la sensibilizzazione e corresponsabilizzazione dei lavoratori su questo tema.

La Regione si trova oggi ad essere sempre più punto di indirizzo e coordinamento strategico in tale ambito, in stretta sinergia con i Ministeri della Salute e del Lavoro, in un'azione cui i recenti provvedimenti legislativi di contrasto al lavoro sommerso ed irregolare e l'imminente adozione di un Testo Unico, puntano in maniera sempre più determinata a garantire la sicurezza in azienda, intesa non più come un obbligo da adempiere, bensì come obiettivo della gestione dell'impresa e parte integrante di essa.

La razionalizzazione ed il coordinamento degli interventi, il miglioramento del collegamento delle reti informatiche di Enti ed istituzioni che consenta una

efficace organizzazione e circolazione di informazioni, la formazione, intesa come essenziale strumento di prevenzione per la diffusione di una cultura della sicurezza, accanto a controlli più efficaci e interdisciplinari, sono gli elementi da potenziare rispetto alla situazione attuale.

Attività da garantire nel triennio di validità del piano:

- Sorveglianza epidemiologica su infortuni e malattie professionali, correlandosi con gli archivi INAIL-ISPEL Regioni
- Programmi di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro con elaborazione ed aggiornamento del profilo di rischio delle singole Aziende controllate
- Prevenzione delle patologie professionali e correlate al lavoro attraverso il controllo dei fattori di rischio chimico, fisico, biologico ed ergonomico-organizzativo
- Prevenzione degli infortuni attraverso il controllo di impianti, macchine e apparecchiature nei luoghi di lavoro e verifiche tecniche periodiche
- Programmi per il miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Valutazione e controllo dello stato di salute dei lavoratori
- Piani di sorveglianza sanitaria delle malattie professionali e lavoro correlate
- Controlli, verifiche, indagini tecniche e vigilanza su ambienti, strutture, dispositivi di sicurezza di macchine, impianti e apparecchiature
- Anagrafe degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche con effetti a lungo termine con particolare attenzione al mesotelioma maligno
- Comunicazione del rischio ai lavoratori esposti ed interventi di informazione specifica con particolare riferimento ai lavoratori migranti e stranieri
- Attività di formazione informazione e/o assistenza al sistema di prevenzione delle Aziende e nei confronti dei lavoratori, con particolare riferimento ai lavoratori migranti e stranieri
- indagini per infortuni e malattie professionali
- Coordinamento dei soggetti (pubblici e privati) a qualunque titolo impegnati nella prevenzione
- Formazione degli operatori in relazione ai nuovi compiti
- Verifica della compatibilità dei progetti d'insediamenti industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori
- controllo della salute dei minori e apprendisti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro.

2.14.3.3 Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti collettivi, aperti e confinati

La tutela della salute della collettività e dei singoli, deve sempre più essere orientata verso attività di valutazione del rischio e sorveglianza epidemiologica, con attenzione all'emergenza di nuove patologie, indirizzandosi decisamente verso ruoli formativi ed informativi.

La prevenzione delle malattie e la qualità della vita, passano necessariamente attraverso iniziative di prevenzione ed educative, la prevenzione dei traumi da traffico e domestici, la correzione degli stili di vita nocivi, la riduzione dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico, l'igiene

ambientale ed urbana, la idoneità delle strutture che a vario titolo, rappresentano oggi in maniera più o meno frequente, un ambiente di vita.

La creazione di un ambiente favorevole alla promozione della salute del cittadino, in relazione alle sue reali esigenze, l'analisi di comportamenti, l'identificazione di condizioni e di fattori di rischio sanitario e dei determinanti sanitari e non sanitari della salute, deve muovere gli operatori verso gli utenti in una logica di medicina di intervento e non attendista.

Le nuove esigenze preventive, puntano allo snellimento delle procedure burocratiche, mantenendo alta la vigilanza di competenza al fine di garantire il rispetto, non semplicemente formale, delle regole igienico-sanitarie.

La sicurezza negli ambienti di vita, nella più ampia accezione del termine, siano essi domestici o sportivi, ludici o di assistenza, comporta la necessità di analizzare le nuove fonti di rischio derivanti dall'uso sempre più diffuso di impianti e apparecchi di sempre maggiore complessità e delle nuove tecnologie, nonché dal mutamento dello stile e dei comportamenti di vita.

L'approccio complessivo e le attività di studio e di formazione dovranno mirare alla valutazione di problemi a carattere generale ed a maggiore contenuto scientifico, con prevedibile maggiore possibilità di incidere sulla qualità di ciascun ambiente di vita, individuale o collettivo, aperto o confinato.

Attività da garantire nel triennio di validità del piano:

- verifica degli effetti sulla salute da inquinamento ambientale
- verifica degli effetti sulla salute della qualità delle acque destinate al consumo umano:
- tale azione dovrà interfacciarsi con le competenze demandate ai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- verifica degli effetti sulla salute della qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico, facendo riferimento all' l'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003 (G. U. n. 51 del 03 marzo 2003)
- implementazione sistema RAPEX relativo al sistema di allerta rapido per la sicurezza dei prodotti non alimentari
- implementazione attività connesse alla tutela della salute dai rischi derivanti dall'uso di prodotti chimici, preparati ed articoli (REACH) di cui al Regolamento CE 1907/2006
- vigilanza su strutture per attività sanitaria e socio-sanitaria:
- verifica condizioni di igiene, salubrità e sicurezza di locali, servizi ed impianti
- verifica requisiti laboratori di autocontrollo alimenti di cui alla DGR N. 1117/2005
- monitoraggio attività di prevenzione della diffusione aedes albopictus in attuazione alla Circolare Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute n. 6995 del 04/04/06
- vigilanza igienico sanitaria sulle palestre, i centri e le strutture sportive:
- verifica condizioni di igiene, salubrità e sicurezza di locali, servizi ed impianti
- vigilanza sui prodotti cosmetici sia nella fase di produzione che alla vendita
- vigilanza su attività di barbiere, parrucchiere, acconciatore, estetista e similari, compresi centri realizzazione tatuaggi e piercing, con particolare riferimento alle procedure operative adottate ed alla conoscenza delle norme

igienico-sanitarie degli operatori, anche in attuazione alla DGR n. 98 del 19/02/07

- vigilanza igienico sanitaria sugli edifici ad uso scolastico, ricreativo e di svago:
- verifica condizioni di igiene, salubrità e sicurezza di locali, servizi ed impianti
- vigilanza igienico sanitaria sugli stabilimenti balneari, strutture alberghiere, turistico-ricettive, acquapark e campeggi
- tutela della salute della collettività dal fumo
- attuazione dei Progetti Regionali per la Prevenzione
- attuazione tutela della collettività dal “rischio amianto”: gestione sistemi di sorveglianza sulle patologie correlate all’amianto e sugli ex esposti, censimento presenza di amianto
- attuazione della vigilanza sull’impiego di apparecchiature, sorgenti di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, in ambito sanitario ed industriale: mappatura dei siti ed elaborazione Piano di Sorveglianza
- verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico
- verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento di rifiuti solidi, speciali, tossici e nocivi
- verifica degli effetti sulla salute della qualità delle acque di balneazione: tale azione dovrà interfacciarsi con le competenze demandate all’ ARPACAL
- verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari
- sorveglianza epidemiologica per il monitoraggio dello stato di salute in relazione alle iniziative di prevenzione
- attività di informazione nei confronti degli operatori dei settori di competenza
- tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni
- tutela igienico-sanitaria degli stabilimenti termali e dei centri benessere
- verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere, con le esigenze di tutela della salute della popolazione
- vigilanza e controllo sull’utilizzo di gas tossici, sostanze e preparati pericolosi
- gestione e sistemi di risposta ad emergenze da fenomeni naturali o provocati.

2.14.3.4 Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori - sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Nella società attuale la qualità e la sicurezza degli alimenti possono essere ottenuti soltanto attraverso un approccio completo ed integrato che consenta di valutare tutti i passaggi della filiera produttiva e distributiva. Questo obiettivo coinvolge necessariamente gli operatori economici e le loro associazioni di settore, le istituzioni pubbliche con le figure professionali del sistema sanitario, che contribuiscono, ognuno con diversi ruoli e livelli di responsabilità, a determinare l’affidabilità degli alimenti consumati.

La salubrità degli alimenti dal “campo alla tavola” e, conseguentemente, l’abbattimento dei casi di tossinfezioni alimentari e la prevenzione dei danni derivanti dal consumo di alimenti non genuini, devono essere garantiti, appunto, attraverso un nuovo e moderno approccio culturale di tutti gli attori coinvolti nella filiera alimentare, ben individuati nel “Libro Bianco” della sicurezza alimentare della Commissione europea.

Le emergenze alimentari registrate negli ultimi anni nell'area dei Paesi più evoluti hanno drammaticamente evidenziato la necessità di un'azione incisiva in tale ambito, facendo assumere alle tematiche relative alla qualità e alla sicurezza degli alimenti, una valenza sociale e politica molto rilevante.

Accanto all'obiettivo della "sicurezza alimentare" è fondamentale perseguire, come fattore protettivo per la salute, anche la promozione di stili di vita sani, la sorveglianza epidemiologica di corrette abitudini alimentari ed una adeguata sorveglianza nutrizionale, capaci di incidere sulla riduzione del sovrappeso, soprattutto nell'età pediatrica e, conseguentemente, prevenire i rischi di patologie correlate.

I recenti provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di regolamenti comunitari, hanno introdotto importanti innovazioni culturali, tecnico-scientifiche e procedurali, che comportano la necessità di adeguamenti organizzativi ed operativi.

La nuova normativa modifica profondamente l'orientamento tradizionale del controllo ufficiale, ridefinendo gli strumenti a disposizione dell'Autorità Competente ed assegnando alle attività di campionamento ed analisi un nuovo e diverso significato.

Il contesto generale implica infine che siano garantiti da parte delle Aziende sanitarie:

- la formazione delle risorse umane;
- campagne informative di educazione sanitaria ai cittadini, sia in tema di sicurezza ed igiene degli alimenti, che per l'igiene della nutrizione e la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori e delle imprese agricole ed agroalimentari;
- adeguamento alle norme ed alle indicazioni organizzativo-procedurali;
- approccio sinergico con gli operatori del settore alimentare per perseguire lo scopo della tutela del consumatore-utente.

Attività da garantire nel triennio di validità del piano:

- gestione del sistema di allerta alimentare di cui alla DGR 189/06
- attività di verifica igienico-sanitaria connesse alla registrazione degli operatori del settore alimentare ai sensi delle linee guida ai regolamenti CE di cui alle DGR 32 del 19/01/07
- attuazione della sorveglianza su tutta la filiera alimentare in attuazione alla DGR 33 del 19/01/07
- adozione e attuazione del Piano Regionale per la Sicurezza Alimentare
- sorveglianza sulle produzioni alimentari attraverso il controllo ufficiale e l'analisi dei campioni - in stretta connessione con l'ARPACAL -
- sorveglianza sulle acque potabili e sulle acque destinate al consumo umano: tale azione dovrà interfacciarsi con le competenze demandate ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
- attività di controllo alimenti e bevande in sede di produzione, trasformazione, somministrazione, confezionamento, conservazione, commercializzazione al dettaglio e all'ingrosso, trasporto, distribuzione attraverso apparecchi automatici, attività agrituristiche e temporanee (fiere, sagre ecc.) inclusa la ristorazione collettiva assistenziale: controlli sulle mense relativamente alla

qualità del servizio, con particolare attenzione sia agli aspetti di sicurezza, che agli aspetti nutrizionali

- adozione di piani che tengano conto della frequenza dei controlli in base alla valutazione dei rischi (Reg. CE 882/04)
- attività micologica: certificazioni per il commercio e per i privati – attività di informazione ai consumatori – formazione – interventi per sospette intossicazioni da funghi, di cui alla circ. Direzione Generale Dipartimento Tutela Salute n. 4953 del 06/04/07
- implementazione attività di controllo, verifica, audit, ispezione alla luce dei Reg. CE 178/02, 882/04 e 852/04 e DGR 32 e 33 del 2007, con particolare riferimento alle procedure HACCP e alle Buone Prassi Igieniche
- monitoraggio su etichettatura nutrizionale di cui al Regolamento CE 1924/06
- verifiche, anche attraverso l'esame delle etichette, della conformità qualitativa delle acque minerali regionali
- indagini epidemiologiche e controlli per infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari, correlandosi con le competenze dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
- gestione e sistemi di risposta a emergenze sanitarie legate agli alimenti
- verifica e monitoraggio del personale addetto alla produzione alimentare
- controllo e sorveglianza su deposito, commercio, vendita ed utilizzo dei prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari
- controllo sulla produzione e commercio di prodotti dietetici, destinati ad un'alimentazione particolare e degli alimenti per la prima infanzia ed etichettatura nutrizionale
- controllo su additivi, coloranti e altre sostanze destinate alla produzione di alimenti e dei contenitori destinati a venire in contatto con gli alimenti
- controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande
- attività di informazione nei confronti degli operatori del settore alimentare e dei consumatori
- prevenzione, educazione e sorveglianza nutrizionale, con interventi sui servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro, per favorire scelte alimentari corrette e per migliorare la qualità nutrizionale
- campagne informative dei cittadini sull'educazione sanitaria, l'igiene della nutrizione, la promozione di corrette abitudini alimentari e di stili di vita sani. Counseling nutrizionale.

2.14.3.5 Sanità animale, Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche, tutela degli alimenti di origine animale. Igiene urbana veterinaria

Tale "Obiettivo" è stato elaborato sulla scorta di quanto già previsto dai LEA, dal DPR 4.04.2006 e dal PSN 2006-2008 che impegna la Sanità Pubblica Veterinaria, nelle sue articolazioni, ad operare nel quadro della prevenzione sanitaria a tutela della salute umana garantendo la salute, il benessere, la corretta alimentazione degli animali produttori di alimenti, la sicurezza degli alimenti di origine animale e il rapporto di convivenza tra animali e uomo. Al fine di assicurare il raggiungimento di tali obiettivi, indispensabili per allineare il nostro Paese alle più moderne istanze di tutela della salute dei cittadini, occorre

adeguare il sistema alle nuove esigenze derivanti dall'identificazione di nuovi rischi sanitari, dal mutamento del quadro istituzionale, economico e normativo. A tale proposito, è necessario tenere conto anche dell'entrata in vigore dei nuovi regolamenti, con i quali la Comunità europea, in risposta alla crisi del settore degli ultimi anni, ha modificato il contesto operativo introducendo una nuova regolamentazione in materia di sicurezza alimentare, sanità e benessere animale. La nuova normativa comunitaria ha rivisto, fra l'altro, la disciplina del controllo ufficiale attraverso il Regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004. Tale Regolamento sulla scorta delle carenze riscontrate a livello comunitario, pone l'attenzione sui criteri di funzionamento ed organizzazione del controllo ufficiale, mediante la puntuale definizione della "Autorità Competente", come titolare degli stessi in un unico sistema a rete a livello di ogni singolo Stato membro.

L'individuazione, la valutazione e la gestione di strategie e di azioni necessarie per garantire prodotti alimentari sicuri è pertanto requisito preliminare per la tutela della salute pubblica, per gli interessi dei consumatori e degli addetti al settore.

Il raggiungimento di adeguati standard di sicurezza alimentare deve concretamente prevedere:

- il controllo igienico-sanitario sulle produzioni primarie, con particolare riguardo alla presenza di residui di farmaci, fitosanitari e contaminanti ambientali;
- la programmazione di progetti integrati di controllo ufficiale di filiera, elaborati secondo criteri di priorità e di valutazione del rischio;
- la consapevolezza che l'esercizio continuo e preventivo del controllo ufficiale, come elemento regolatore esterno dei processi produttivi, evita al sistema di rincorrere le emergenze sanitarie;
- la sorveglianza e la verifica periodica della concreta attuazione dei programmi di autocontrollo delle imprese per orientarli sempre più verso obiettivi sanitari e priorità emergenti;
- lo sviluppo delle attività di sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti, al fine di garantire rapidi interventi correttivi nel sistema;
- la garanzia di disporre di un'attiva, efficiente e corretta comunicazione del rischio che consenta di condividere e diffondere in tempo reale i rischi emergenti e le azioni di contrasto messe in atto dalle autorità competenti.

L'obiettivo del presente piano per il prossimo triennio è quello di garantire la completa funzionalità di una rete sanitaria veterinaria, costituita dal nodo regionale posto a livello del Dipartimento Tutela della Salute e dai servizi veterinari territoriali per garantire uniformità di comportamenti, tempestività di interventi, verifica di efficacia nel controllo sanitario delle diverse filiere alimentari.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno, attraverso la rete dei laboratori presenti nelle sezioni diagnostiche territoriali, garantisce al sistema della sanità pubblica veterinaria regionale le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni diagnostiche.

A tal riguardo i regolamenti CE che trattano della sicurezza alimentare (178/02, 882/04 ecc.) danno agli Stati membri specifiche e puntuali indicazioni sull'organizzazione del sistema, infatti i Regolamenti comunitari impegnano la programmazione regionale a tener conto dei seguenti punti:

- **sistema a rete:** “le autorità competenti devono assicurare un coordinamento efficace ed efficiente tra il livello centrale e il livello regionale e locale”;
- **appropriatezza:** gli stati membri garantiscono che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente e con frequenza appropriata in base alla valutazione dell’analisi dei rischi”;
- **equità:** “le autorità competenti per l’esecuzione dei controlli ufficiali dovranno soddisfare una metodologia operativa che assicuri l’imparzialità e l’efficacia” dei controlli ;
- **comunicazione:** “è necessario lo scambio interattivo di informazioni tra i responsabili della valutazione del rischio, i responsabili della gestione, i consumatori, le imprese alimentari, la comunità accademica.”

Partendo da tali principi si deduce che la pianificazione dovrà affrontare:

- L’attuazione, nell’ambito del sistema sanitario regionale, dell’“Osservatorio Epidemiologico Regionale Veterinario” per garantire un’azione di coordinamento efficace ed efficiente tra il livello centrale (Ministero Salute) ed il livello territoriale in linea con le indicazioni comunitarie in merito al governo della rete.
- Lo sviluppo e l’adeguamento dei programmi di sorveglianza e monitoraggio coordinati e monitorati a livello regionale .
- La riorganizzazione e razionalizzazione dell’attività di vigilanza e controllo sulla base della valutazione del rischio con la contestuale crescita di professionalità specialistiche di eccellenza.
- Il continuo sviluppo del sistema informativo e di comunicazione del rischio di sanità pubblica veterinaria, con l’obiettivo di una gestione informatizzata di tutte le attività sanitarie inerenti la sicurezza alimentare, la produzione primaria, le profilassi animali, l’audit, la vigilanza.
- Lo sviluppo sul territorio del lavoro per obiettivi (secondo la logica : problema Obiettivo progetto) con lo svolgimento di efficaci programmi di sorveglianza e monitoraggio predisposti e coordinati a livello regionale e locale.
- La definizione di linee di indirizzo per lo svolgimento delle attività territoriali.
- L’obiettivo finale è quello di rendere unitario, riconoscibile ed efficiente il sistema a rete della Veterinaria, al fine di dare garanzia di uniformità di comportamenti, tempestività di interventi e una rapida informazione e comunicazione.
- I Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie rappresentano il motore centrale del sistema, pertanto per un corretto funzionamento della struttura occorre in particolare che:
 - ❖ sia assicurata una adeguata struttura organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione ai sensi dell’art. 7 quater del D.lgs. 229/99;
 - ❖ sia mantenuta la capillarità della presenza degli operatori sanitari sul territorio al fine di garantire la completa conoscenza della realtà territoriale e la risposta qualificata ai problemi emergenti;
 - ❖ sia garantita la completa ed effettiva separazione delle attività di controllo ufficiale rispetto alle funzioni di assistenza sanitaria e di autocontrollo aziendale;
 - ❖ sia sviluppata attraverso idonei percorsi formativi, per il personale dirigente e tecnico, l’applicazione di omogenee ed innovative modalità di vigilanza sanitaria ispirate all’impatto sulla salute dei vari possibili interventi, senza sottovalutare o trascurare l’impatto economico sulle filiere agro-alimentari.

Definizione della strategia e delle linee guida di intervento

A. Pianificazione delle azioni nel breve periodo

In un primo *step* dovrà essere posta attenzione a:

- potenziare il sistema informativo e di comunicazione del rischio tramite una assistenza continua e programmi di formazione indirizzati agli operatori territoriali;
- applicare i nuovi regolamenti Europei e Nazionali nel settore della sicurezza alimentare che, dal 1° gennaio 2006, relativamente ai controlli ufficiali dei prodotti alimentari sono stati ridefiniti, rendendoli più efficaci ed appropriati. Sono pertanto necessari periodici controlli della Regione per la corretta ed uniforme applicazione dei regolamenti e lo sviluppo dell'audit quale metodo di verifica dei diversi livelli. Entro il 2007 sarà emanata una specifica Direttiva Regionale per la pianificazione e la programmazione delle modalità di controllo ufficiale a livello regionale ai sensi del Regolamento CE. 882/04, che individui le autorità competenti nell'ambito della rete del servizio sanitario, le competenze e le responsabilità dei diversi attori e le modalità di rapporto con il Dipartimento di Veterinaria, nutrizione e sicurezza alimentare del Ministero della Salute;
- sviluppare una rete epidemiologica veterinaria che dovrà favorire l'integrazione ed il coordinamento dei servizi veterinari territoriali al fine di poter assicurare interventi uniformi su tutto il territorio regionale, nonché interventi immediati a seguito dell'attivazione del sistema di allerta. Per fare ciò è necessaria la realizzazione dell'Osservatorio epidemiologico regionale veterinario da allocare nell'ambito del Servizio Veterinario del Dipartimento Tutela della Salute;
- potenziare la profilassi e il monitoraggio delle malattie infettive e diffuse, a tal fine dovrà essere assicurata la continuità del piano straordinario regionale di eradicazione della tubercolosi, brucellosi, e leucosi su bovini ed ovini nel territorio regionale per acquisire le qualifiche di "ufficialmente indenne" in tutte le province, entro la data perentoria del 2009 così come stabilito dall'Ordinanza Ministeriale 14 novembre 2006;
- intensificare, inoltre, la profilassi ed il controllo inerente la malattia vescicolare dei suini per accreditare nel triennio tutti gli allevamenti ricadenti sul territorio regionale, al fine di giungere all'obiettivo che la Regione diventi ufficialmente indenne dalla MVS;
- dotare il servizio sanitario veterinario aziendale di adeguati strumenti per dare risposte efficaci alle emergenze epidemiche veterinarie, sulla base delle esperienze sviluppatesi nel corso dell'epidemia mondiale di influenza aviaria. A tal proposito è auspicabile sviluppare un sistema sinergico interistituzionale all'interno delle maxi emergenze sanitarie, utilizzando anche lo strumento delle Unità di Crisi.

B. Pianificazioni delle azioni nel medio-lungo periodo

Gli obiettivi per tutti gli attori della rete della sicurezza alimentare sono così definiti:

- Attivazione del sistema informativo ed epidemiologico di sanità pubblica veterinaria che consenta il dialogo tra i servizi veterinari territoriali ,l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno "IZS" e il Dipartimento Tutela della Salute.
- Piena attuazione della collaborazione tra il personale dei Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria attraverso protocolli condivisi di attività congiunta nei settori di reciproco interesse.
- Sviluppo del confronto con altri enti e servizi impegnati nel settore dell'agroalimentare al fine di chiarire i ruoli ed evitare duplicazioni dei controlli.
- Messa a regime di procedure di controllo omogenee dei veterinari ufficiali negli stabilimenti di alimenti di origine animale riconosciuti ai sensi dei nuovi regolamenti europei.
- Realizzazione di programmi di controllo e di verifica relativamente a prodotti e coadiuvanti fitosanitari, piani di monitoraggio per l'eventuale utilizzo di sostanze vietate e controllo della presenza nei prodotti alimentari di origine animale, di residui di farmaci e contaminanti ambientali
- Implementazione del sistema d'allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti e mangimi con procedure che garantiscano una efficace e rapida azione su tutto il territorio regionale.
- Attuazione di un nuovo sistema di monitoraggio delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo al fine di ridurre la prevalenza di zoonosi specifiche.
- Organizzazione di nuovi piani di monitoraggio delle malattie infettive degli animali da reddito, a maggiore rilevanza epidemiologica, con la collaborazione dell'IZS e definizione delle azioni necessarie per migliorarne l'eradicazione.
- Qualificare ulteriormente la gestione delle anagrafi animali da reddito, con particolare attenzione agli ovicaprini, a garanzia della salute delle popolazioni animali e dell'igiene degli alimenti e dei sistemi di controllo del benessere animale
- Elaborazione di un programma regionale di sorveglianza ed educazione nutrizionale adatto alle specifiche necessità del territorio.
- Attuazione di specifici programmi di educazione sanitaria sull'igiene degli alimenti di origine animale in ragione degli obiettivi prefissati e mirati a correggere le necessità emerse dall'analisi epidemiologica.

C. Verifiche di sistema

Per garantire efficacia ed efficienza di tutti i livelli organizzativi dei Servizi Veterinari, è necessario realizzare un coordinamento non più fondato sulla mera struttura gerarchica, ma su una nuova metodologia del rapporto istituzionale incentrato sulla programmazione concertata, sulla individuazione di precise responsabilità di funzionamento "standard di attività" e sulla verifica trasparente dei risultati "audit interni ed esterni".

La Regione dovrà assicurare a livello territoriale che:

- i controlli ufficiali su animali vivi, mangimi e alimenti siano efficaci ed appropriati;
- il personale sia libero da conflitti di interesse, sia adeguatamente qualificato “formato ed addestrato ai sensi dei regolamenti comunitari”, aggiornato e con capacità di cooperazione multidisciplinare;
- siano garantite adeguate attrezzature di laboratorio per l'esecuzione dei controlli in modo efficace ed efficiente;
- sia garantita la capacità di gestire, a livello territoriale, eventuali piani di emergenza sanitaria.

Per garantire queste finalità, il Dipartimento Tutela della Salute procederà ad *audit* aziendali per verificare che vengano raggiunti gli obiettivi prefissati, adottando eventuali misure correttive.

La salute animale e la tutela della salute del cittadino

La Sanità Pubblica Veterinaria ha da sempre operato per favorire il corretto equilibrio animale-uomo-ambiente, occupandosi, tra l'altro, dell'aspetto prettamente sanitario, curando e prevenendo le malattie trasmissibili tra gli animali, e tra questi e l'uomo.

Per lungo tempo l'antropocentrismo della cultura occidentale ha condizionato il rapporto con gli animali, considerati un bene di proprietà e come tale indirettamente tutelati per le loro funzioni utilitaristiche ed affettive in relazione al loro “padrone” uomo.

Questa cultura è profondamente mutata fino a riconoscere gli animali d'affezione come esseri senzienti, verso i quali la società ha nuove responsabilità. Infatti, “il cane, il gatto, il furetto ecc.”, rappresenta una fonte di responsabilità equiparabile a quella che si deve alle forme più deboli intraspecifiche.

Il mutamento culturale e della sensibilità sociale, in merito, ha indotto il legislatore ad adeguare la normativa a queste mutate esigenze, ponendo attenzione, oltre che alle problematiche sanitarie, anche agli aspetti legati al benessere ed al rispetto delle esigenze etologiche e comportamentali dell'animale. A tal proposito, il Dipartimento Tutela della Salute, al fine di consolidare questo nuovo rapporto uomo-animale, attuerà un Programma triennale di sensibilizzazione, rispetto e tutela degli animali con il coinvolgimento del mondo del volontariato e delle agenzie educative.

Randagismo Canino

La Regione Calabria, ha già avviato nel 2004 la rivisitazione delle problematiche connesse al randagismo, introducendo quale strumento prioritario, l'istituzione dell'anagrafe canina regionale, per ottenere, tra l'altro, una riduzione di tale fenomeno.

L'anagrafe canina, in particolare, rappresenta il mezzo più idoneo per garantire i diritti di proprietà, ma anche i doveri ad essi connessi; essa consente di tutelare il benessere animale, di contrastare l'abbandono degli animali e di programmare gli interventi di sanità pubblica veterinaria finalizzati alla prevenzione delle malattie che si trasmettono dal cane all'uomo.

Questo sistema permette la pronta restituzione al proprietario ed all'ambiente di vita abituale, dei soggetti trovati vaganti sul territorio, con un

risparmio per l'ente pubblico delle spese di custodia e di mantenimento dell'animale catturato.

L'identificazione degli animali è quindi la prima ed indispensabile condizione per garantire la tutela giuridica ed il controllo sanitario della popolazione canina.

La Regione Calabria, con Delibera di Giunta Regionale n 883 del 23 novembre 2004 ha stabilito, in sostituzione del tatuaggio, l'obbligatorietà dell'identificazione dei cani tramite l'applicazione elettronica di un microchip, dando vita ad una anagrafe informatizzata unica regionale. Tale attività viene espletata presso i servizi veterinari distrettuali, consentendo ai cittadini la registrazione del proprio cane ; lo stesso servizio viene effettuato anche dai medici veterinari liberi professionisti autorizzati. Il funzionamento dell'anagrafe canina produrrà, nel medio periodo, una riduzione degli abbandoni, una diminuzione del numero dei cani ricoverati nei canili e contestualmente della spesa pubblica, con la possibilità di monitorare in tempo reale l'andamento del fenomeno randagismo in Calabria. Il Dipartimento Tutela della Salute, attiverà nel triennio progetti mirati di educazione sanitaria e di comunicazione istituzionale relativamente all'adozione , al controllo ed alla limitazione delle nascite, rivolti agli operatori del settore ed alla popolazione tutta.

Attività da garantire nel triennio di validità del piano:

- Sorveglianza sugli impianti di macellazione bovini, suini, ovini, equini, pollame, lagomorfi
- Sorveglianza sulla produzione di latte e sulle produzioni lattiero-casearie, sulla produzione di miele e uova
- Sorveglianza sulla presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale
- Sorveglianza e controllo sulle attività di competenza connesse agli alimenti di cui al Regolamento CE 882/04
- Attività di verifica connesse alla Registrazione di stabilimenti settore alimentare di competenza ai sensi del Reg. CE 852/04
- Sorveglianza su stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. 853/04 e 854/04 CE di carni, prodotti ittici, molluschi, uova
- Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e o allevamento di molluschi bivalvi
- Controllo su sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano
- Gestione del sistema di allerta alimentare di cui alla DGR 189/06 per quanto di competenza
- Gestione e sistemi di risposta a emergenze sanitarie legate agli alimenti
- Sistema informativo per il controllo delle Aziende zootecniche su anagrafe nazionale
- Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali
- Riproduzione animale
- Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi
- Vigilanza sul benessere degli animali da reddito
- Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali

- Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali
- Sorveglianza sull'impiego del farmaco veterinario
- Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione
- Igiene urbana veterinaria. Controllo delle popolazioni sinantropiche. Controllo episodi di morsi di cani.

2.14.3.6 Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

Relativamente all'attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, nel periodo di validità del piano sanitario regionale, dovrà essere perseguito il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Sorveglianza sui fattori di rischio di malattie croniche
- Prevenzione delle malattie croniche più diffuse, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità e indicazioni concordate a livello nazionale
- Profilo di salute della comunità, Promozione della consapevolezza e della partecipazione, Promozione di sinergie con altri soggetti, costruzione di alleanze e partenariati per la salute
- Campagne informative/educative, rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici.

2.14.3.6.1 Prevenzione Malattie Cardiovascolari – Diffusione Carta del rischio

L'obiettivo generale è quello di realizzare un valido supporto a tutte le attività integrate a vari livelli del SSR, che favoriscano le azioni di prevenzione attiva, al fine di contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione, utilizzando strumenti efficaci e competenti per la promozione della salute cardiovascolare. L'altro elemento da considerarsi obiettivo generale da conseguire è costituito dall'implementazione appropriata delle carte e del punteggio di rischio cardiovascolare in gruppi di popolazione calabrese.

I due aspetti che costituiscono l'obiettivo, delineano una strategia che a partire dall'impegno sugli individui ad alto rischio, rende visibile ed accessibile nella popolazione generale l'informazione sulla prevenzione cardiovascolare, particolarmente associata allo stile di vita.

Situazione

Le Malattie Cardiovascolari in Italia ed in Calabria rappresentano uno dei più importanti problemi di Sanità pubblica, infatti gli indicatori disponibili evidenziano un'elevata mortalità nel nostro Paese: 236.000 morti pari al 42,5% del totale dei decessi. Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronaria e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia

cardiovascolare, ha permesso di individuare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia.

Il monitoraggio di tali determinanti di salute, siano essi legati allo stile di vita, che a fattori di rischio "epidemiogeni", è alla base delle azioni per una strategia preventiva sulla popolazione generale e sugli individui, in grado di ridurre i fattori di rischio modificabili quali pressione arteriosa, colesterolemia, sedentarietà, fumo, obesità. Il Piano Regionale della Prevenzione in questa ottica affronta per la prima volta, in modo organizzato in Calabria, le problematiche della prevenzione primaria. La DGR n. 624 del del 27 giugno 2005 ha previsto l'implementazione appropriata della Carta del Rischio Cardiovascolare nella popolazione di riferimento e l'elaborazione Piano Aziendale di Prevenzione Attiva al fine di contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione

Obiettivi

- Coinvolgimento di specifici operatori della sanità pubblica, in primo luogo i medici di famiglia
- Implementazione tra gli operatori coinvolti di procedure standard di utilizzo delle misure utili a rendere accurato l'uso delle carte e del punteggio di rischio
- Implementazione delle carte e del punteggio di rischio cardiovascolare attraverso l'installazione del programma informatizzato del cardio-rischio (Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute)
- Sviluppo di un piano di lavoro e strategie per i vari livelli operativi (a livello regionale e/o di livelli istituzionali decentrati);
- Coordinamento nei programmi da realizzare tra i vari gruppi (geografici e istituzionali);
- Formazione degli operatori coinvolti nella prevenzione attiva;
- Monitoraggio dei fattori di rischio cardiovascolare e obiettivi raggiungibili più a lungo termine, che funzionino come indicatori di esito, quali: Cambiamento dello stile di vita tra gli individui ad alto rischio e nella popolazione generale.

Azioni

- Costituzione del Coordinamento Regionale del progetto
- Costituzione del Coordinamento nel territorio delle AASSLL
- Preparazione del sistema informativo, delle definizioni, delle procedure e strumenti di misura, delle linee guida
- Campagna di arruolamento dei MMG, specialisti, gruppi da screenare
- Campagna di arruolamento delle associazioni di donatori di sangue
- Identificazione di un gruppo di coordinamento regionale con i seguenti compiti:
 - ❖ Coinvolgere i MMG in un progetto di miglioramento della gestione dei soggetti ad alto rischio con interventi farmacologici e non
 - ❖ Coinvolgere i MMG in progetti di prevenzione primaria (stili di vita), che coinvolgono tutti i loro assistiti
 - ❖ Coinvolgere altri protagonisti della sanità regionale in grado di interagire per proporre e utilizzare risorse umane e materiali che garantiscano competenza, in particolare, all'intervento sugli stili di vita

- ❖ Coinvolgere sindaci che potranno promuovere a livello locale attività di prevenzione
- Coinvolgimento associazioni come ad esempio ristoratori o gestori del servizio mense, o ancora gestori dei distributori automatici per promuovere la diffusione di cibi a basso contenuto calorico
- Training ECM Programma di formazione per i MMG
- Installazione software cardiorischio ISS-Ministero della Salute, messo a disposizione degli operatori partecipanti
- Invito all'arruolamento degli assistiti
- Applicazioni:
 - ❖ Uso della carta del rischio
 - ❖ Uso del punteggio individuale di rischio
 - ❖ Classificazione in categorie di rischio
- *Counseling* e prevenzione attiva:
 - ❖ contro il fumo
 - ❖ contro l'obesità:
 - ❖ per l'attività fisica:
 - ❖ per un'alimentazione anti-aterogena
- Costruzione registro pazienti candidati.

2.14.3.6.2 Prevenzione complicanze del diabete

L'adozione di programmi di *disease management* si è rivelata efficace nella prevenzione delle complicanze del diabete. Per *disease management* si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche, che prevede i seguenti elementi peculiari:

- partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia attraverso programmi di educazione e supporto del paziente svolti a livello della rete primaria di assistenza;
- attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente;
- attivazione di un sistema di monitoraggio su base informatizzata.

Questi intendimenti sono stati adottati con la D.G.R. n. 624 del 27 giugno 2005.

L'aderenza delle pratiche assistenziali e delle linee guida è essenziale per prevenire le complicazioni e migliorare la qualità della vita. Lo sviluppo della partecipazione attiva del paziente all'autogestione del diabete (informazione, educazione, comportamenti) rappresenta il punto di forza per la riuscita di qualsiasi strategia assistenziale

Obiettivi

- Definizione di linee guida per l'assistenza al paziente diabetico (diagnostico / terapeutiche / organizzative)
- Revisione ed eventuale aggiornamento delle linee guida predisposte congiuntamente dall'AMD, SIMG e SID
- Definizione degli indicatori di processo e di esito

Azioni

Costituzione Coordinamento Operativo Regionale

- Definizione del minimum data set per la generazione degli indicatori e realizzazione del software di estrazione dei dati
- Preparazione di un modello di consenso informato per pazienti.
- Identificazione dei referenti regionali.
- Campagna di arruolamento dei Medici di Medicina Generale delle
- Formazione (ECM) degli operatori partecipanti su:
 - ❖ modalità e contenuti del progetto,
 - ❖ linee-guida per l'assistenza al paziente diabetico,
 - ❖ uso del software predisposto.
- Installazione del software messo a disposizione degli operatori partecipanti.
- Inserimento degli assistiti nel progetto. Firma del consenso informato alla partecipazione ed al trattamento dei dati.
- Costruzione del registro dei pazienti.
- Attività educativo-formative rivolte ai pazienti:
 - ❖ attività di educazione all'autogestione della malattia in collaborazione, dove possibile, con le associazioni dei pazienti;
 - ❖ counseling su indicazioni preventive per le malattie cardiovascolari
- Valutazione di indicatori fondamentali di processo e di esito.

2.14.3.6.3 Prevenzione attiva degli eventi cardiovascolari

E' ormai acclarato che la riduzione dei tassi di mortalità per cardiopatia ischemica è attribuibile per un terzo al miglioramento delle terapie, per due terzi alle misure di prevenzione, sia primarie, cioè rivolte a soggetti che non hanno avuto malattie cardiovascolari, che secondarie cioè destinate a pazienti che hanno già avuto un evento cardiovascolare.

L'obiettivo generale da conseguire è quello della realizzazione di un sistema a rete costituito dai medici di medicina generale e dagli specialisti del settore, che attiveranno nei confronti dei loro assistiti interventi adeguati di correzione del rischio sia di tipo farmacologico, che attraverso la terapia educativa degli stili di vita (Counseling motivazionale breve).

Elemento portante di tale strategia è dunque costituito dalla diffusione presso il personale sanitario dell'assistenza primaria e della specialistica di riferimento per il rischio cardiovascolare, delle competenze per la gestione del rischio cardiovascolare nel post-infarto in termini di terapia educativa per gli stili di vita e l'aderenza alla terapia farmacologia e il monitoraggio del rischio nel tempo.

Inoltre, dovranno essere istituiti i Registri degli eventi cardiovascolari, mediante l'identificazione dei ricoveri ospedalieri o dei deceduti per le patologie indagate. Ciò dovrà consentire di stratificare il rischio cardiovascolare nel post-infarto, nei residenti di età dai 35 ai 74 anni ricoverati per la patologia di interesse.

Obiettivi

- Attuazione DGR n° 315 del 2 maggio 2006

- Conoscere il rischio cardiovascolare nel post-infarto nei residenti di età dai 35 ai 74 anni ricoverati per la patologia di interesse
- Coinvolgere il maggior numero di Medici di Medicina Generale e di Specialisti collegati alla valutazione del rischio cardiovascolare in programmi di formazione per la valutazione del rischio cardiovascolare nel post-infarto e la terapia educativa che la sua gestione comporta.

Azioni

- Costituzione Comitato di Coordinamento Regionale
- Coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale in ciascuna Azienda Sanitaria territoriale
- Attivazione del Registro degli Eventi cardio- e cerebrovascolari, mediante l'identificazione dei ricoveri ospedalieri di residenti di età 35-74 anni, con diagnosi di dimissione CIM IX 410-414 o con diagnosi di dimissione CIM IX 430-434, 436-438, in un anno solare che sarà definito "anno indice"
- Identificazione, nei tre anni successivi a quello indice, dei pazienti già individuati con la metodologia descritta che siano stati nuovamente ospedalizzati con diagnosi di dimissione 410-414, oppure con diagnosi 430-434, 436-438, oppure che siano deceduti per le patologie indagate.
- Consegna ad ogni nuovo paziente infartuato, alla dimissione, di un documento di valutazione del rischio di recidive, che può essere effettuata in modo semplice, attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto messa a punto dal Gruppo Italiano per lo studio della Sopravvivenza nell'infarto miocardio e recepita dal Ministero della Salute, che consente una valutazione individuale quantitativa del rischio cardiovascolare, facilmente trasmissibile al medico di medicina generale favorente la continuità assistenziale sul territorio.
- Standardizzazione del foglio di dimissione indirizzato al medico curante, che conterrà i recapiti e ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura specialistica, saranno indicati:
 - ❖ il rischio di recidive, comunemente espresso in percentuale;
 - ❖ indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio;
 - ❖ indicazioni sulla terapia;
 - ❖ indicazioni sulla riabilitazione;
 - ❖ indicazioni sui controlli periodici da eseguire
- Definizione ed applicazione della terapia: educativa, intesa come interventi strutturati rispettosi delle caratteristiche motivazionali del paziente, in ordine a modificazioni positive degli stili di vita e all'aderenza alla terapia farmacologica, da somministrare a tutte le persone stratificate per il rischio cardiovascolare post-infarto, anche e soprattutto a coloro che non hanno livelli elevati di rischio.
- Controllo dei fattori di rischio modificabili.
- Sviluppo del Piano di Formazione Regionale per il personale coinvolto nella ricerca di informazioni cliniche per la conoscenza del rischio cardiovascolare post-infarto.
- Monitoraggio della applicazione del piano che prevede le seguenti fasi:
 - ❖ monitoraggio delle attività del Comitato di Coordinamento Regionale;
 - ❖ monitoraggio delle attività Distrettuali;

- ❖ monitoraggio della attività di formazione per la strategia individuale;
- ❖ monitoraggio dell'attività di valutazione del rischio cardiovascolare post-infarto e di compilazione delle schede cliniche.

2.14.3.6.4 Screening oncologici femminili e del colon retto

L'obiettivo generale è quello di prevenire l'insorgenza del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto ed aumentare la sopravvivenza attraverso una diagnosi precoce dei casi e la riduzione degli interventi più demolitivi, diminuendo la proporzione di coloro che arrivano alla diagnosi in stadio avanzato mediante l'attivazione di Campagne di Screening per la Prevenzione dei carcinomi suindicati

Per il Carcinoma della Mammella, è previsto l'invito con intervallo biennale, per le donne in fascia d'età 50-69 anni, per l'esecuzione della mammografia.

Per la Prevenzione del Carcinoma della Cervice Uterina è invece previsto il Pap-Test, con intervallo triennale, per le donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Per quanto riguarda il Carcinoma del Colon retto, è previsto l'invito con intervallo biennale, ad una popolazione con età 50-69 anni per l'esecuzione della ricerca di sangue occulto nelle feci. Inoltre dovranno essere realizzate le colonscopie per chiamata dei cittadini che hanno avuto casi in famiglia di Carcinoma del Colon retto.

Il Piano prevede che le Aziende Sanitarie definiscano, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, precisi percorsi terapeutici assistenziali tramite l'attivazione di Reti finalizzate ad accompagnare l'utente, in caso di test positivo, nei vari step assistenziali.

I tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto rappresentano attualmente un importante problema non solo sanitario, ma anche umano, assistenziale, sociale ed economico, che deve essere affrontato, in primo luogo tramite un'efficace prevenzione.

Il "sistema screening" rappresenta il tipico esempio di inversione del rapporto utente-struttura, proprio perché è il servizio sanitario a rivolgersi a tutti i soggetti che, rispondendo a particolari caratteristiche (età, sesso, ecc.), diventano "popolazione bersaglio". Si comprende, così, il ruolo centrale della comunicazione e delle strategie utilizzate per raggiungere i destinatari. Il Dipartimento Regionale Tutela della Salute, a tal fine, ha organizzato un corso di formazione, in collaborazione con l'Università degli studi di Perugia, svoltosi in 3 sessioni che, tra l'altro, ha consentito di elaborare "le Linee Guida del Piano di Comunicazione degli screening oncologici" da attuare su tutto il territorio regionale.

L'attivazione degli screening a chiamata in Calabria dal 1° gennaio al 31 dicembre 2006 in 10 Aziende Sanitarie su 11, ha consentito di registrare 92 casi positivi per neoplasia della mammella e 30 casi per neoplasia della cervice dell'utero.

Obiettivi

- Attuazione Piano Regionale Screening Oncologici DGR n° 611 del 27.06.2005
- Elaborazione modelli organizzativi

- ❖ Test di screening: esame mammografico in doppia proiezione e con doppia lettura, da eseguirsi presso le AA. SS. E le AA. OO. e, qualora fosse necessario, presso strutture accreditate. Centri di 2° livello Aziendali e/o extra-aziendali. L'iter diagnostico previsto è: Ecografia, Biopsia Stereotassica o Ecoguidata ; Galattografia.
- ❖ Test di screening: esame citologico Pap-test con metodo tradizionale o a "strato sottile" da eseguirsi presso le AA. SS. E AA. OO. e, qualora fosse necessario, presso strutture accreditate. Centri di 2° livello Aziendali e/o extra-aziendali. Approfondimenti diagnostici: Colposcopia, Biopsia mirata, triade secondo le raccomandazioni GISC. I.
- ❖ Test di screening colon retto: RSO-FOBT e, per soggetti con familiarità per CA colon retto, colonscopia o pancolonscopia. Centri di 2° livello Aziendali ed extra-aziendali. L'iter diagnostico previsto è: Colonscopia e/o pancolonscopia, biopsia mirata.
- Elaborazione piano regionale della formazione
- Piano Regionale della Comunicazione
- Anagrafe target presso le AA.SS.
- Linee-guida Regionali per il Controllo di Qualità

Azioni

- Istituzione del Centro Regionale di Riferimento (CRR) per gli screening oncologici suddiviso in tre sottogruppi : Qualità - Formazione – Comunicazione.
- Istituzione Centro Riferimento Aziendale in tutte le AA.SS.
- compilazione da parte delle AA.SS. del modello organizzativo in base alle proprie risorse professionali, alle attrezzature disponibili ed alle peculiarità del proprio territorio.
- individuazione dei Centri di esecuzione e lettura in tutte le AA.SS. Per ogni Centro esecuzione di almeno 5.000 esami l'anno.
- Realizzazione di un Centro di 2° livello ogni 25.000 donne/target.
- individuazione dei punti prelievo con distribuzione capillare nel territorio.
- Centri di lettura: almeno 15.000 esami letti all'anno per ogni centro.
- Realizzazione di un Centro di 2° livello ogni 40.000 donne/target.
- Consegna dei kit agli utenti tramite MMG e/o farmacie del territorio e/o strutture distrettuali ed eventualmente Associazioni di volontariato
- individuazione di un Centro di II livello che dovrà effettuare almeno 1000 procedure/anno oggetto dello screening
- corsi di formazione a carattere regionale.
- corsi di formazione "a cascata" a livello aziendale, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte nello screening (ostetriche, infermieri professionali, tecnici di radiologia e di citologia , ginecologi, oncologi ecc) e, in particolare, ai MMG.
- Pubblicizzazione degli screening presso ogni Azienda Sanitaria .
- Istituzione segreterie per gli screening.
- Acquisizione software.
- Invito per lettera alla popolazione target ottenuta dalle liste anagrafiche comunali incrociate con quelle sanitarie.

- Chiamata per età a partire dalle fasce più alte o con le metodologie che ogni Azienda riterrà più opportuna.
- Report semestrale.
- Report annuali con validazione dei Responsabili valutativi aziendali.

2.14.3.7 Promozione dell'attività fisica e medicina dello sport

Uno degli obiettivi prioritari del PSR è quello di promuovere nella popolazione generale lo svolgimento di una regolare attività motoria che consenta il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e la prevenzione di patologie croniche invalidanti

Il ruolo protettivo dell'attività motoria è stato ampiamente dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardio-cerebrovascolari, metaboliche (diabete, obesità, dislipidemie), osteoarticolari (osteoporosi ed artrosi), dell'apparato respiratorio (asma), della performance fisica e della qualità di vita degli anziani e dei diversamente abili. Infatti il regolare esercizio fisico aiuta a controllare il peso corporeo, prevenendo l'obesità e le patologie ad essa correlate, riduce la pressione arteriosa, l'insulino-resistenza che precede la comparsa clinica del diabete mellito e la frequenza cardiaca aumentando il benessere psicofico e l'autostima.

Secondo quanto riportato su "La pratica sportiva attraverso i dati CONI e ISTAT del 2005" il 40,6% della popolazione italiana sopra i tre anni non pratica sport o una qualche forma di attività fisica nel tempo libero. La sedentarietà interessa il 34,7% degli uomini e il 44,5% delle donne e aumenta dopo i 65 anni al 53,2% degli uomini e al 69,1% delle donne.

Il 53,6% dei calabresi non pratica alcuna forma di attività fisica (16,1% attività sportiva regolare, 30,3% sport o una qualche forma di attività fisica in modo saltuario) contro il 31% del nord e il 39,2% del centro dell'Italia.

Le Regioni più "sedentarie" sono Calabria e Sicilia (59,1% di popolazione inattiva), è proprio in quest'ultima che si è verificato un incremento della morbilità e della mortalità per malattie cardiovascolari.

La Medicina dello sport e dell'esercizio fisico dovrà occuparsi degli aspetti legati alle politiche di prevenzione ed educazione sanitaria della popolazione tutta, nonché della vigilanza sanitaria sulle attività motorie e sportive, partecipando a pieno titolo ai progetti del piano regionale di prevenzione:

- prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile;
- prevenzione attiva delle recidive degli eventi cardio e cerebrovascolari;
- prevenzione delle complicanze del diabete
- prevenzione degli incidenti domestici.

Come recita la legge regionale 2/5/2001 n.10 "Medicina dello Sport e tutela sanitaria delle attività motorie e sportive" l'attività si rivolge sostanzialmente a tre categorie di fruitori:

- popolazione generale, nelle diverse fasce d'età;
- praticanti attività sportive a vari livelli;
- operatori che rendono prestazioni di medicina dello sport.

A. Promozione dell'attività fisica

Obiettivi

- Promuovere l'esercizio fisico regolare per favorire il raggiungimento del benessere psico-fisico nei bambini, negli adolescenti, negli adulti e nei diversamente abili.
- Incrementare il livello di esercizio fisico nei soggetti sani e in quelli affetti da patologie di tipo cronico-degenerativo.
- Tutelare la salute dei praticanti le attività motorie e sportive e potenziare la lotta al doping

Azioni

- Sviluppare, in collaborazione con il CONI, l'università, la scuola e il volontariato, iniziative per la promozione dell'esercizio fisico nei giovani e nella popolazione generale.
- Promuovere la realizzazione di infrastrutture sportive ed, in particolare, di quelle di base, quali percorsi attrezzati, piste ciclabili ed itinerari escursionistici.
- Favorire l'esercizio fisico degli anziani e dei diversamente abili facilitandone l'accesso agli impianti sportivi e promuovendone l'adeguamento, laddove necessario, ai bisogni funzionali degli stessi.
- Partecipare ai progetti regionali per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile, prevenzione attiva delle recidive degli eventi cardio e cerebrovascolari, delle complicanze del diabete e degli incidenti domestici
- Valutare le condizioni di salute e lo stato funzionale del soggetto in relazione all'attività sportiva agonistica o alla pratica dell'esercizio fisico.

B. Medicina dello sport

Obiettivi

- Certificazioni d'idoneità all'attività sportiva regolamentata dalle seguenti leggi che tracciano anche i percorsi diagnostici: DM Sanità 18.2.82 "Tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche"- DM Sanità 28.2.83 per l'attività non agonistica- Legge 16/3/1987 n. 115 art. 8 comma 1 e 2 "Disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito"- DPR 5.8.88 e 18.11.88 per le abilitazioni aeronautiche- DM Sanità 4.3.93 per la tutela degli sportivi con handicap- DM Sanità 13.3.95 per la tutela degli sportivi professionisti- Legge 14 dicembre 2000, n. 376 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping"- Legge Regionale 2/5/2001 n.10 "Medicina dello Sport e tutela sanitaria delle attività motorie e sportive"- Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico 2003;
- Attività di consulenza specialistica per strutture e manifestazioni di interesse pubblico inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale;
- Interventi di educazione alla salute, indirizzati alla promozione dell'attività fisica e sportiva e all'adozione di stili di vita sani per il raggiungimento di un buon livello di efficienza fisica individuale e per la prevenzione delle patologie

cronico-degenerative con il coinvolgimento del CONI, delle università, delle scuole il volontariato e degli altri soggetti interessati;

- Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico;
- Valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani, nei portatori di handicap e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali;
- Protocolli per la valutazione medico sportiva
- Informazione e valutazione degli effetti dei farmaci e altre sostanze usate dagli sportivi e controllo antidoping;
- Vigilanza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico;
- Vigilanza sugli ambulatori e strutture che operano nel campo della medicina dello sport;
- Raccolta e verifica dei flussi informativi relativi alle prestazioni erogate dalle strutture di Medicina dello sport,
- Sorveglianza epidemiologica delle patologie che controindicano l'attività sportiva agonistica;
- Aggiornamento professionale degli operatori sanitari e del personale tecnico con la collaborazione con il CONI, l'università, la scuola, il volontariato, gli enti locali e gli altri soggetti interessati.

Azioni

- Realizzazione dell'anagrafe della medicina dello sport e dell'esercizio fisico;
- Entro un anno dalla entrata in vigore del presente PSR le Aziende Sanitarie dovranno attivare l'anagrafe aziendale che sarà allocata presso l'UO di Medicina dello sport e del Dipartimento di Prevenzione.
- Strumento dell'anagrafe è l'adozione del libretto sanitario personale ad uso medico-sportivo privo di scadenza, la cui stesura è demandata alla Commissione Tecnico-scientifica ex art. 9 L.R. n°10/01;
- Realizzazione da parte della Giunta regionale di un programma di sorveglianza relativo alla certificazione di idoneità allo sport;
- Attuazione di un piano triennale di prevenzione e contrasto dell'impiego di sostanze dopanti che preveda:
 - a) organizzazione di eventi e campagne per la formazione, l'informazione e l'aggiornamento degli atleti, dei genitori, degli allenatori e preparatori atletici, degli insegnanti, dei Pediatri di Famiglia e dei Medici di Medicina Generale;
 - b) istituzione di una "rete dello sport" con il CONI, l'università, la scuola, il volontariato, per attuare strategie comuni finalizzate alla promozione di una corretta e sana attività sportiva.

2.14.3.8 Valutazione medico-legale per finalità pubbliche e degli stati di disabilità

La Medicina Legale ha subito, elettivamente nel corso degli ultimi anni, profondi mutamenti. Da una Medicina Legale protesa ad assicurare "fiscalismo" valutativo, sia negli adempimenti certificativi che in ambito di accertamenti di invalidità, si è passati ad una "Medicina Sociale", finalizzata alla tutela dei

minorati, alla sicurezza sociale, alla prevenzione dei conflitti nel rapporto utenti/operatori sanitari, al diritto del lavoro, alla bioetica. Pertanto, la Medicina Legale, attualmente, agisce spesso quale spazio di integrazione e di coordinamento tra specialità diverse dell'organizzazione sanitaria, anche operando all'interno delle strutture ospedaliere, comprese quelle Aziendali, quale elemento portante della gestione del contenzioso e nella prevenzione del rischio clinico. Ed è proprio in questo ambito operativo che la Medicina Legale ha concretizzato il più profondo dei mutamenti, avvalendosi della specifica competenza in merito alla prevedibilità degli eventi avversi. Questo mutamento ha comportato l'assunzione di una dimensione elettivamente protesa verso la prevenzione del rischio, con interventi finalizzati alla sua identificazione attraverso lo sviluppo di metodologie di tipo sistemico per l'analisi degli incidenti, seguita dall'adozione di correttivi, in alternativa a quella gestionale del contenzioso per responsabilità degli operatori sanitari.

I provvedimenti legislativi, elettivamente connessi alla tutela dei minorati; la maggiore sensibilità da riservare alla prevenzione dei rischi in ambito ospedaliero e nelle strutture territoriali, anche per contenere l'imponente crescita dei premi assicurativi e arginare la crisi di assicurabilità del sistema; l'esigenza sempre maggiore della popolazione di ottenere nel più breve tempo possibile accertamenti finalizzati all'attestazione di stati di disabilità, da impiegare in diversi ambiti di tutela, impongono la strutturazione di servizi di Medicina Legale sempre più efficienti, che devono anche coordinare efficacemente le specialità diverse dell'organizzazione sanitaria, cointeressate a specifiche problematiche. A tal fine, l'informatizzazione rappresenta una necessità non ulteriormente dilazionabile, che dovrà consentire il raccordo con altre strutture aziendali come l'Ufficio Affari Legali, le altre UU.OO., nonché con istituzioni pubbliche come l'I.N.P.S., ovvero con Associazioni di categoria degli invalidi e con Patronati. Ove sia già istituito ed operante un laboratorio di Tossicologia Forense, l'Unità Operativa di Medicina Legale, attraverso la Commissione Medica Locale opportunamente integrata ai sensi dell'art. 6, comma 1, della Legge n.125/2001, può coniugare il momento clinico-anamnestico con la diagnostica di laboratorio di II livello, attraverso l'analisi dei liquidi biologici, o preferibilmente con l'utilizzo della matrice cheratinica per le sostanze d'abuso e di specifici markers, quali la transferrina desializzata, per l'abuso alcolico. Potranno essere così individuati precocemente i soggetti con problematiche alcool-correlate e/o tossicodipendenze ed avviati agli opportuni programmi di recupero e riabilitazione a cura dei Sert e dei Servizi di Alcolologia territorialmente competenti.

Fanno comunque parte integrante dell'attività dei servizi di medicina legale:

- Il rilascio di pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti;
- L'attività di medicina necroscopica, polizia mortuaria e cimiteriale
- L'attività di informazione e comunicazione nelle materie di pertinenza
- La partecipazione all'effettuazione di accertamenti e la conseguente certificazione medico legale nell'ambito della disabilità
- L'effettuazione di visite di controllo domiciliari ed ambulatoriali sui lavoratori in malattia (visite fiscali), richieste da pubbliche amministrazioni.

Obiettivi

- Contenzione entro 120 giorni dalla data di presentazione della domanda, dei tempi di attesa per sottoporre a visita i richiedenti accertamento dello stato di invalidità civile, handicap.
- Contenzione entro 15 giorni dalla data di presentazione della domanda, dei tempi di attesa per sottoporre a visita utenti affetti da patologia oncologica, ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità civile, handicap.
- Contenzione entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda, dei tempi di attesa per sottoporre a visita utenti, ai fini del collocamento mirato al lavoro, causa di servizio, cecità civile, sordità, attività collegiali varie.
- Uniformità dei tempi di evasione delle istanze, da parte delle diverse Commissioni preposte agli accertamenti degli stati di invalidità civile e handicap, operanti nella medesima Azienda Sanitaria.
- Adozione di procedure uniformi per il rilascio di certificazioni previste da leggi e regolamenti
- Realizzare attività di gestione del rischio clinico, eseguendone la mappatura nelle strutture ospedaliere, assicurando l'evasione delle richieste di consulenza per conto dell'Amministrazione, per responsabilità professionale sanitaria, attivando corsi di formazione in tema di prevenzione del rischio clinico, assicurando la partecipazione ai Comitati Valutazione Sinistri, collaborando nella preparazione delle gare di appalto per la RC professionale.
- Assicurare l'evasione delle richieste di consulenza tecnica medico legale, per conto dell'Azienda di appartenenza.
- In riferimento alle pratiche di competenza dell'Azienda di appartenenza, collaborazione con la Regione Calabria per le attività di consulenza medico legale in materia di Legge 210/92 e R.C.
- Partecipazione ove richiesti ai Comitati Etici delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.
- Partecipazione al collegio per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte.
- Partecipazione alle attività di informazione in tema di Trapianti, Bioetica, Sicurezza delle prestazioni sanitarie e altri temi di rilevante interesse sociale
- Attività di medicina necroscopica, polizia mortuaria e cimiteriale.
- Visite di controllo sui lavoratori in malattia (visite fiscali), richieste da privati e da pubbliche amministrazioni, nella misura minima del 60%
- Il Laboratorio di Tossicologia Forense, ove istituito ed operante, esegue analisi di sostanze d'abuso, esplicando indagini diagnostiche di primo e secondo livello, su campioni biologici e sulla sostanza secca: a scopo forense, per le Prefetture, Forze dell'Ordine e Uffici Giudiziari; con finalità clinica, a vantaggio dei tossicodipendenti in trattamento presso i Sert; a supporto dell'attività certificativa della Medicina Legale e delle altre unità operative territoriali; in caso di avvelenamento, per i soggetti sottoposti a ricovero ospedaliero.

Azioni

- Definizione della composizione delle Commissioni preposte agli accertamenti, programmazione delle attività in rapporto ai carichi di lavoro preventivati basandosi sull'analisi dei dati relativi agli anni precedenti. Formazione del personale per le attività connesse all'applicazione delle normative di riferimento.
- Programmazione delle attività necroscopiche. Esecuzione dei riscontri diagnostici di competenza. Espletamento delle attività di polizia mortuaria e cimiteriale.
- Programmazione delle attività relative all'espletamento delle visite di controllo, domiciliari e ambulatoriali.
- Implementazione delle attività già in essere, anche monitorando l'impatto del consumo di alcool e droghe sulla salute, con particolare riferimento alla sicurezza stradale e sui luoghi di lavoro, proponendo idonee strategie idonee a contrastarne la diffusione e gli effetti nocivi.
- Stipula di idonee convenzioni con gli Organi di Polizia Stradale, per attuare opportuni programmi di informazione, screening e controllo sui conducenti di veicoli a motore, ivi comprese analisi sui liquidi biologici.
- Definizione delle procedure e programmazione delle attività.

3 GLI ATTORI E LE RELAZIONI DI SISTEMA

L'obiettivo di creare un "sistema sanitario" equo e solidale, peraltro fortemente integrato con le politiche sociali e più in generale con le politiche di pertinenza delle autonomie locali, non può fare a meno della partecipazione degli operatori, delle associazioni, del volontariato.

All'interno del SSR, la Giunta regionale ritiene fondamentale promuovere un vasto processo di partecipazione di tutti gli operatori ai vari livelli sollecitandone un nuovo impegno, orgoglio professionale, responsabilità nel contribuire a rilanciare la sanità in Calabria.

La promozione di un sistema di *clinical governance* resta l'obiettivo da perseguire.

Ciò dovrà avvenire sia attraverso l'implementazione delle competenze del collegio di direzione aziendale e del Consiglio dei sanitari, sia attraverso la creazione delle "reti per specialità".

Fondamentale per il rilancio del servizio è la partecipazione dei cittadini e delle associazioni. In tal senso, le Aziende devono garantire diritti fondamentali quali quelli della buona accoglienza, della corretta informazione, del consenso informato.

Le associazioni locali e nazionali dei familiari e degli utenti sono una risorsa da coinvolgere nei processi di programmazione degli obiettivi terapeutici.

Per l'azione che esse possono svolgere costituiscono una risorsa per il sistema e la società di primaria rilevanza.

Il nuovo sistema vuole garantire la massima agibilità e partecipazione delle associazioni di tutela ed istaurare una corretta attività di cooperazione volta al miglioramento dei servizi ed alla promozione della partecipazione dei cittadini.

Lo stesso impegno deve rivolgersi al potenziamento e alla valorizzazione del volontariato, dell'associazionismo, della cooperazione sociale, per l'apporto che tali organizzazioni possono offrire con suggerimenti e attraverso la co-progettazione dei servizi e delle diverse tipologie di risposte ai bisogni dei cittadini, ma anche per la capacità che esse hanno di umanizzare i servizi alla persona.

Accanto al terzo settore si devono attivare anche le energie e le potenzialità di tutte le parti economiche e sociali, profit e non profit, presenti nella Regione. Un contributo importante può essere offerto dalle fondazioni bancarie, dalle Università, dalle ONLUS e da tutti gli altri presidi di socialità presenti nel territorio.

Con tutti questi soggetti è possibile e doveroso rafforzare e rilanciare un percorso di partecipazione, condividendo obiettivi, trovando sinergie, sperimentando soluzioni innovative, sviluppando *dal basso* esperienze che siano strutturate e coerenti con la programmazione regionale.

La sussidiarietà orizzontale deve sempre più coniugarsi con l'impegno di solidarietà, con l'obiettivo di assicurare una gestione dei servizi che tenga debitamente conto delle radici profonde e dei valori nei quali si deve sviluppare un sistema di welfare.

Un percorso di reale sussidiarietà si coniuga strettamente con l'obiettivo della solidarietà sociale, in tutte le sue dimostrazioni, e per questo si deve assumere la centralità del territorio come luogo di sviluppo insieme economico e sociale, produttivo ed inclusivo. L'obiettivo è quello di realizzare un *welfare*

municipale, che riconosca e promuova il protagonismo istituzionale delle Comunità Locali, ciascuna secondo le proprie specificità e competenze, e ne stimoli la forma associata come metodo congruo all'economicità sostanziale nell'erogazione dei servizi. I Comuni sono i soggetti pubblici più vicini ai cittadini e per questo capaci di sviluppare un efficace lavoro di rete nella programmazione e nell'intervento sul territorio; in grado quindi di costruire comunità solidali a partire dal tessuto sociale territoriale.

Si tratta di modificare, innovandoli profondamente, i rapporti tra le istituzioni e la società civile, recuperando la prospettiva che – ferme restando le prerogative regionali in sanità - sia la comunità a “prendersi cura” delle persone che soffrono e che provano disagio, mantenendo e sviluppando continuamente meccanismi di appartenenza e, nel medesimo tempo, alimentando processi di autonomia.

Per favorire questo obiettivo va assunto l'impegno di promuovere e facilitare il dialogo e l'incontro tra le diverse forme della rappresentanza sociale al fine di continuare in maniera condivisa, coerente e determinata un percorso per mettere a frutto, sviluppandone le sinergie, le singole potenzialità dei soggetti coinvolti.

Questi soggetti vanno anche aiutati nel loro operare. Dovranno essere attivate iniziative per:

- stabilire quando e con quali modalità si può ricorrere al volontariato o all'associazionismo, quando e come alla cooperazione sociale per la gestione dei servizi;
- attivare interventi di “promozione”, informazione e formazione rivolte agli operatori del settore, in concorso con gli Enti locali di riferimento;
- sviluppare strumenti per l'accesso al credito del terzo settore;
- fornire gli strumenti per dotarsi di un bilancio sociale che definisca la *mission* e la congruità della struttura sul piano logistico e delle risorse umane per erogare servizi.

In definitiva va attivato un processo partecipativo attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti interessati su quelle che sono le scelte politiche e di programmazione partecipata, legate allo sviluppo di un *welfare* solidale e condiviso nel quale il diritto alla salute vada oltre la sola risposta sanitaria.

3.1 Il ruolo delle autonomie locali e la Conferenza di programmazione

La creazione della nuova sanità calabrese non può prescindere da un rapporto, per molti versi decisivo, con il sistema delle autonomie locali, principalmente con i Comuni.

La conferma del ruolo della Conferenza dei Sindaci, quale organismo dell'azienda, è imprescindibile per disegnarne le attribuzioni ed il sistema dei rapporti e delle competenze. Per questo le Aziende devono mettere la Conferenza nelle condizioni di ben operare fornendo i necessari supporti informativi e logistici.

Le Conferenze dei Sindaci dovranno svolgere un ruolo di primaria importanza anche in attuazione di quanto previsto dalla legislazione nazionale e regionale.

Per questo dovranno dotarsi di un proprio regolamento che contenga le certezze del ruolo e la definizione dei poteri.

A livello regionale, il sistema delle autonomie locali sarà coinvolto nelle principali scelte della programmazione, attraverso la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria. Va stabilito un collegamento diretto fra i compiti delle Conferenze dei Sindaci e le competenze della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.

Nel Piano sanitario regionale si deve saldare questa prerogativa con il ruolo della comunità locale, quale soggetto terzo del sistema.

La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria si dovrà esprimere:

- sulla proposta di piano sanitario regionale e piano sociale regionale;
- sulla relazione sanitaria regionale e sui documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale;
- su proposte e/o documenti che la Giunta e/o il Consiglio regionale ritengano opportuno sottoporre al suo esame.

Essendo queste funzioni di concorso alla programmazione regionale si assegna alla Conferenza permanente un ruolo importante e decisivo nella rappresentanza dei bisogni del territorio e di conseguenza le decisioni e gli indirizzi assunti sono da considerarsi impegnativi per l'azione ordinaria delle Conferenze dei Sindaci, con la consapevolezza che le riforme da attuare per costruire un sistema di salute sostenibile potranno essere realizzate se ci sarà l'apporto responsabile e costruttivo delle autonomie locali.

La stessa qualità dei servizi, le politiche di integrazione tra sanità, sociale e le altre politiche che riguardano la vita ed il benessere dei cittadini non possono realizzarsi senza un lavoro comune con i rappresentanti delle comunità locali.

Per dare ad ogni comunità una risposta adeguata ai propri bisogni è necessario iniziare a progettare "su misura", con modelli flessibili e con una organizzazione elastica nell'esercizio delle funzioni assegnate.

Va definita una presenza distrettuale, come punto centrale dell'erogazione integrata dei servizi, omogenea nel territorio in rapporto alla dimensione organizzativa e territoriale del Comune (o dei Comuni), per consentire una qualità dei servizi pubblici elevata, a costi congrui ed equamente distribuita.

La Regione e gli Enti Locali devono concertare e porre in essere ogni iniziativa possibile per il mantenimento e miglioramento del livello quantitativo e qualitativo dei servizi. In tale contesto per garantire l'obiettivo prioritario della tenuta del sistema di *welfare* locale risulta necessaria la responsabilità condivisa da parte di tutti i soggetti che compongono il sistema stesso.

A tal fine è indispensabile costruire tutte le sinergie possibili affinché l'impiego delle risorse finanziarie disponibili risulti più efficace, anche attraverso l'impegno delle risorse umane, professionali e di organizzazione dell'intero sistema sociale calabrese.

Solo attraverso la ricostruzione del tessuto delle comunità locali attorno ad “*un patto di cittadinanza sociale*” condiviso, è possibile immaginare una partecipazione attiva ed una adesione dei cittadini alle scelte programmatiche e di razionalizzazione del sistema che vanno messe in opera con il Piano regionale.

La prospettiva di un reale *welfare* comunitario e la costruzione di vere e proprie carte di cittadinanza sociale negli ambiti aziendali e distrettuali di riferimento vanno in questa direzione e devono essere perseguite.

Alcuni punti di riferimento vanno indicati come elementi essenziali attraverso i quali lo sviluppo e la costruzione del Piano saranno accompagnati attivamente dalle comunità locali:

- la definizione di un metodo di programmazione da realizzare in modo unitario in ambito regionale ed in modo integrato e partecipato in ambito locale;
- il coinvolgimento e l'adesione alle scelte che riguardano la rifunzionalizzazione o trasformazione di strutture sanitarie obsolete od insicure e, contemporaneamente, un lavoro concertato nell'individuare luoghi e funzioni per moderni insediamenti o diverse utilizzazioni di strutture esistenti;
- la possibilità di sperimentazioni innovative (telemedicina, dematerializzazione dei documenti, farmacie sociali, medicina di gruppo per i MMG) nella gestione dei servizi e nel coinvolgimento dei Comuni nelle stesse, prevedendo successivamente, se necessario, l'adeguamento della legislazione regionale in materia;
- la realizzazione di un sistema di finanziamento delle politiche sanitarie che, nelle more del Patto per la Salute, dovrà tendere ad una programmazione anticipata e pluriennale della disponibilità delle risorse, sia di livello statale che regionale, per dare garanzia ai percorsi che si vogliono realizzare, prevedendo per la parte di integrazione sanitaria e sociale, il concorso economico di compartecipazione degli enti locali;
- l'individuazione di strategie prioritarie condivise che costituiscano elementi di innovazione sostanziale del sistema nel periodo di riferimento, avendo in particolare l'obiettivo di dare effettiva esigibilità dei servizi al cittadino, coniugando l'universalità dell'accesso alle prestazioni alla capacità di “realizzare una vera equità”, che sia selettiva nelle modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni, per rendere realmente congrua la garanzia applicativa dei LEA.

Il coinvolgimento delle Comunità locali, attraverso la Conferenza regionale Permanente, le Conferenze dei Sindaci, i Comitati dei Sindaci di Distretto, nonché le rappresentanze associative dei comuni, se basato su un impegno sostanziale nei processi decisionali di loro interesse, è lo strumento vincente per la sostenibilità politica di un percorso che migliori quantità e qualità delle risposte di salute nella Regione.

3.2 Il rapporto con il sistema universitario regionale

Le Università della Regione costituiscono sicuramente uno degli elementi di maggior forza e potenzialità della Calabria, sia per il contributo che esse possono e devono fornire all'affermarsi di un modello di sviluppo economico avanzato, che per qualificare l'offerta dei servizi sanitari.

A fronte di tali obiettivi è necessario realizzare un rapporto più organico e strutturato con le realtà universitarie. Le attività di ricerca, di didattica e di assistenza, per quanto riguarda l'Università Magna Graecia, devono essere considerate parte delle attività del servizio sanitario regionale. La forte connessione tra università e SSR realizzerà un reciproco arricchimento ed una maggiore possibilità di qualificare e sviluppare i servizi e la ricerca.

In tal senso si ritiene fondamentale sostenere lo sviluppo di piani di ricerca nel campo delle biotecnologie e delle nanotecnologie, anche in continuità con le iniziative del P.O.N. 2000-2006, svolto in collaborazione tra centri di ricerca, il sistema universitario regionale e SSR.

Nella sistemazione e nello sviluppo dei rapporti di collaborazione dovrà dedicarsi una particolare attenzione ai temi di seguito indicati.

- attività di ricerca nel campo delle **bioingegneria** e delle **biotecnologie**, anche allo scopo di potenziare iniziative già in atto
- **diagnostica avanzata in medicina**, con particolare riferimento a malattie ad elevata incidenza e d'impatto sociale (cancro, diabete, malattie del sistema cardio-vascolare). In questo settore vi è forte necessità di sviluppare attraverso approcci innovativi, strumenti rapidi, affidabili ed economici per la diagnostica precoce il monitoraggio dello stato di malattia e la valutazione di efficacia del trattamento medico-chirurgico; attraverso tali strumenti sarà possibile tenere conto delle specificità e peculiarità di ciascun individuo, evitando procedure diagnostiche e trattamenti inutili e talvolta nocivi. In questo ambito le nanotecnologie sono in grado di offrire strumenti di straordinaria sensibilità, specificità e riproducibilità, nonché di integrare in un singolo dispositivo più componenti o più *steps* analitici, fornendo al medico una grande mole di informazioni non altrimenti accessibili;
- **"ingegneria dei tessuti/organi"** che costituisce una strategia di ricerca fondata sull'uso di cellule e loro componenti per la generazione di strutture artificiali in grado di compensare perdite funzionali secondarie a malattie o eventi accidentali. Un esempio è costituito dall'utilizzo di tale approccio altamente innovativo per la ricostruzione di cute, cartilagini, ossa e, più recentemente, l'uso di cellule staminali;
- medicina **"rigenerativa"**, nella quale diverse discipline cooperano per una migliore comprensione dei fenomeni biologici che sono alla base delle malattie e per lo sviluppo di biomateriali "intelligenti" in grado di stimolare gli eventi rigenerativi a livello cellulare e sfruttare l'enorme potenziale di "auto-riparazione" osservato nelle cellule staminali, che rivestono un ruolo chiave con riferimento a patologie di impatto socio-economico molto rilevante, quali quelle cardiologiche ed oncologiche;
- **information communication technology (ICT)**, che risponde alla necessità di realizzare il nuovo sistema informativo regionale;
- **rischio ambientale**, realizzando un forte coordinamento tra i Dipartimenti di prevenzione, l'ARPACAL ed il sistema universitario regionale;

- **rete agro-alimentare e zootecnia**, per la quale opera un Centro di competenza che assicura il rapporto tra le università, con partner pubblici e privati della rete del Distretto Tecnologico regionale in fase di costituzione.

In conseguenza delle scelte operate dal piano sanitario è necessario regolamentare, con specifici protocolli, i rapporti con le tre Università, sia per le attività di formazione che di ricerca. In particolare con l'Università Magna Graecia è indispensabile l'aggiornamento del precedente protocollo. Ciò è tanto più necessario in relazione alla decisione di costituire l'Azienda Ospedaliero-universitaria di Catanzaro derivante dall'unificazione delle Aziende Ospedaliere Pugliese-Ciaccio e Mater Domini e di unificare, sul piano dell'organizzazione, le attività oncologiche dell'area di Catanzaro.

3.3 Il rapporto con il CNR

Va ancora sviluppato il rapporto tra servizio sanitario regionale e CNR valorizzando le collaborazioni già esistenti con servizio sanitario regionale, sia sul versante assistenziale che su quello della formazione e dello sviluppo delle conoscenze; tali collaborazioni, attuate anche mediante la creazione di unità autonome di ricerca presso le Aziende, saranno disciplinate da appositi protocolli d'intesa

3.4 Il rapporto con l'INAIL

La Regione intende realizzare rapporti di collaborazione operativa con l'INAIL. Tale collaborazione ha l'obiettivo di agevolare investimenti strategici per il miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari. In particolare nella vigenza del presente piano, dovranno essere portate a termine prioritariamente le seguenti iniziative:

- ultimazione e funzionamento del Centro protesi di Lamezia Terme;
- realizzazione della riconversione del presidio di Chiaravalle da ospedale per acuti ad ospedale per la riabilitazione;
- realizzazione del Centro per il trattamento della sclerosi multipla in Bova Marina;
- realizzazione di interventi edilizi in altre Aziende in particolare per la realizzazione di strutture territoriali.

Infine, come peraltro già indicato in altre parti del piano, si segnala l'interesse della Regione ad una stretta collaborazione con le strutture nazionali e locali INAIL nel campo della prevenzione nei luoghi di lavoro, la facilitazione dell'accesso e del monitoraggio degli infortunati nei pronto soccorso ospedalieri per la realizzazione di attività riabilitative finalizzate al rapido reinserimento lavorativo.

3.5 Il rapporto con l'INRCA

Con delibera della Giunta Regionale del 12 ottobre 2004, n. 138 la Regione Calabria ha confermato la sua partecipazione all'INRCA quale IRCSS.

A seguito della legge regionale delle Marche del 19 dicembre 2006, n. 21, conseguente al D.Lgs. n. 288/2003, è stato istituito un consiglio di indirizzo deputato alla definizione delle linee strategiche a cui partecipa anche un rappresentante della Regione Calabria.

Con tali atti la Regione ha inteso confermare il suo interesse per un rilancio dell'Istituto necessario dopo una lunghissima fase commissariale.

La Regione intende rilanciare i rapporti con l'INRCA allo scopo di acquisire contributi significativi per la realizzazione di :

- iniziative innovative nel campo delle malattie connesse all'invecchiamento della popolazione (Alzheimer, malattie cardiovascolari, metaboliche, ecc.)
- specifici progetti di ricerca sia clinica che pre-clinica sui modelli e profili di assistenza per gli anziani ivi compreso l'uso appropriato di farmaci e la continuità dell'assistenza ospedale-territorio.
- di progetti di ricerca e sperimentazione di tecnologie avanzate per il monitoraggio a distanza con particolare riferimento alla realizzazione della telemedicina cardiologia sia in ambito ospedaliero che domiciliare.
- Collaborazione per la realizzazione degli obiettivi della rete cardiologica regionale.

L'INRCA disporrà per le attività cliniche correnti di 74 posti letto orientati prevalentemente nel campo della cardiologia, della geriatria e della riabilitazione.

3.6 Il rapporto con le organizzazioni sindacali dei lavoratori

La Regione ritiene fondamentale l'apporto del movimento sindacale alle scelte di programmazione e verifica della funzionalità del nuovo servizio sanitario per il rilancio della sanità regionale.

Con le organizzazioni sindacali dei lavoratori il rapporto sarà sviluppato a livello regionale sulla base di regole definite comunemente.

A livello aziendale il confronto ed il rapporto positivo con le organizzazioni sindacali, dovrà essere considerato parte integrante della corretta gestione. I rapporti dovranno essere improntati a criteri di collaborazione e lealtà, tali da realizzare processi di reciproca responsabilità e devono avvalersi di percorsi di confronto e concertazione programmati e continui nel tempo.

La larga presenza di sigle sindacali in sanità, moltissime legate a specifiche professioni o collocazioni lavorative, presuppone una forte capacità della Regione nell'instaurare rapporti di democrazia sindacale che siano in grado di coordinare un sistema di relazioni con singole rappresentanze o, complessivamente, con il mondo sindacale nel rispetto di specifici interessi o di decisioni collettive.

Asse portante dell'iniziativa regionale sarà quella dell'omogeneità nel sistema di relazioni, che - pur nelle diverse responsabilità e nell'importanza dei temi da trattare - deve porsi in continuità fra momento regionale e ramificazioni aziendali.

3.7 Il rapporto con le professioni ed il Consiglio sanitario regionale

L'attuazione di un intervento complessivo di riordino, quale quello previsto dal presente piano richiede almeno tre condizioni preliminari, essenziali per il successo dell'iniziativa:

- progettualità, ovvero chiarezza e trasparenza nella definizione degli obiettivi e delle strategie operative;
- fattibilità, ovvero disponibilità di tempi e risorse progettualità basilari;
- coesione, ovvero condivisione del progetto e della sua fattibilità da parte chi è chiamato alla realizzazione del piano, ovvero da parte degli addetti ai lavori, la cosiddetta "comunità curante".

L'ultima condizione richiede un coinvolgimento diretto degli operatori e delle professioni nei processi di riordino conseguenti all'attuazione del piano, che investe tutto l'impianto organizzativo e gestionale:

- i livelli del governo aziendale - direzione generale e dello staff della direzione;
- la dirigenza e la direzione di carattere gestionale - management aziendale, dai direttori di struttura a quelli di dipartimento, strutture del governo clinico dal collegio di direzione al comitato di dipartimento;
- la dirigenza professionale, dai direttori di strutture cliniche a quelli dei servizi sanitari;
- le strutture, i servizi, i quadri e gli operatori del personale addetto all'assistenza, infermieristica, tecnico sanitaria ed ausiliaria;
- le strutture, i servizi, i quadri e gli operatori del supporto tecnico-amministrativo e gestionale.

Lo strumento prescelto è quello di promuovere la partecipazione attraverso la crescita della competenza e della conoscenza del sistema sanitario regionale, attraverso un processo di formazione continua che determini l'introduzione nel sistema delle nuove acquisizioni sia sotto il profilo clinico-assistenziale che sotto quello dell'innovazione organizzativa, gestionale e di processo.

Questo significa adottare comportamenti precisi nella scelta del management e degli obiettivi dell'azione di governo :

- scegliere sempre i migliori in relazione agli obiettivi prescelti
- promuovere sempre l'adozione delle migliori pratiche, sia sul versante clinico-assistenziale, sia sul fronte gestionale, sia nelle scelte di governo dei servizi
- motivare sotto il profilo tecnico professionale le scelte di strategie e politiche di gestione dei servizi.

La scelta è quella di elevare a sistema questa impostazione generale nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, introducendo nel servizio sanitario regionale un organismo tecnico scientifico di alta competenza professionale, che introduca relazioni corrette tra procedimento di programmazione, valutazione e miglioramento qualitativo dei servizi e conoscenza, competenza e qualificazione professionale: tale organismo è il Consiglio Sanitario Regionale.

Tale organismo tecnico scientifico svolge funzioni di consulenza alla Giunta regionale ed al Consiglio regionale in materia di organizzazione e programmazione sanitaria e si esprime sui provvedimenti regionali di contenuto tecnico sanitario.

Si esprime nelle materie di competenza attraverso la propria organizzazione interna:

- Presidente: l'assessore regionale competente in materia;
- Vice presidente, eletto dall'assemblea;
- ufficio di presidenza;
- commissioni permanenti: formazione continua, innovazione organizzativa, osservatorio delle professioni sanitarie;
- assemblea.

Fanno parte del CSR:

- i presidenti degli ordini provinciali dei medici;
- medici di comprovata esperienza, designati dai presidenti degli ordini provinciali tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e medici specialisti nelle discipline presenti nelle reti ospedaliere, nei servizi territoriali e della prevenzione;
- professionisti appartenenti al ruolo sanitario, designati dagli ordini e collegi ed associazioni professionali delle altre professioni;
- direttori sanitari, designati dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private accreditate;
- esperti in materia di organizzazione e programmazione sanitaria nominati dal Presidente della Giunta regionale.

3.8 Il ruolo dell'imprenditoria privata nel sistema sanitario regionale: integrazione e concertazione nella programmazione e gestione e i servizi e delle prestazioni

Una delle peculiarità del servizio sanitario calabrese è la forte presenza di strutture private accreditate, che coprono circa il 30% dei posti letto ospedalieri e gestiscono parte considerevole delle strutture territoriali (laboratori, diagnostica per immagini, riabilitazione, RSA, strutture di salute mentale, delle tossicodipendenze).

Alcune strutture private hanno assicurato nel tempo risposte assistenziali di qualità, svolgendo anche un ruolo di supplenza e di riferimento in alcuni territori; in altri casi, l'offerta di prestazioni si presenta spesso ripetitiva di attività largamente presenti in strutture pubbliche.

La rimodulazione dell'offerta da parte del nuovo piano sanitario non potrà non incidere sull'entità e sulla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture private, così come da quelle pubbliche.

La Giunta regionale ritiene che le attività sanitarie erogate dalle strutture accreditate debbano costituire una qualificata integrazione dell'offerta pubblica di prestazioni, in un'ottica di sistema e di sana competizione qualitativa.

Le potenzialità dell'imprenditoria privata in sanità dovranno particolarmente esprimersi in aree nelle quali si registra ancora una insufficiente offerta di prestazioni assistenziali e per quelle specialità che maggiormente determinano emigrazione sanitaria; un contributo essenziale al sistema dovrà essere svolto nel processo di miglioramento della qualità dei servizi, anche attraverso la definizione delle regole per l'accreditamento istituzionale, e nei

settori delle alte specialità ancora deficitarie nel territorio regionale. Nel contempo, dovrà essere interessata da un rapido processo di riduzione e riconversione l'offerta di quelle prestazioni che già siano efficacemente erogate nelle strutture pubbliche territoriali ed ospedaliere.

La sanità privata nel suo ruolo di integrazione del sistema pubblico è, dunque, chiamata anch'essa ad assumere specifiche responsabilità per assicurare sostenibilità e "normalità" al sistema, partecipando al processo di razionalizzazione dei servizi conseguente all'adozione degli standard di riferimento per ciascuna tipologia di offerta, finalizzati a garantire prestazioni appropriate, e contribuendo a pieno titolo al riordino dei livelli di assistenza imposto dagli accordi Stato-regioni.

L'imprenditoria privata potrà altresì essere coinvolta in specifici programmi di sperimentazione gestionale (ex art. 9*bis* del D.Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni) o in altre forme organizzative miste pubblico - privato, allo scopo di contribuire alla realizzazione di progetti innovativi attraverso apporti economici e/o di know how.

4 LE AZIONI PROGRAMMATE

4.1 Rete oncologica regionale

Premessa

La lotta ai tumori in Calabria, come nel resto del paese, costituisce una priorità per il SSR, in rapporto all'elevato numero di pazienti oncologici in costante crescita e alla complessità dei percorsi diagnostici e terapeutici.

La Rete Oncologica Regionale è lo strumento più idoneo per promuovere lo sviluppo di un sistema di attività e competenze oncologiche, già presenti nelle Aziende ospedaliere e sanitarie, nelle università e nella Fondazione Campanella, in modo da evitare ogni competizione e favorire piuttosto l'integrazione e la cooperazione finalizzate a migliorare la qualità globale dell'assistenza oncologica e ridurre la mobilità extra-regionale.

In particolare debbono essere potenziate tutte le specialità chirurgiche ad indirizzo oncologico.

Il sistema oncologico deve essere organizzato secondo il modello di rete che prevede un centro di livello generale (*hub*) ed un insieme di strutture locali (*spoke*) connessi al gestore di rete.

Mission

La Rete Oncologica Calabrese sarà organizzata secondo un sistema modulare con possibili integrazioni successive. Infatti la rete non può essere un sistema rigido e statico ma deve essere in grado di modificare la propria organizzazione in funzione dei risultati e delle necessità espresse dal territorio.

La rete oncologica mira alla presa in carico globale e continua del paziente, occupandosi della prevenzione, della diagnosi, della terapia fino alla fase terminale con relative cure palliative.

Promuove la sinergia tra assistenza e ricerca, tra strutture Ospedaliere, Università e territorio.

Per garantire la continuità assistenziale, la Rete Oncologica Calabrese opera per la creazione e la gestione di un **collegamento** tra tutte le strutture e i soggetti che operano nell'area oncologica.

Le modalità del collegamento verranno successivamente individuate ed eventualmente aggiornate dalla Commissione Oncologica Regionale già costituita.

La rete oncologica deve, fra l'altro, far nascere una Comunità fatta di professionisti oncologi con un patrimonio comune di competenze e conoscenze che accresca la coesione interna e innalzi gli standard operativi, mediante un forte processo di **formazione** e di **comunicazione** condiviso tra gli operatori, essendo questi due gli elementi che condizionano la creazione di un linguaggio comune e la realizzazione di una condotta per linee guida in tutto il processo di cura, dalla fase delle terapie specifiche fino, in particolar modo, a quella delle cure palliative, nella quale il valore delle relazioni risulta determinante per il raggiungimento di una ottimale qualità di vita per il malato e la sua famiglia.

La rete oncologica comporta un salto di qualità sotto il profilo delle capacità di erogazione e di controllo delle prestazioni sanitarie oncologiche e al

tempo stesso rappresenta uno snodo centrale sotto il versante tecnico, organizzativo e culturale. E ciò non solo per gli utenti delle prestazioni sanitarie, ma per gli stessi professionisti della sanità e per le amministrazioni che devono compiere uno sforzo di adeguamento tecnologico e, in misura non inferiore, uno **sforzo di aggiornamento culturale** e di **formazione** per cogliere i vantaggi dell'innovazione e trasportarli in un efficace sistema di servizi per i cittadini.

Obiettivi

- Rispondere all'incremento dell'incidenza delle patologie tumorali con cure oncologiche di alta qualità
- Ridurre la migrazione sanitaria extraregionale per motivi oncologici
- Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in campo oncologico ottimizzando il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale del paziente, anche mediante il ricorso a soluzioni innovative relative all' Information, Communication & Technology (ICT)
- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario, puntando sull'accreditamento professionale delle strutture assistenziali
- Assicurare ambiti di Ricerca di base e clinica adeguati alle aspettative dei pazienti e della comunità professionale oncologica.

L'unità di coordinamento della rete oncologica

A livello regionale viene costituita una unità di coordinamento del sistema, dotata di una propria organizzazione, da definirsi con atti successivi del Dipartimento. Ha poteri di indirizzo e valutazione delle attività ed è nominata dall'Assessore alla Salute.

Compiti ed ambiti di intervento dell'unità di coordinamento sono quelli di seguito indicati:

- Clinical governance oncologica
- Definizione dei livelli di cura
- Definizione di standard tecnologici e di servizio
- Elaborazione ed implementazione di linee guida e protocolli regionali basati sull'evidenza clinica in campo oncologico, mediante Gruppi di Lavoro interdisciplinari (chirurghi, oncologi medici, radioterapisti, radiologi, medici nucleari, ecc.).
- Definizione di standard comunicativi e di organizzazione del Sistema Informativo.
- Elaborazione di programmi, indirizzi e metodi di formazione e di aggiornamento continuo del personale, sul management del paziente oncologico.
- Elaborazione di disposizioni e metodologie per lo sviluppo della qualità dei sistemi di cura (audit, risk management, governo clinico, valutazione differenziale)
- Indirizzo delle attività di programmazione e controllo.

Gli strumenti organizzativi e gestionali della rete oncologica

Gli strumenti organizzativo-gestionali di seguito descritti mirano a realizzare, nell'ambito di una patologia come il cancro in cui l'approccio assistenziale risulta sempre più pluriarticolato, una nuova modalità operativa resa possibile dal lavoro interdisciplinare di tutte le professionalità sanitarie impegnate nel processo di cura del paziente.

Dipartimenti oncologici

I dati epidemiologici giustificano la presenza di Dipartimenti Oncologici nelle Aziende ospedaliere. Tutte le attività relative alle discipline oncologiche ed a quelle connesse, svolte nell'area di Catanzaro, devono essere unificate sul piano organizzativo al fine di conseguire efficacia gestionale e consentire il riconoscimento in I.R.C.C.S.

Il Dipartimento Oncologico:

- svolge attività di supporto alle altre strutture clinico-assistenziali del territorio per tutte le attività non presenti negli ospedali di riferimento, realizzando organiche forme di collegamento;
- prende in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico; discute collegialmente i casi, definisce e applica un iter terapeutico univoco nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi o di protocolli sperimentali regolarmente approvati dall'Unità di Coordinamento della Rete;
- aggiorna costantemente il Centro di Indirizzo e Accoglienza Oncologica sul percorso diagnostico-terapeutico del paziente; assicura l'adeguata comunicazione con il paziente e i suoi familiari;
- comprende le seguenti attività cliniche e figure professionali: oncologia medica, radioterapia oncologica, ematologia, unità farmaci antitumorali (UFA), specialità chirurgiche ad indirizzo oncologico, breast unit., diagnostica per immagini, medicina nucleare, chirurgia plastica-ricostruttiva, anatomia patologica, fisica sanitaria, terapia del dolore, psico-oncologia, data manager, le unità di cure palliative. Ha collegamenti con l'Hospice, l'ADI, le RSA. Esso è funzionalmente connesso con le reti di ematologia, inclusa l'emato-oncologia pediatrica, di pediatria inclusa la pediatria oncologica, di anatomia patologica, di radioterapia oncologica, con le organizzazioni di volontariato e con la fondazione Lega Italiana Lotta Tumori (LILT) di diritto pubblico, per tutti gli aspetti previsti dallo statuto della fondazione e dalla legge regionale del 12.4.1999, n. 9 che definisce la collaborazione coordinata ed articolata tra Regione Calabria e Lega Italiana Lotta Tumori.

La Giunta Regionale determina con successivi provvedimenti, eventuali nuove e diverse funzioni della Rete Oncologica Calabrese, inerenti nuovi modelli di organizzazione

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici

Al fine di realizzare il principio della centralità del paziente in ogni fase del suo percorso assistenziale e dell'appropriatezza delle cure, la gestione del paziente oncologico deve essere costruita su un sistema di gestione clinica rappresentata dai **percorsi diagnostico - terapeutici**, in cui vengono specificati i processi clinici (anamnesi, analisi clinica, cura ed epidemiologia) lungo tutto il percorso assistenziale, utili anche alle fasi di prevenzione, cura e reinserimento.

I percorsi diagnostico terapeutici:

- rappresentano la modalità standard con cui vengono seguiti i pazienti oncologici;
- sono approntati da gruppi ad hoc, composti da medici, infermieri, farmacisti, psicologi, amministrativi e rappresentanti dei pazienti;
- verranno costruiti secondo le linee guida dell' Unità di Coordinamento della rete oncologica e gestiti secondo tecnologie dell'informazione, in maniera da permettere da un lato la riduzione di rischi connessi alla non aderenza al percorso definito e dall'altro una verifica in tempo reale degli esiti di cura dei pazienti.

Il sistema informativo

Un sistema informatizzato, che utilizzerà anche la tecnologia offerta dal progetto regionale Re.S.T.O. garantirà il necessario collegamento in rete dei Dipartimenti Oncologici e delle altre Strutture Oncologiche Territoriali.

Il Centro di Indirizzo e Accoglienza Oncologica (C.I.A.O.)

In ogni azienda ospedaliera ed in ogni ospedale di riferimento viene istituito un Centro di Indirizzo e Accoglienza Oncologico, che:

- rappresenta, per tutte le persone affette da patologia oncologica già tipizzata, il check-in di accesso alle cure oncologiche, realizzando, anche fisicamente, il luogo di prima accoglienza sanitaria e il punto di riferimento del paziente durante la sua permanenza nell'ambito della rete oncologica;
- assicura la presa in carico del paziente oncologico nella rete oncologica orientando il paziente e i familiari su un percorso di cura ottimale in tutte le necessità assistenziali
- Accoglie il paziente mediante help desk
- Cura gli aspetti amministrativi
- Attiva l'inserimento del paziente nel Dipartimento Oncologico
- Informa il paziente su modalità di accesso alle strutture
- Individua le criticità e le relative azioni di miglioramento.
- Mantiene rapporti con gli altri centri e con gli altri servizi della rete oncologica.

Il medico di famiglia indirizza il paziente al centro e lo affianca durante tutto il suo percorso diagnostico-terapeutico, anche nella fase di follow-up.

Nel centro operano oncologi, infermieri, psico-oncologi, assistenti sociali, educatori professionali ed altre figure ritenute indispensabili al raggiungimento dell'obiettivo di accogliere e di accompagnare il paziente oncologico nel percorso Diagnostico e Terapeutico.

Ogni centro è collegato in *real time* con tutti gli altri centri e con Istituzioni Oncologiche Nazionali per assicurare al paziente le cure ottimali anche nelle patologie a maggiore complessità assistenziale.

La tipologia assistenziale della rete oncologica

La modalità di presa in carico del paziente oncologico suscettibile di cure in regime di Assistenza Ospedaliera è di norma quella in Day-Hospital, mentre il ricovero in Degenza Ordinaria va riservato esclusivamente alle seguenti condizioni cliniche:

- Pazienti con patologie che richiedono un trattamento chirurgico non eseguibile in regime di Day-Surgery;
- Pazienti che richiedono un trattamento complesso, di durata > alle 24 ore;
- Pazienti affetti da tossicità da trattamenti specifici oncologici;
- Pazienti con specifiche disabilità che impediscono l'accesso alle cure con il DH;
- Pazienti con quadri clinici di urgenza-emergenza oncologica.

Il sistema per la gestione della qualità nella rete oncologica.

La rete oncologica prevede, per le varie strutture che in essa afferiscono, un Sistema di Gestione per la Qualità secondo il Percorso dell'Accreditamento Professionale peer-review. Tale attività riguarda non solo le Strutture coinvolte, ma anche i Percorsi diagnostico-terapeutici e i Professionisti operanti nella Rete nei vari profili professionali.

La realizzazione e gestione dei Percorsi di Qualità verranno definiti nell'ambito della Commissione Oncologica Regionale.

Rapporti con il costituendo I.R.C.C.S. oncologico regionale

I rapporti tra la Rete Oncologica Calabrese e il costituendo IRCCS Oncologico verranno definiti con successivi provvedimenti che regoleranno il ruolo e le modalità di integrazione dell'IRCCS nella rete oncologica.

L'evoluzione tecnologica e l'innovazione in oncologia

La rete oncologica si pone l'obiettivo di raggiungere un giusto equilibrio fra le crescenti richieste assistenziali dell'utenza e l'esigenza di creare un livello qualificato di offerta, adeguato sotto il profilo della tempestiva acquisizione delle innovazioni tecnologiche e strumentali.

Le strutture oncologiche calabresi che erogano servizi Clinico-Assistenziali dovranno pertanto essere dotate delle tecnologie più moderne per adeguarsi agli standard dei migliori Centri Oncologici Nazionali ed Internazionali, per come previsto dalle indicazioni del Ministero della Salute e dalla Giunta Regionale che già ha assunto alcuni provvedimenti, che prevedono il censimento ed il rinnovo

delle attrezzature radiologiche regionali, finalizzate soprattutto alla diagnostica per immagini in oncologia.

Il rinnovo e l'acquisizione di attrezzature ad elevato impatto tecnologico e dai costi rilevanti utilizzate a scopo diagnostico e terapeutico (ad es. PET-TC, RM ad alto campo), dovrà avvenire nell'ambito di una programmazione e pianificazione regionale. Anche la medicina nucleare, quale importante mezzo diagnostico e terapeutico in ambito oncologico dovrà essere potenziata ed aggiornata tecnologicamente.

Per la radioterapia è stato già approvato un piano regionale di ammodernamento tecnologico (DGR del 19 febbraio 2007, n.104), che garantirà l'erogazione di prestazioni radioterapiche di pari livello rispetto ai Centri di riferimento Nazionali.

La realizzazione del progetto si propone un forte potenziamento dell'offerta di radioterapia oncologica ai pazienti calabresi, sia sul piano qualitativo che quantitativo. L'incremento del numero delle apparecchiature, razionalmente distribuite sul territorio regionale (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria e un centro satellite da localizzare presso il nuovo ospedale della Sibaritide), favorirà una notevole riduzione dei tempi di attesa con la prospettiva di ricondurli ad uno standard ottimale. La tipologia delle nuove attrezzature, fra cui quelle di ipertermia, consentirà di eseguire i trattamenti più avanzati riportando a livelli fisiologici la mobilità extra-regionale.

Per l'importanza strategica che il suddetto progetto riveste nell'ambito della rete oncologica regionale l'Assessorato alla salute si farà carico di realizzare uno stretto coordinamento con le Aziende interessate per modulare sia i tempi che le modalità di attivazione delle nuove apparecchiature. Nell'ambito della rete oncologica regionale sarà realizzato un coordinamento operativo delle attività radioterapiche.

Anche le altre strutture oncologiche mediche necessitano di un ammodernamento tecnologico ed edilizio.

La Commissione Oncologica Regionale predisporrà un piano complessivo di rinnovo tecnologico adeguato a standard nazionali, in modo da rendere armonico e capillare sul territorio il miglioramento delle prestazioni oncologiche, indicando anche le priorità da seguire.

La rete oncologica parteciperà ai bandi per i progetti di ricerca oncologica finalizzata in modo che ci sia una reale collaborazione tra servizi sanitari regionali, le tre Università presenti sul territorio e le altre Istituzioni Scientifiche.

4.2 Rete cardiologica regionale

Premessa

Così come ampiamente documentato nel presente piano e nella relazione sanitaria regionale le malattie cardiache rappresentano la prima causa di morte e di patologia anche per la Calabria. Iniziative efficaci nel campo della prevenzione, della cura e della riabilitazione sicuramente porteranno a risultati di grande rilievo per la salute dei cittadini. Il lavoro svolto nei due anni trascorsi ha fatto emergere la volontà degli operatori del settore di intraprendere un lavoro basato su protocolli e linee guida condivise e teso a fornire prestazioni basate sull'appropriatezza e a criteri di evidenza scientifica. A tale scopo è fondamentale una profonda rivisitazione della organizzazione ed una revisione dei diversi punti di offerta.

Anche nel caso delle attività cardiologiche il modello di "rete" è quello più avanzato e confacente a soddisfare l'offerta dei servizi ai cittadini. Gli operatori sono del tutto convinti di tale soluzione che, del resto, costituisce la posizione ufficiale ed autorevole di tutte le società scientifiche del settore.

Infatti esse propongono come soluzione moderna ed efficace la "rete integrata dei servizi" che deve spostare l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, garantire la continuità assistenziale, l'integrazione ospedale-territorio, evitare duplicazioni di servizi, favorire la comunicazione tra le diverse figure professionali e fra di essi e i pazienti.

Anche la rete cardiologica dev'essere organizzata secondo il modello *HUB & SPOKE*. Negli *hub* saranno concentrati gli interventi di alta complessità e nei centri *spoke* si provvederà a realizzare la selezione, l'invio e la "ripresa in carico" dei pazienti.

Obiettivi della rete

In linea con quanto indicato dalle società scientifiche anche per la rete cardiologica calabrese possono essere individuati i seguenti obiettivi:

- promuovere ad ogni livello la prevenzione. Conseguentemente le iniziative previste dagli accordi Stato Regioni e descritte in altra parte del presente piano sono parte integrante delle attività della rete;
- favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri (pubblici e privati), assicurando la continuità assistenziale dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
- favorire l'integrazione dei servizi pediatrici e per adulti, con particolare riguardo a cardiopatie congenite, cardiomiopatie e aritmie;
- sviluppare sistemi di comunicazione avanzata mediante la disponibilità telematica di banche dati e della telemedicina;
- garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e il corretto uso dei servizi sanitari;
- ridurre le liste d'attesa.

Funzioni

Le funzioni specifiche cui la rete cardiologica deve far fronte sono le seguenti:

- Attività ambulatoriale specialistica;
- Diagnostica strumentale non invasiva;
- La degenza clinica;
- L'ospedalizzazione domiciliare;
- L'assistenza domiciliare;
- La terapia intensiva cardiologica;
- La diagnostica angiografica e la cardiologia interventistica
- L'elettrostimolazione;
- L'aritmologia invasiva;
- La cardiologia pediatrica;
- La chirurgia vascolare
- La cardiochirurgia;
- La riabilitazione cardiologica.

Protocolli

Il funzionamento della rete presuppone come indispensabile la predisposizione di idonei protocolli operativi finalizzati a regolamentare i rapporti con le varie strutture. In particolare si segnalano prioritariamente i seguenti indicati dalle società scientifiche nazionali:

- Protocollo di valutazione del dolore toracico (presso ogni ospedale della rete con o senza cardiologia);
- Protocollo globale di assistenza alle sindromi coronariche acute;
- Protocollo per le altre emergenze cardiovascolari e per l'arresto cardiaco sul territorio e in ospedale;
- Protocollo di accesso elettivo alla diagnostica invasiva ed eventuale rivascolarizzazione;
- Protocollo per la gestione e programmazione della diagnostica e terapia delle cardiopatie congenite (sin dall'età prenatale);
- Protocollo per la gestione e programmazione della diagnostica e terapia aritmologica;
- Protocolli clinici, strumentali, laboratoristici dei pazienti ricoverati in elezione;
- Protocollo di accesso e di preparazione all'intervento cardochirurgico;
- Protocollo di accesso alle terapie intensive cardiologiche concordato con il 118, i servizi di pronto soccorso, la medicina d'urgenza e la medicina generale;
- Protocollo per i trasporti protetti concordato con le altre unità operative della rete e con il 118;
- Protocollo per il percorso del paziente con scompenso cardiaco in fase di stabilità ed in fase di destabilizzazione;
- Protocollo per l'accesso alla riabilitazione.

Organizzazione

L'organizzazione della rete cardiologica è articolata in un centro regionale di ed in centri aziendali di coordinamento. Il **centro regionale** è istituito presso il dipartimento alla salute della Regione.

Di esso fanno parte i responsabili dei centri di coordinamento aziendali, esperti designati dalle società scientifiche, rappresentanti dei medici e dei pediatri di base, rappresentanti delle università, rappresentanti delle associazioni di volontariato e degli utenti. A livello regionale il centro costituirà il “governo clinico” per le attività cardiologiche. Fra i compiti principali sono prioritariamente da perseguire:

- Individuazione dei bisogni
- Contributo alla programmazione delle attività
- Predisposizione di idonei protocolli e linee guida

I **centri di coordinamento aziendali** saranno costituiti con la partecipazione dei responsabili di tutte le strutture cardiologiche, con i rappresentanti dei medici e i pediatri di base, i rappresentanti delle strutture di emergenza-urgenza. I centri aziendali provvederanno al coordinamento operativo delle diverse strutture e per la buona realizzazione del percorso assistenziale del paziente cardiologico. Essi opereranno sulla base di specifici protocolli operativi prima indicati ed elaborati in collaborazione con il centro di coordinamento regionale.

Priorità

La rete cardiologica, attraverso il centro di coordinamento regionale ed i centri aziendali, provvederà in via prioritaria ad elaborare e realizzare:

- un progetto di assistenza domiciliare cardiologica che nell’ambito di validità del piano copra almeno il 60% della domanda;
- un progetto per lo sviluppo di una rete di telemedicina all’interno delle strutture ospedaliere, fra di esse e la rete di emergenza-urgenza ed a livello domiciliare.

4.3 Malattie rare

Premessa

Le malattie rare rappresentano un gruppo eterogeneo di malattie la cui caratteristica principale è la bassa prevalenza nella popolazione che, secondo le indicazioni dell'Unione Europea nel "Programma sulle malattie rare 1999-2003", è inferiore a 5 per 10.000 abitanti della popolazione comunitaria.

L'OMS stima almeno in 5.000 le malattie e le sindromi che si possono considerare rare e che corrisponderebbero al 10% del totale delle malattie. Molte malattie sono rare in alcune aree geografiche o in alcune popolazioni e più frequenti in altre, per ragioni legate a fattori genetici, alle condizioni ambientali, alla diffusione di agenti patogeni, alle abitudini di vita.

Per la maggior parte delle malattie rare mancano dati precisi sulla loro frequenza, anche in funzione del fatto che per pochissime di loro esiste un sistema di notificazione dei casi a livello nazionale o internazionale. Questo spiega inoltre la poca attenzione da parte del sistema sanitario pubblico, sia nel campo della ricerca e di conseguenti investimenti da parte dell'industria farmaceutica, sia nell'approntamento di protocolli diagnostici e terapeutici.

Nonostante le singole malattie rare interessino un numero di ridotto di individui, il numero complessivo di forme nosologiche è elevato, per cui ne consegue il coinvolgimento di un numero notevole di soggetti all'interno della popolazione totale che le fa diventare un problema di rilevante impatto sociale.

Negli ultimi anni gli organismi nazionali ed internazionali ad individuare le malattie rare come area prioritaria di azione nel campo della sanità pubblica, con particolare interesse alla ricerca scientifica e all'identificazione di centri di riferimento per la diagnosi e il trattamento.

In Italia, il D.M. del 18/05/2001 n. 279 è il primo concreto atto dedicato alla globalità delle malattie rare. Esso prevede l'istituzione di una Rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia e promuovere l'informazione e la formazione.

La Rete è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni come centri abilitati ad erogare prestazioni per la diagnosi e il trattamento delle malattie rare, che operano secondo protocolli clinici stabiliti e collaborano con i servizi territoriali e i medici di famiglia ai fini dell'individuazione e della gestione del trattamento. Le Regioni sono altresì chiamate ad individuare tra questi presidi, e proporre al Ministero della Salute per il successivo riconoscimento, i Centri di riferimento interregionali, cui verranno affidate attività di sorveglianza e di flusso delle informazioni, nonché funzioni di coordinamento dei presidi secondo metodologie condivise.

Presso l'Istituto Superiore di Sanità è istituito il Registro nazionale delle malattie rare, la cui raccolta dei dati, finalizzata ad un'analisi statistico-epidemiologica, consente di ottenere a livello nazionale un quadro complessivo della diffusione delle malattie rare e della loro distribuzione sul territorio e di programmare gli interventi volti alla tutela dei soggetti affetti da malattie rare.

Attualmente non esiste una classificazione esauriente delle malattie rare né a livello europeo né a livello nazionale. In Italia, il Ministero della Salute ha individuato, nell'allegato 1 del succitato D.M. 279/2001, un elenco di malattie rare, a ciascuna delle quali è associato uno specifico codice identificativo, e per

le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni di assistenza sanitaria: 284 malattie e 47 gruppi di malattie rare.

La rete delle malattie rare in Calabria

La Regione Calabria, con delibera di giunta regionale del 4 agosto 2003, n. 610, ha costituito una rete istituzionale di centri, valorizzando le esperienze scientifiche e organizzative già realizzate nel campo della diagnosi e del trattamento di alcune malattie rare nei vari presidi delle Aziende Ospedaliere della Regione.

I presidi sono stati individuati in base all'esperienza maturata nel campo della diagnosi e del trattamento di alcune malattie rare, alla disponibilità di risorse professionali e tecnologiche e alla capacità di elaborare percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali integrati con i diversi attori che intervengono nel processo.

L'individuazione dei presidi non può prescindere dal coinvolgimento di altre figure che fanno parte integrante della rete regionale: i medici di base, i pediatri di libera scelta, le Aziende sanitarie, le società e associazioni medico-scientifiche, le associazioni dei pazienti e il volontariato.

La collaborazione operativa e la condivisione programmatica di tutti questi soggetti, in un'ottica di rete, delineano il percorso diagnostico-terapeutico del paziente.

Il medico di base o il pediatra di libera scelta, sulla base dei sintomi riferiti dal paziente e di eventuali indagini diagnostiche effettuate, lo avvia al medico specialista del servizio sanitario nazionale che formula il sospetto diagnostico indirizzando il paziente ad uno dei presidi della rete.

Il presidio della rete provvederà ad effettuare le indagini diagnostiche necessarie ai fini della diagnosi e seguirà il paziente nel suo percorso diagnostico-terapeutico, tenendo aggiornata la sua condizione clinica e collabora con le associazioni dei pazienti e con le strutture socio-assistenziali delle singole Aziende in modo che vengano coinvolti nella gestione del percorso diagnostico-terapeutico, al fine di offrire al paziente un supporto non solo sanitario ma anche sociale e psicologico.

Spetta allo specialista che opera nel presidio la competenza in materia di certificazione, su apposita modulistica, del diritto all'esenzione, a diagnosi accertata. Sulla base di tale certificazione, le strutture della azienda di appartenenza del paziente, competenti in materia di rilascio dei tesserini di esenzione, rilasceranno il documento di esenzione che avrà le stesse caratteristiche dei tesserini utilizzati per le malattie croniche ed invalidanti.

Una volta ottenuto l'attestato di esenzione, il paziente accederà senza oneri alle prestazioni prescritte in regime di esenzione in tutte le strutture e/o presidi del territorio dell'intera Regione.

L'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni faranno riferimento a protocolli definiti dei quali dovrà essere data opportuna informazione a cura dei presidi della rete alle Aziende, al fine della diffusione ai medici di assistenza primaria e ad altri soggetti prescrittori.

La Regione definisce le modalità di acquisizione e distribuzione di farmaci specifici e necessari a questi pazienti, attribuendo di norma la distribuzione dei farmaci attraverso le farmacie ospedaliere dei presidi di rete.

In base agli ultimi dati disponibili al 31 dicembre 2005 nella Regione erano presenti 135 MR con 3.893 soggetti affetti. Le malattie rare più rappresentate sono, in ordine decrescente di frequenza, il morbo celiaco che interessa 2317 pazienti (59.5%) seguito dai difetti ereditari della coagulazione con 562 soggetti coinvolti (14.4%).

Obiettivi della rete

Gran parte delle malattie rare sono ancora oggi scarsamente conosciute e quindi poco studiate, con la conseguenza che per molte di esse manca spesso una terapia adeguata.

Il Ministero della Salute ha da anni lanciato un progetto di sensibilizzazione su queste tematiche e di aiuto concreto ai pazienti e alle loro famiglie, creando una Rete nazionale delle malattie rare e prevedendo per le stesse il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le correlate prestazioni sanitarie.

La Rete nazionale è lo strumento necessario per poter affrontare tutte le problematiche relative alle malattie rare. Per garantirne la funzionalità, è stato costituito presso la Conferenza Stato-Regioni un gruppo tecnico i cui compiti riguardano:

- l'aggiornamento dell'elenco delle patologie rare;
- la predisposizione di criteri per l'individuazione dei Centri di riferimento interregionali;
- l'istituzione di registri regionali che implementino i dati di un unico registro nazionale.

Sul piano operativo, l'identificazione dei centri e dei presidi interregionali consente di promuovere ed incentivare le interazioni tra presidi di diverse regioni, con lo scopo di fare emergere percorsi assistenziali sovra-regionali già consolidati nell'ambito delle malattie rare.

Inoltre, si sta procedendo alla progettazione ed all'implementazione di un flusso informativo inter-regionale, in analogia ed in coerenza con gli altri flussi già esistenti.

Gli obiettivi specifici che la Regione Calabria individua come prioritari sono:

- promuovere la necessaria **informazione** ai cittadini;
- favorire la **formazione** e l'**aggiornamento** degli operatori sanitari e sociali;
- attivare il **registro regionale delle malattie rare**;
- potenziare i **Centri di diagnosi** per consentire un confronto dei criteri diagnostici e terapeutici adottati ed elaborare protocolli diagnostico-terapeutici condivisi;
- definire percorsi assistenziali con la **presa in carico** dei pazienti dato il carattere di multidisciplinarietà delle prestazioni che non comportino comunque l'ospedalizzazione del paziente, ma consentano l'utilizzo di un diverso **setting** assistenziale come il *day service*; in ogni azienda ospedaliera deve essere individuata una interfaccia unica che si prenda cura dei pazienti che provveda ad indirizzarli ed a seguirli in tutto il percorso assistenziale;
- far sorgere strutture che possono concorrere a migliorare la **qualità della vita dei pazienti e dei familiari**.

4.4 Donazione e trapianti

Premessa

I trapianti di organi rappresentano il trattamento di scelta per le persone affette da grave ed irreversibile insufficienza di organo, sia in termini di aspettativa che di qualità di vita. In Calabria il numero di trapianti effettuati sulla popolazione residente risulta inadeguato rispetto alla domanda, determinando un aumento continuo del numero delle persone in lista d'attesa. D'altra parte, è sempre più difficile per questi pazienti avere un trapianto in altre Regioni; infatti, recenti disposizioni emanate dal Centro Nazionale Trapianti raccomandano per le persone idonee al trapianto di rene l'iscrizione in Italia in non più di due centri di trapianto. L'unica possibilità concreta, pertanto, che i pazienti calabresi hanno di essere sottoposti a trapianto, è che si abbia nella nostra Regione un significativo aumento delle donazioni.

Le principali cause che hanno, finora, impedito un incremento del numero delle donazioni e, conseguentemente, dei trapianti sono le gravi carenze, presenti in molte strutture ospedaliere, nell'organizzazione del processo che comprende l'identificazione del potenziale donatore, l'accertamento della morte con criteri neurologici, il mantenimento clinico, i rapporti con i familiari e, quindi, la donazione ed il prelievo degli organi e dei tessuti.

La Regione ha voluto assicurare alle persone idonee la possibilità di accedere a questa tipologia di trattamento, ed è per questo motivo che, con delibera di Giunta Regionale del 13 Febbraio 2006, n. 70, ha istituito il **Centro Regionale per i Trapianti**. Il suddetto Centro, per lo svolgimento dei compiti istituzionali e per assicurare il necessario raccordo con gli organi regionali, ha sede presso il Dipartimento per la Tutela della Salute, Politiche Sanitarie e Sociali della Regione Calabria, che rappresenta il livello istituzionale di riferimento, mentre dal punto di vista operativo, data la necessità del funzionamento in H 24, è attivo presso l'A.O. di Reggio Calabria.

Il Centro Regionale per i Trapianti svolge le **seguenti funzioni**:

- promuove e coordina il monitoraggio dei potenziali donatori nelle unità operative di rianimazione delle strutture sanitarie accreditate nella Regione Calabria;
- implementa ed assicura il funzionamento di un "Registro Regionale dei decessi per lesioni cerebrali" e cura l'applicazione del "Sistema di controllo della qualità del processo di donazioni d'organi";
- cura la raccolta dei dati statistici relativi alle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti nonché dei risultati (follow-up) di tale attività;
- promuove le attività di prelievo di organi e tessuti nelle strutture pubbliche e private della Regione;
- coordina, in collaborazione con i coordinatori locali, l'esecuzione di tutte le indagini sul potenziale donatore nonché il trasporto dei campioni biologici, delle equipe sanitarie, degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza;
- cura i rapporti con le rianimazioni e coordina, in collaborazione con i coordinatori locali, la gestione dei potenziali donatori d'organi e tessuti;
- cura i rapporti con i Centri di Trapianto e le Banche dei Tessuti e Cellule della Regione e dei rapporti di queste con il Centro Nazionale Trapianti;

- coordina le attività dei gruppi di studio per la definizione di protocolli regionali comuni;
- mantiene il collegamento tecnico e scientifico con il Centro Interregionale di Riferimento OCST e con il Centro Nazionale Trapianti;
- verifica l'applicazione delle linee guida nazionali nell'ambito delle attività di donazione, prelievo, allocazione e trapianto di organi e tessuti;
- attiva e coordina il Sistema Informatico Regionale Trapianti, che collega in rete il Centro Regionale Trapianti (CRT) con il Laboratorio di Tipizzazione Tissutale, le Rianimazioni, le Nefrologie e Dialisi, i Centri Trapianto, il Centro Interregionale di Riferimento (OCST) ed il Centro Nazionale Trapianti;
- gestisce la lista dei pazienti in attesa di trapianto presso i centri della Regione e cura l'assegnazione degli organi secondo i protocolli concordati in sede regionale;
- mantiene i rapporti operativi necessari alla funzione di allocazione degli organi con il Centro Interregionale e con gli esperti della Sicurezza degli organi nominati dal Centro Nazionale Trapianti;
- compila i verbali di allocazione degli organi;
- si avvale di un Laboratorio di Tipizzazione Tissutale della Regione Calabria per le indagini immunogenetiche e di immunologia dei trapianti quali Tipizzazione HLA, cross-match, ricerca anticorpi. Attualmente tale struttura è stata identificata nel Laboratorio di Tipizzazione Tissutale dell'Azienda Ospedaliera B.M.M. di Reggio Calabria. Il Centro Nazionale Trapianti presiede al controllo di qualità del laboratorio di immunologia dei trapianti identificato;
- cura la raccolta dei dati relativi alle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti;
- gestisce il Registro regionale dei donatori di Midollo Osseo;
- promuove e coordina l'attività di informazione, educazione sanitaria e crescita culturale in materia di donazioni di organi nella popolazione anche in collaborazione con le associazioni di volontariato;
- presenta all'Assessore alla Sanità della Regione Calabria la relazione annuale sull'attività regionale di donazione-trapianto;
- promuove iniziative di formazione permanente e di aggiornamento del personale coinvolto nel processo di donazione di organi e tessuti;
- coordina, secondo i dettami dell'art. 5, comma 1 della legge 91/99 (Disposizioni di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà) le Aziende Sanitarie competenti nella realizzazione delle disposizioni indicate dal previsto decreto attuativo (DMS 8 Aprile 2000);
- collabora con la Regione per la verifica del programma annuale delle attività delle singole Aziende relativamente alle donazioni e prelievi di organi, tessuti e cellule;
- effettua il monitoraggio e la verifica delle attività svolte dai coordinamenti locali e delle competenze tecniche dei Coordinatori Locali anche ai fini della loro nomina e/o riconferma;
- accerta che in ogni Azienda vengano convocati i collegi per l'accertamento della morte secondo le disposizioni di legge.

Secondo quanto stabilito dalla legge 6 marzo 2001, n° 52 "Riconoscimento del registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo" e dagli Accordi Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province

Autonome di Trento e Bolzano del 10 Luglio 2003 e del 13 Settembre 2004, il Centro Regionale Trapianti per la realizzazione del programma regionale finalizzato all'attività di donazione, prelievo e trapianto di organi, tessuti e cellule coordina anche le attività della banca regionale delle cornee e della banca regionale di cellule da cordone ombelicale.

La Regione Calabria è impegnata a promuovere, attraverso l'attività del CRT Calabria, i trapianti di organi, tessuti e cellule a livello regionale.

Il Centro Regionale Trapianti, inoltre, è responsabile dei seguenti nuovi compiti istituzionali:

- di tutela sulla qualità delle attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule effettuati nelle strutture sanitarie della Calabria;
- di studio, applicazione e diffusione di un modello organizzativo unitario del Sistema Regionale per i Trapianti;
- di coordinamento delle attività di assistenza psicologica alle famiglie dei donatori e ai pazienti da trapiantare e/o trapiantati;
- di garanzia, attraverso la "Commissione di parte terza", della corretta valutazione dei donatori nei trapianti da vivente;
- di coordinamento dell'attività dei Centri Trapianto secondo le normative nazionali ed internazionali;
- di sviluppo di un programma annuale di formazione per il personale sanitario coinvolto nel processo di donazione e trapianto, coordinando le iniziative di tutte le risorse presenti nel territorio regionale;
- di coordinamento delle iniziative delle Associazioni del Volontariato operanti nel campo della donazione e del trapianto di organi, tessuti e cellule.

Gli obiettivi

La riorganizzazione del sistema donazione-trapianto ha come obiettivi:

- la realizzazione di un sistema sanitario di eccellenza, potenziando l'esistente, al fine di garantire ai pazienti calabresi un graduale incremento delle opportunità di cura nel tempo;
- il raggiungimento dell'autosufficienza almeno per i programmi di trapianto già attivi (rene, cornee, midollo);
- il miglioramento della qualità in tutte le fasi del processo donazione-trapianto attraverso l'accreditamento delle procedure, al fine di rendere immotivata la preferenza di strutture trapiantologiche extra-regionali.

Questo processo è, tuttavia, ancora molto carente nella sua attuazione in quanto, nella quasi totalità degli ospedali il coordinatore locale solo marginalmente si dedica a tale attività, e gli ospedali non hanno ancora un'organizzazione intraospedaliera destinata alla gestione ed all'ottimizzazione dell'intero processo donazione - trapianto.

È necessaria, inoltre, la formazione ed il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e di tutti gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere impegnati nell'intero processo, e la realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini sulle tematiche relative alla donazione degli organi dopo la morte.

Le finalità

L'attività di tutti gli operatori coinvolti sarà indirizzata prioritariamente a:

- aumentare la trasparenza del sistema, a garanzia della comunità che dona, dei pazienti in attesa di trapianto e dei sanitari impegnati nel processo donazione-trapianto;
- migliorare la qualità di vita dei pazienti trapiantati nel lungo termine al fine del loro reinserimento nella società;
- ottimizzare l'impiego di risorse pubbliche al fine di rendere competitivo il sistema calabrese su scala nazionale e comunitaria.

Le azioni

Per il raggiungimento degli obiettivi previsti il CRT Calabria dovrà implementare le seguenti azioni:

- accreditare il processo regionale di donazione-trapianto e certificare le strutture trapianto-logiche;
- rafforzare il ruolo dei Coordinatori locali, presenti nelle Aziende sanitarie provinciale e, in mancanza, nei presidi ospedalieri dotati dell'U.O. di rianimazione, adottando idonee forme di riconoscimento nell'ambito dell'organizzazione aziendale, per garantire stabilità e sicurezza all'attività svolta;
- realizzare la Rete Regionale della Sicurezza dei Trapianti;
- sviluppare il Sistema Regionale Informatico Trapianti, già particolarmente attivo;
- portare il CRT Calabria a contatto con i cittadini attraverso lo sviluppo di un progetto di comunicazione interattiva.

4.5 Piano sangue e plasma regionale

Premessa

Le attività di medicina trasfusionale sono parte integrante dei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e si fondano sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti.

Il sangue umano e i suoi componenti rappresentano una risorsa fondamentale ed insostituibile per l'erogazione dei più importanti livelli assistenziali, dall'alta specialità, all'emergenza-urgenza e alle cure domiciliari.

Tutti i paesi dell'Unione Europea considerano ormai il problema del sangue e degli emoderivati come critico e strategico nell'ambito delle politiche socio-sanitarie comunitarie, tanto che gli organismi comunitari hanno provveduto ad emanare direttive, regolamenti e raccomandazioni, definendo i principali obiettivi sanitari che ogni Stato membro deve realizzare nel settore trasfusionale. Gli obiettivi sono l'autosufficienza nazionale ed europea di sangue ed emoderivati, la massima riduzione possibile del rischio trasfusionale e condizioni uniformi su tutto il territorio nazionale.

In Italia le attività trasfusionali sono state nuovamente disciplinate dalla legge 21 ottobre 2005, n. 219, che ha definito, fra l'altro, i principi generali di programmazione sanitaria a livello regionale per il raggiungimento degli obiettivi nazionali e comunitari.

L'attuale sistema trasfusionale è costituito da 12 strutture trasfusionali sostanzialmente organizzate per rispondere ad esigenze di autosufficienza locale e non è stata favorita la compensazione interaziendale. Questa situazione ha generato all'interno della Regione un quadro disomogeneo con un progressivo aumento della raccolta di sangue in alcune aree e con gravi situazioni di carenza in altre.

I servizi autonomi, non sufficientemente motivati in una "vision" regionale, devono rispondere, da un lato ad un'istanza aziendale, ospedaliera e clinica, e, di conseguenza, agli strumenti per assicurare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, delle richieste specialistiche e quant'altro, e dall'altro ad una istanza regionale, sul versante sovraziendale e territoriale, per gli aspetti dell'autosufficienza di tutte le realtà ospedaliere regionali e di conseguenza dei meccanismi che devono garantirla.

L'eccessiva potenzialità inespresa di alcune strutture trasfusionali che comporta un utilizzo non ottimale delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, mal si presta a rispondere ad un più elevato livello di risposta richiesto e dovrà trovare un superamento senza ridurre i buoni risultati raggiunti in termini di autosufficienza e sicurezza trasfusionale, quindi da tutelare e strategicamente da potenziare.

Nasce quindi l'esigenza di mettere in campo un'opera di programmazione che possa garantire in tempi brevi il conseguimento dell'autosufficienza regionale e, in prospettiva, la partecipazione al sistema dell'autosufficienza nazionale.

Nel Piano si affronta questo insieme di esigenze attraverso la definizione di specifici obiettivi, collocati all'interno di un modello organizzativo innovativo, che ridefinisce e rafforza le funzioni a livello regionale, determina una integrazione stabile ma funzionalmente elastica delle strutture trasfusionali,

promuove una maggiore e fattiva collaborazione con le Associazioni dei donatori volontari di sangue.

L'organizzazione attuale

Il sistema trasfusionale calabrese è attualmente così articolato:

- n. 5 Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT), ubicati nei presidi ospedalieri di Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Crotone e Vibo Valentia
- n. 7 Centri Trasfusionali (CT), presenti nei presidi ospedalieri delle restanti A.S. (tab.1);
- n. 5 unità di raccolta ospedaliera, ubicate in presidi ospedalieri ove non è presente una struttura trasfusionale (Ospedali di Soveria Mannelli, Cetraro, Praia a Mare, San Giovanni in Fiore e Polistena).

Nel territorio sono presenti unità di raccolta fisse non ospedaliere, unità di raccolta mobili e punti di raccolta temporanei, ubicate in sedi diverse e gestite dalle Associazioni dei donatori, sotto la responsabilità e la supervisione tecnico-organizzativa del Direttore della Struttura Trasfusionale ospedaliera competente.

Tab. 1 - *Articolazione dell'attuale Sistema Trasfusionale regionale*

AZIENDA SANITARIA	STRUTTURA TRASFUSIONALE
AS n.1 Paola	Centro Trasfusionale (CT)
AS n.2 Castrovillari	Centro Trasfusionale (CT)
AS n.3 Rossano	Centro Trasfusionale (CT)
A.O. Cosenza	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT)
AS n.5 Crotone	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT)
AS n.6 Lametia Terme	Centro Trasfusionale (CT)
A.O. Catanzaro	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT)
AS n.8 Vibo Valentia	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT)
AS n.9 Locri	Centro Trasfusionale (CT)
AS n.10 Palmi	Centro Trasfusionale (CT)
AS n.11 Reggio Calabria	Centro Trasfusionale (CT)
A.O. Reggio Calabria	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIT)

I cinque SIT sono individuati quali laboratori di riferimento per l'esecuzione dei test di biologia molecolare per le ricerche virologiche.

Il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC), operante presso il SIT di Catanzaro, rappresenta l'organo tecnico-organizzativo di raccordo centrale della rete dei servizi trasfusionali, nonché uno dei punti nodali del sistema di governo clinico regionale.

All'interno del sistema trasfusionale, le Associazioni dei donatori volontari di sangue rappresentano un insostituibile punto di forza, per il ruolo strategico che rivestono, per il costante impegno nella promozione e sviluppo della

donazione e per il contributo attivo ed efficace alla programmazione delle attività di raccolta del sangue e dei suoi componenti.

I dati delle donazioni degli ultimi anni evidenziano una rete associativa, presente in modo capillare su tutto il territorio regionale, fortemente compatta e motivata, capace di far fronte alle esigenze del sistema. Infatti gli ultimi anni hanno registrato una forte crescita delle attività delle associazioni, non solo sotto il profilo quantitativo, come dimostrato dagli incrementi delle donazioni che ogni anno hanno consentito di conseguire gli obiettivi programmati, ma anche dal punto di vista qualitativo, per la capacità di comprendere l'importanza della periodicità quale fondamentale strumento per garantire la sicurezza clinica della trasfusione.

Le associazioni hanno contribuito a creare nei cittadini calabresi una coscienza trasfusionale, contribuendo a costruire un sistema capace di sostenere una medicina trasfusionale sempre più complessa e qualitativamente elevata.

Il fabbisogno di sangue, emocomponenti ed emoderivati

L'andamento della raccolta di sangue intero nelle cinque province, negli anni compresi tra il 1996 e il 2006, è stata la seguente, in valore assoluto (Tab. 2) e per numero di abitanti (Tab. 3).

Tab 2 - Raccolta sangue nelle cinque aree provinciali in valore assoluto

Provincia	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Catanzaro	7.244	7.489	8.684	10.107	12.721	14.175	14.291	16.373	16.914	17.515	18.816
Reggio Calabria.	7.777	7.403	8.127	9.256	9.877	11.892	12.218	12.860	13.404	14.963	15.842
Cosenza	9.194	9.046	9.535	10.166	9.118	10.348	11.083	11.324	11.910	13.304	14.720
Crotone	2.862	2.635	2.726	3.031	2.906	3.420	3.113	3.657	4.902	5.604	5.689
Vibo Valentia	1.776	1.923	2.100	2.011	2.343	2.322	2.296	2.767	2.800	2.800	2.702
TOTALE	28.853	28.496	31.172	34.571	36.965	42.157	43.001	46.981	49.930	54.186	57.769

Tab 3 - Raccolta sangue nelle cinque aree provinciali: donazioni per mille abitanti

Provincia	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Catanzaro	19	19	22	26	33	36	37	42	43	45	46
Reggio Calabria	13	13	14	16	17	20	21	22	23	25	25
Cosenza	13	13	13	14	13	14	16	16	17	19	18
Crotone	15	14	14	16	15	18	16	19	25	29	29
Vibo Valentia	10	11	12	12	13	13	13	16	16	16	16

Dalla Tab. 2 si deduce che il valore medio delle donazioni per mille abitanti, nella nostra Regione, è pari a 27; mentre il valore nazionale è di 36 e l'obiettivo dell'OMS è di 40 unità per mille abitanti. Stratificando ulteriormente il dato per singola struttura trasfusionale, si ottiene il seguente andamento, per lo stesso periodo, in valore assoluto (Tab. 3).

L'andamento della raccolta di sangue, negli anni compresi tra il 1996 e il 2006 (Tab. 1), è stato complessivamente in progressivo aumento, anche se disomogeneo, se analizzato per ambiti territoriali; infatti l'incremento è avvenuto principalmente in alcune aree (Catanzaro, Reggio C.), mentre in altre, il numero delle donazioni è sostanzialmente basso.

Tab 3 - Andamento cronologico della raccolta di sangue intero per struttura negli anni 1996-2006

Strutture Trasfusionali	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Catanzaro	6.052	6.146	6.880	7.510	9.430	10.125	10.408	11.286	11.565	11.839	13.260
Reggio Calabria	5.474	4.527	5.139	5.807	6.449	7.882	8.087	8.290	8.682	9.510	9.607
Cosenza	6.077	5.584	6.120	6.220	5.542	6.516	6.616	6.879	7.040	8.233	8.700
Lamezia Terme	1.192	1.343	1.804	2.597	3.291	4.050	3.883	5.087	5.349	5.676	5.556
Crotone	2.862	2.635	2.726	3.031	2.906	3.420	3.113	3.657	4.902	5.604	5.689
Locri	1.300	1.627	1.731	2.210	2.236	2.731	2.570	2.820	2.843	3.558	4.046
Vibo Valentia	1.776	1.923	2.100	2.011	2.343	2.322	2.296	2.767	2.800	2.800	2.702
Rossano	1.311	1.338	1.403	1.533	1.591	1.510	1.946	2.066	2.319	2.471	2.700
Paola	969	1.287	1.166	1.413	1.216	1.440	1.512	1.499	1.510	1.500	2.100
Palmi	813	856	798	764	721	773	1.044	1.119	1.255	1.265	1.533
Castrovillari	837	837	846	1.000	769	882	1.009	880	1.041	1.100	1.220
Melito	190	393	459	475	471	506	517	631	624	630	656
Totale Regione	28.853	28.496	31.172	34.571	36.965	42.157	43.001	46.981	49.930	54.186	57.769
extra Regione	8.035	9.704	8.903	6.864	6.450	4.822	3.098	1.475	672	287	-
TOTALE	36.888	38.236	40.075	40.548	43.415	46.979	46.099	48.456	50.602	54.473	57.769
% autosufficienza	78	75	78	83	85	90	93	97	99	99	100

Parallelamente, l'importazione di emazie da altre regioni è andata progressivamente diminuendo, passando dalle tradizionali quasi 10.000 unità della metà degli anni novanta alle circa 250 del 2005 e nel 2006 si è praticamente azzerata. In questi anni si è avuta una evoluzione della terapia trasfusionale in Calabria: fino al 1999 la terapia trasfusionale è stata sostanzialmente assorbita da Emergenza, Ematologia e talassemia e Chirurgia tradizionale; dal 2000, la terapia trasfusionale in Calabria ha visto alcune importanti novità nel campo della Cardiochirurgia e Chirurgia di alta complessità, dell'Oncologia e nell'intensificazione dell'attività trapiantologica.

Il fabbisogno quindi è andato aumentando, esponenzialmente a Catanzaro e tendenzialmente anche a Reggio Calabria, con alcuni significativi incrementi anche a Cosenza e Crotone. Attualmente è intorno alle 62.000 unità, ma con una tendenza nel breve/medio termine ad attestarsi verosimilmente attorno alle 65.000 unità, pari a 32-33 unità per mille abitanti. Pertanto, quella che sembra allo stato una autosufficienza, incontrerà in futuro nuove crescenti difficoltà, in quanto la sua soglia si va spostando sempre più avanti e sono frequenti le carenze, nei grossi centri di consumo, nel periodo estivo.

L'esigenza di un significativo incremento delle donazioni è reso ancora più necessario dall'ulteriore domanda che sarà indotta dall'incremento delle attività, nel complesso, delle strutture sanitarie previste dal presente piano.

E' allora indispensabile puntare nei prossimi anni a un ulteriore incremento della raccolta (peraltro nelle piene potenzialità della Regione), con una azione principalmente orientata nelle aree a più bassa raccolta, nelle quali finora il relativo scarso fabbisogno (determinato dall'accentrarsi delle patologie acute più importanti nei centri maggiori) ha funzionato in qualche modo da disincentivo, finalizzando tale sforzo alla compensazione regionale. Si tratta cioè di estendere negli altri centri l'esperienza di quelle realtà, che hanno consentito negli ultimi anni di rendere operativa una reale compensazione regionale.

Il fabbisogno regionale di farmaci plasmaderivati, negli ultimi anni, con l'invio di plasma umano alla trasformazione farmaceutica per la produzione di plasmaderivati, ha registrato continui incrementi (Tab. 4).

Tab.4 – Plasma inviato alla trasformazione (anni 2000-2006).

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Litri	5.579	6.441	7.996	7.696	7.660	9.387	10.146

La trasformazione del plasma fornito dalle strutture trasfusionali ha prodotto albumina umana, immunoglobuline aspecifiche endovena, antitrombina III e complesso protrombinico (Tab.5).

Tab.5 – Plasmaderivati ottenuti dalla lavorazione del plasma (anni 2000-2006).

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Albumina (flac.)	6.609	14.555	12.269	20.420	20.029	22.515	27.363
Ig Vena (gr)	20.975	9.660	26.230	27.990	20.900	21.460	32.095
AT III x1.000 u.i.							242

Nella Regione esiste un progressivo aumento della richiesta e consumo di questi farmaci. A fronte del notevole scostamento esistente fra produzione regionale di plasma e fabbisogno di plasmaderivati, gli atti di programmazione regionale hanno posto, specifici obiettivi di incremento della produzione di plasma da aferesi, in quanto quest'ultimo consente di estrarre una gamma di prodotti quantitativamente e qualitativamente migliori, nonché obiettivi mirati alla promozione dell'utilizzo appropriato del plasma per uso clinico, con un conseguente e significativo contributo all'autosufficienza regionale di plasma da destinare alla trasformazione farmaceutica in prodotti plasmaderivati, al momento del tutto insoddisfatta.

Obiettivi

La disponibilità di sangue, di emocomponenti e di emoderivati rappresenta una condizione, non altrimenti vicariabile, per assicurare nella Regione quelle prestazioni sanitarie oggi possibili per garantire i livelli assistenziali e per agire positivamente nei confronti dell'emigrazione sanitaria con evidente ricaduta sociale ed economica.

Nel triennio 2007-2009 si individuano i seguenti obiettivi prioritari e le relative azioni di tipo organizzativo:

- Raggiungimento dell'autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati, e concorso all'autosufficienza nazionale
- Sicurezza trasfusionale
- Condizioni uniformi delle attività trasfusionali su tutto il territorio regionale attraverso la riorganizzazione del sistema trasfusionale
- Sviluppo della medicina trasfusionale e del buon uso del sangue.

Autosufficienza

Il principale obiettivo è l'autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati, definita in relazione alle necessità non della singola azienda ma dell'intero sistema trasfusionale regionale.

Una corretta programmazione per l'autosufficienza regionale, oltre a garantire le esigenze di consumo, potrebbe assicurare un margine costante di eccedenza controllata che possa contribuire, per quanto possibile, all'autosufficienza nazionale.

Le strategie organizzative e le azioni da realizzare per il raggiungimento di tale obiettivo sono:

- attivare un flusso informativo stabile che consenta la stima del fabbisogno su base annuale;
- migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo clinico degli emocomponenti e dei plasmaderivati e rivedere gli standard di consumo, attraverso azioni più incisive di intervento, centrate su un più efficace funzionamento dei comitati aziendali per il buon uso del sangue;
- definire piani di programmazione regionale con cadenza annuale, con il sistematico coinvolgimento dei professionisti della medicina trasfusionale, delle associazioni di volontariato e del CRCC, al fine di incrementare la raccolta su tutto il territorio regionale;
- promuovere un'apposita politica tesa a favorire lo sviluppo del settore di produzione dei farmaci emoderivati, per tendere in modo sempre più significativo all'autosufficienza di plasmaderivati da plasma di donatori volontari;
- valorizzare il ruolo delle associazioni di volontariato, che contribuiscono in modo determinante a promuovere la cultura della solidarietà, stili di vita e comportamenti tali da favorire salute e benessere, attraverso incentivi finalizzati a progetti specifici, e concordare con esse le modalità operative di raccolta sul territorio.

Sicurezza trasfusionale

Il conseguimento della massima riduzione possibile del rischio trasfusionale resta una degli obiettivi di maggior rilievo del piano, anche se i dati della letteratura recente riportano stime di rischio di trasmissione di virus dell'epatite e di HIV con trasfusione di sangue molto ridotte rispetto al passato. Infatti, dopo l'implementazione della tecnologia NAT, il rischio residuo è sceso in misura notevole. La Regione, dopo aver introdotto il controllo con test NAT per HCV, ha esteso il controllo anche all'HBV e HIV su tutto il territorio regionale.

Sul fronte dei rischi non infettivi (da contaminazione batterica ed errori nell'identificazione del donatore, dell'unità di sangue e del ricevente), invece, le frequenze rimangono più elevate.

La sicurezza del sangue e dei suoi componenti è la risultante di una serie di interventi o azioni:

- privilegiare la raccolta da donatori volontari e periodici e adottare una maggiore accuratezza nella selezione clinica dei donatori; il ricorso alla donazione occasionale deve costituire una modalità residuale e collegata a situazioni di carenza; al riguardo, indispensabile e preziosa è la collaborazione delle associazioni di volontariato, nel promuovere la

- diffusione, fra i donatori, di semplici informazioni inerenti i comportamenti a rischio di malattie trasmissibili e il valore clinico della donazione periodica;
- attivare un sistema regionale di emovigilanza che consenta di monitorare le situazioni avverse da trasfusione, l'incidenza delle malattie trasmesse con il sangue e gli errori da trasfusione, al fine di avere una maggiore conoscenza delle problematiche connesse all'errore umano in medicina trasfusionale e poter attivare un sistema di sorveglianza nelle varie fasi del processo trasfusionale gestite dagli utilizzatori degli emocomponenti;
 - identificare le prospettive e le necessità di sviluppo e miglioramento del sistema, sotto il profilo organizzativo, gestionale e tecnico-scientifico, attraverso linee guida;
 - emanare direttive affinché venga istituito e mantenuto nelle strutture trasfusionali un sistema di qualità basato sui principi della buona prassi, come presupposto, per minimizzare i rischi della trasfusione e massimizzare il beneficio terapeutico, ai fini della tutela della salute per donatore e ricevente;
 - emanare linee-guida per la disciplina delle unità di raccolta di sangue sul territorio;
 - definire programmi di monitoraggio e controllo delle attività dell'intero sistema donazione- trasfusione e di verifica della loro efficienza ed efficacia;
 - accreditamento delle Strutture trasfusionali:
 - ❖ verificare il rispetto e la permanenza dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività trasfusionali;
 - ❖ stabilire i requisiti ulteriori di qualificazione per l'accreditamento;
 - ❖ definire le procedure per la richiesta e la concessione dell'accreditamento;
 - ❖ stabilire gli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
 - ❖ organizzare le visite ispettive per verificare la rispondenza ai requisiti previsti e per i controlli periodici;
 - ❖ costituire il gruppo di valutazione della conformità ai requisiti richiesti per l'accreditamento delle strutture trasfusionali.

Uniformità delle attività trasfusionali su tutto il territorio regionale

Per garantire condizioni uniformi delle attività trasfusionali su tutto il territorio regionale è necessario:

- ridisegnare il modello organizzativo dei servizi trasfusionali regionali, in modo che, sotto il profilo gestionale ed economico-finanziario, sia in grado di far fronte ai compiti "storici" di supporto trasfusionale e ai nuovi fabbisogni, con un contenimento dei costi;
- disporre di un forte coordinamento regionale che assicuri una ottimale armonizzazione del sistema sotto il profilo gestionale ed organizzativo.

La prima azione prevede un processo di riorganizzazione dei servizi trasfusionali, necessario per far fronte alle diversificate situazioni esistenti, sia sotto il profilo strutturale che funzionale ed organizzativo. Uno strumento valido per la razionalizzazione del modello organizzativo delle strutture trasfusionali potrebbe essere la costituzione di cinque Aree di coordinamento territoriale, i cui ambiti territoriali coincidono con i territori provinciali:

- l'Area di coordinamento di Cosenza comprende il SIT dell'AO di Cosenza e i CT di Paola, Castrovillari e Rossano;
- l'Area di coordinamento di Catanzaro comprende il SIT dell'AO di Catanzaro e il CT di Lamezia Terme;
- l'Area di coordinamento di Reggio Calabria comprende il SIT dell'AO di Reggio Calabria e i CT di Locri e Palmi;
- l'Area di coordinamento di Crotona comprende il SIT dell'AS di Crotona;
- l'Area di coordinamento di Vibo Valentia comprende il SIT dell'AS di Vibo V.

Le Aree di coordinamento territoriale hanno il compito di:

- coordinare e organizzare tutte le attività trasfusionali per il territorio di competenza, con particolare attenzione alla razionale organizzazione della rete della raccolta di sangue ed emocomponenti e prevedendo una suddivisione delle funzioni nei diversi centri afferenti;
- definire, in accordo con le competenti strutture regionali e le associazioni di volontariato, il piano di produzione annuale di sangue, emocomponenti e plasma per uso industriale;
- programmare la produzione di plasmaferesi;
- svolgere la funzione di primo livello di compensazione per emocomponenti e plasmaderivati per le strutture del territorio di competenza e collaborare con il Centro di coordinamento regionale per l'attuazione dei meccanismi di compensazione intraregionale ed interregionale;
- omogeneizzare e standardizzare tutte le procedure trasfusionali attuate nelle strutture trasfusionali afferenti, attraverso l'adozione di protocolli operativi comuni;
- assicurare il miglioramento delle attività di produzione, di lavorazione e di diagnostica di laboratorio degli emocomponenti;
- garantire il massimo sviluppo, presso ogni sede ospedaliera, delle attività di servizio collegate alla medicina trasfusionale, quali il buon uso del sangue e degli emocomponenti, le attività di diagnosi e cura, l'aferesi terapeutica, la consulenza trasfusionale, ecc.;
- promuovere e coordinare corsi di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale;
- costituire il centro di gestione del budget fissato dalla Regione per le attività trasfusionali;
- provvedere annualmente alla definizione delle necessità territoriali e delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti, secondo una programmazione annuale concordata con la struttura centrale di coordinamento ed in accordo con le associazioni di volontariato del sangue.

Secondo quanto disposto dalla legge 219/2005, le funzioni di programmazione, organizzative, finanziarie e di controllo sono affidate al Dipartimento Regionale Tutela della Salute, che individua nel "Centro Regionale per le attività trasfusionali" la struttura deputata a garantire il coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. Tale struttura, per lo svolgimento dei compiti istituzionali e per assicurare il necessario raccordo regionale ed extraregionale, ha sede presso il Dipartimento Tutela della Salute, che rappresenta il livello istituzionale di riferimento, mentre dal punto di vista operativo, data la necessità del funzionamento continuo, è attivo presso un Servizio Trasfusionale della Regione, che sarà successivamente individuato.

Inoltre, il Centro Regionale per le attività trasfusionali si avvarrà della collaborazione di un “Comitato tecnico per le attività trasfusionali”, formato dai Coordinatori di Area e da due rappresentanti delle Associazioni dei donatori volontari di sangue più rappresentative a livello regionale.

Il Comitato rappresenta l'organismo operativo di supporto alle attività istituzionali proprie del Centro Regionale ed elabora proposte in ordine alla programmazione delle attività trasfusionali.

Sviluppo della medicina trasfusionale e del buon uso del sangue

E' necessario aumentare il buon uso del sangue attraverso i Comitati Ospedalieri per il buon uso del sangue, che, pur essendo presenti ovunque, non sempre sembrano essere adeguatamente sede di programmazione, confronto e verifica.

Inoltre, la carenza di linee guida e di protocolli condivisi in tutti i servizi trasfusionali documenta come l'ampia variabilità nell'uso del sangue e dei suoi derivati possa condizionare un uso eccessivo o cattivo di tale importante risorsa.

Pertanto, il Centro Regionale per le attività trasfusionali provvederà a:

- migliorare il funzionamento dei Comitati Ospedalieri per il buon uso del sangue (COBUS), attraverso la valutazione dell'attività svolta e la verifica annuale dei risultati raggiunti, nonché tramite l'attuazione di corsi di informazione e formazione dedicati ai temi del buon uso del sangue e dei suoi componenti. I COBUS hanno il compito di:
 - ❖ produrre le linee guida ospedaliere alle indicazioni trasfusionali;
 - ❖ effettuare programmi di controllo sull'utilizzazione del sangue e dei suoi prodotti e di monitoraggio delle richieste trasfusionali;
 - ❖ provvedere alla revisione degli standard di consumo per le diverse situazioni cliniche considerate;
 - ❖ coinvolgere organizzativamente le unità operative di diagnosi e cura su programmi di contenimento dell'uso inappropriato del sangue, emocomponenti ed emoderivati;
 - ❖ promuovere strategie alternative all'utilizzo del sangue omologo, attraverso la promozione delle consulenze trasfusionali, la definizione di linee guida condivise e predepositi di sangue autologo negli interventi di chirurgia di elezione;
 - ❖ promuovere la raccolta di tipo multicomponente.
- avviare all'interno del sistema regionale un processo di confronto fra le varie realtà trasfusionali per poi arrivare alla eventuale stesura di protocolli condivisi per il buon uso del sangue, uniformi per tutta la Regione.