

REGIONE CALABRIA



**Assessorato
Tutela della Salute e Politiche Sanitarie**

***Linee di indirizzo per il riordino
dell'organizzazione e delle attività sanitarie***

**Linee di indirizzo per il riordino
della organizzazione e delle attività sanitarie**

1 - Il quadro di riferimento istituzionale.....	3
1.1 La sanità regionale e nazionale nel contesto europeo.....	3
1.2 Lo scenario nazionale: federalismo e sanità.....	3
2 - Quadro epidemiologico e determinanti di salute.....	4
2.1.- Il bisogno di salute: situazione demografica e stato di salute della popolazione.....	4
2.2.- Durata, aspettativa e qualità di vita dei cittadini calabresi.....	5
2.3.- Bisogni e determinanti di salute.....	6
2.4.- L'evoluzione tecnologica e l'innovazione.....	7
2.4.1.- Le prospettive di sviluppo.....	7
2.4.2.- L'evoluzione tecnologica e le biotecnologie.....	8
3 - Le linee strategiche della nuova sanità della Calabria.....	9
3.1.- La situazione del Sistema sanitario della Calabria.....	9
3.2.- Costruire un "sistema normale".....	10
3.3.- Le principali scelte.....	13
3.3.1.- Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende sanitarie.....	13
3.3.2.- Il riequilibrio dei livelli di assistenza.....	13
3.3.3.- Il riordino della rete ospedaliera.....	14
3.3.3.1.- Alcuni criteri fondamentali del riordino della rete ospedaliera.....	14
3.3.3.2.- Le reti per specialità.....	18
3.3.4.- Il riordino dei servizi territoriali: i distretti e l'integrazione socio-sanitaria.....	19
3.3.4.1.- La costruzione dei nuovi distretti.....	20
3.3.4.2.- La rete di assistenza primaria ed il governo della domanda.....	22
3.3.4.3.- L'integrazione socio-sanitaria.....	23
3.3.4.4.- L'alta integrazione.....	24
3.3.4.5.- La sanità penitenziaria.....	30
3.3.4.6.- La continuità assistenziale e la rete della emergenza-urgenza.....	32
3.3.4.7.- Educazione alla salute.....	34
3.3.4.8.- La prevenzione secondaria.....	34
3.3.5.- La prevenzione collettiva.....	34
3.3.6.- La sanità e lo sviluppo nell'ottica della società della conoscenza.....	36
3.3.6.1.- La sanità come risorsa.....	36
3.3.6.2.- L'alta specialità.....	37
3.3.6.3.- Le piattaforme avanzate.....	37
3.3.6.4.- Le cellule staminali.....	39
3.3.6.5.- Le iniziative di ricerca.....	39
3.3.6.6.- Le ulteriori iniziative da perseguire con i progetti comunitari.....	40
3.3.7.- Il ruolo dell'imprenditoria privata nel sistema sanitario regionale.....	41
3.3.8.- Il sistema delle Aziende.....	42
3.3.8.1.- La centralizzazione degli acquisti.....	43
3.3.8.2.- Il patrimonio immobiliare.....	44
3.3.8.3.- Il sistema informativo.....	45
3.3.9.- La partecipazione.....	45
3.3.10.- Il rapporto con le organizzazioni sindacali dei lavoratori.....	46
3.3.11.- Il ruolo delle autonomie locali.....	47
3.3.12.- Le risorse disponibili e la sostenibilità del sistema di servizi.....	49
3.3.12.1.- Le risorse disponibili nel triennio 2007-2009.....	49
4 - Considerazioni conclusive.....	51

1 - Il quadro di riferimento istituzionale

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 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.

1.2 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 prossimo 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 può intervenire 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.

2 - Quadro epidemiologico e determinanti di salute

2.1.- 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 provincia 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%).

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.

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.

2.2.- Durata, aspettativa e qualità di vita dei cittadini calabresi

La popolazione residente in Calabria al 1° gennaio 2006 è distribuita in 738.145 nuclei familiari ed in 949 convivenze, con, rispettivamente, un numero medio di componenti di 2,7 e 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.

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

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.

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.

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.

Le patologie dell'apparato circolatorio ed i tumori maligni, rappresentano nell'ordine le cause di morte più frequenti, seguite dalle 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.

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.

2.3.- Bisogni e determinanti di salute

I bisogni di salute espressi dalla società calabrese 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 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 osteo-muscolari, dei disturbi ansiosi e della depressione, che caratterizza la domanda di prestazioni dei cittadini calabresi.

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 legata alle diverse fasi della vita che comportano specifiche necessità assistenziali.

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 %.

L'altra grande quota di bisogno assistenziale nelle età intermedie è dettata 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 per 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, condizionano 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, società che, comunque, 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 occasione ed opportunità di investimento e sviluppo, anche socio-economico.

2.4.- L'evoluzione tecnologica e l'innovazione

2.4.1.- 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 sanitario, che per l'elevato contenuto tecnologico ha dei cicli di sviluppo sempre più intensi e rapidi.

Oggi, pertanto, un piano sanitario non deve affrontare solo aspetti di natura organizzativa, ma 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 di 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 nella nostra regione si attivino grandi progetti di ricerca sanitaria finalizzata, come piani di ricerca delle biotecnologie in un clima di fattiva e reale collaborazione tra servizio sanitario regionale e le tre università presenti sul nostro territorio.

2.4.2.- 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 il problema di pianificare i trapianti di cellule, così come gli altri trapianti di organi, cioè di prevedere il flusso informativo dei dati relativi a tali processi ed estendere il modello di valutazione degli esiti dai trapianti d'organo a quello del trapianto di cellule, nonché di integrare l'attività esistente in ambito regionale nel coordinamento nazionale delle strutture per la preparazione di prodotti cellulari a scopo terapeutico nell'uomo - "*cell factories*".

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 vari servizi di un ospedale, tra i vari ospedali della rete regionale, tra ospedale e territorio, tra i vari soggetti impegnati nella rete di urgenza emergenza, anche attraverso la trasmissione di immagini e referti.

Ciò determina 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 tra ospedale e territorio, che permettono la razionalizzazione dell'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.

3 - Le linee strategiche della nuova sanità della Calabria

3.1.- La situazione del Sistema sanitario della Calabria

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 sanitario regionale varato dalla precedente Amministrazione.

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.

Ulteriori criticità di carattere strategico sono 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 sperequata, che condiziona l'equilibrio economico e la stessa possibilità di assicurare in maniera equa i livelli di assistenza.**

3.2.- 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 ancora 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.

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'accordo 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 le 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 delle 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 di Catanzaro e il trasferimento delle attività dell'Azienda ospedaliero-universitaria nella nuova struttura 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.

3.3.- Le principali scelte

3.3.1.– Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende sanitarie

E' ancora attuale il dibattito circa la congruità del numero di Aziende esistenti in rapporto alla popolazione della Regione. Recentemente, infatti, in sede di aggiornamento del Programma di governo regionale si fa espresso riferimento alla *"... necessità di attuare la rimodulazione delle numero delle attuali undici aziende territoriali (da rivedere tendenzialmente su base provinciale)..."*. Tale indicazione viene proposta dallo stesso documento quale una delle *"...misure concrete per la razionalizzazione ed il controllo della spesa sanitaria, eliminando sprechi e finalizzando le risorse a interventi mirati a migliorare i servizi erogati"*.

Si tratta di un argomento di rilievo che è utile riprendere per valutare con serenità ed oggettività l'adeguatezza della situazione esistente rispetto all'esigenza di avere un SSR più snello, maggiormente capace di fare sistema.

Il Piano sanitario regionale dovrà affrontare la questione, individuando le misure necessarie per giungere alla soluzione più idonea e confacente agli obiettivi che si vogliono conseguire.

3.3.2.– Il riequilibrio dei livelli di assistenza

Le politiche di governo del Servizio sanitario regionale dovranno anzitutto tendere al riequilibrio dei livelli di assistenza per raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale, assicurando l'effettivo utilizzo delle risorse nella misura del 44% per il livello di assistenza ospedaliera, del 5% per la prevenzione collettiva e del 51% per il livello territoriale.

La realizzazione effettiva di tale obiettivo comporta lo spostamento di quota parte delle notevoli risorse attualmente impegnate per il mantenimento di un numero eccessivo di presidi ospedalieri, a sostegno del programma di deospedalizzazione e di sviluppo delle attività territoriali.

Il riordino del sistema dovrà necessariamente avere un punto di partenza nella razionalizzazione della rete ospedaliera, recuperando efficienza ed efficacia delle cure, ma anche risorse da investire nella prevenzione e nel territorio.

3.3.3.– Il riordino della rete ospedaliera

3.3.3.1.- Alcuni criteri fondamentali del riordino della rete ospedaliera

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 (***cfr. mappe allegate***).

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 molteplici risorse.

La Giunta Regionale, in ragione della consistenza della popolazione e della dislocazione degli ospedali pubblici negli attuali ambiti territoriali delle Aziende, ritiene che nella riorganizzazione della rete ospedaliera si debbano seguire i criteri di seguito indicati:

- a) in ogni ambito territoriale delle attuali Aziende va previsto un presidio ospedaliero di riferimento dotato almeno 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;
- b) negli ambiti territoriali ove hanno sede le Aziende ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, le stesse assolvono alle funzioni di ospedale di riferimento;
- c) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Mater Domini" di Catanzaro e la Fondazione "Tommaso Campanella" svolgono le funzioni loro assegnate per l'intero territorio regionale, realizzando rapporti di integrazione e sinergia con l'intero sistema. In particolare, **dovranno programmare unitariamente le attività con l'Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro, al fine di garantire un'offerta assistenziale fortemente integrata, di massimizzare lo sviluppo dell'alta specialità, di facilitare la soddisfazione della domanda di salute dei cittadini dell'area centrale della regione e realizzare il massimo di efficienza del sistema di emergenza-urgenza regionale.** La Fondazione "Tommaso Campanella" dovrà organizzare le proprie attività in funzione dell'obiettivo della trasformazione in Istituto di ricovero e cura

a carattere scientifico (I.R.C.C.S.), che ha determinato la propria costituzione;

- d) in relazione alle disposizioni di cui alle precedenti lettere a) e b) i presidi ospedalieri di riferimento sono quelli di seguito indicati nella Tabella 1. Punto di riferimento per la determinazione dei posti letto di tali presidi saranno i provvedimenti di rimodulazione del piano straordinario di investimenti di cui all'art.20 della Legge 67/88:

Tabella 1 – Individuazione dei presidi ospedalieri di riferimento per ciascuno degli ambiti territoriali

<i>Ambiti territoriali delle Attuali Aziende sanitarie</i>	<i>Presidio ospedaliero di riferimento</i>
101 di Paola	Cetraro
102 di Castrovillari	Castrovillari
103 di Rossano	Nuovo ospedale della Sibaritide
104 di Cosenza	Azienda ospedaliera Annunziata
105 di Crotona	Crotona
106 di Lamezia Terme	Lamezia Terme
107 di Catanzaro	Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio"
108 di Vibo Valentia	Nuovo ospedale di Vibo Valentia
109 di Locri	Locri
110 di Palmi	Nuovo ospedale della Piana*
111 di Reggio Calabria	Azienda ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli"

* la costruzione di un nuovo presidio ospedaliero nella Piana di Gioia Tauro è prevista nel vecchio piano sanitario e condivisa dalla Commissione per il nuovo piano e dall'Assessorato. Nella fase di discussione sul presente documento dovrà essere verificata la bontà della scelta, che non incontra piena condivisione sul territorio, al contrario di quanto avviene per gli altri nuovi presidi ospedalieri.

- e) 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;
- f) l'ospedale di riferimento è dotato di una dimensione sufficiente per garantire la presenza di tutte le funzioni operative indicate nella tabella A. Una diversa rimodulazione del numero delle Aziende non fa venir meno l'esigenza di realizzare gli ospedali di riferimento nelle aree previste nella tabella 1.
- 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 tutta 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;
- g) in ciascun ambito territoriale potranno essere mantenuti ospedali pubblici che assicurino, in integrazione con quello di riferimento e in funzione

dell'effettivo fabbisogno espresso all'interno degli standard ospedalieri di seguito definiti, alcune funzioni ospedaliere anche in forma di ricovero, secondo le esigenze specifiche dettate dalla estensione e dalle caratteristiche geo-morfologiche del territorio. Essi dovranno comunque essere messi in rete con l'ospedale di riferimento attraverso sistemi di mobilità delle equipe mediche e l'utilizzo di reti telematiche e di telemedicina; dovranno comunque garantire, in relazione alle funzioni ospedaliere per acuti presenti, le attività di emergenza/urgenza;

- h) 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:
1. 3,6 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti destinati alle patologie in fase di acuzie;
 2. 0,2 posti letto ospedalieri destinati alla riabilitazione in fase intensiva (codice 56, 75 e 28);
 3. 0,7 posti letto ospedalieri destinati alla riabilitazione estensiva in fase di lungodegenza (codice 60);

Tabella 2 – Parametri regionali per la determinazione del fabbisogno di posti letto ospedalieri

Tipologia	Codice	Parametri	Popolazione	Posti letto
Acuti	vari	3,6	2.004.415	7.216
Riabilitazione ospedaliera	28-56-75	0,2	2.004.415	401
Totale		3,8	2.004.415	7.617
Lungodegenza riabilitativa	60	0,7	2.004.415	1.403
Totale		4,5	2.004.415	9.020

NB: In base alla popolazione residente al 1° gennaio 2006, i posti letto per acuti da destinare alle varie discipline, comprensivi sia di quelli in regime ordinario che in regime diurno, risultano 7.216; i posti letto da destinare alla riabilitazione intensiva (codice 56), alla neuroriabilitazione (codice 75) ed all'unità spinale (codice 28) risultano 401; i posti letto da destinare alla lungodegenza riabilitativa (codice 60) risultano 1.403.

- i) in riferimento ai parametri di dotazione indicati alla precedente lettera h), occorre precisare che, rispetto al fabbisogno complessivo di 3,6 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti destinati alle patologie in fase di acuzie, è necessario determinare la quota da soddisfare con ospedali ubicati all'interno dell'ambito territoriale di ciascuna azienda – fabbisogno ospedaliero di ambito – e quella da ascrivere a funzioni di livello regionale collocate nelle aziende ospedaliere. Dall'esame dei movimenti complessivi di ricovero delle Aziende ospedaliere regionali, i cui presidi ospedalieri svolgono in maniera integrata funzioni di ambito e funzioni regionali, si ricava che queste operano a favore di pazienti diversi da quelli residenti nell'ambito territoriale ove sono ubicate, in misura pari al 27,5 %. Considerando che il fabbisogno ospedaliero relativo ai pazienti acuti (3,6 posti letto ogni mille abitanti) è l'ottanta per cento di quello complessivo (4,5 posti letto ogni mille abitanti) e che risulta quasi assente la funzione riabilitativa di livello regionale, se ne ricava che le funzioni

ospedaliera di livello regionale sono pari al 22,5 % del fabbisogno ospedaliero complessivo di quel determinato ambito; tale incidenza determina per le funzioni ospedaliere per acuti di ambito regionale un indice di fabbisogno pari a 0,8 posti letto ogni mille abitanti, mentre per le medesime funzioni a livello di ciascun ambito territoriale si individua un valore di 2,8 posti letto ogni mille abitanti. Nella quota dello 0,8 per mille abitanti sono ricomprese le funzioni svolte dai 450 posti letto attribuiti dalla Regione all'Azienda ospedaliero-universitaria "Mater Domini" ed alla Fondazione "Tommaso Campanella". In termini assoluti il fabbisogno complessivo per le funzioni di ambito regionale da collocare nelle Aziende ospedaliere risulta pari a 1.633 posti letto come si rileva anche dalla seguente Tabella 3, dalla quale si evincono peraltro le altre funzioni da ricondurre a tale parametro di fabbisogno;

Tabella 3 – Posti letto per ambito territoriale e per funzioni ospedaliere in base ai parametri fissati

Ambiti territoriali delle attuali Aziende sanitarie	Popolazione (1° gennaio 2006)	Posti letto per acuti		Posti letto di riabilitazione (0,2)	Posti letto di lungodegenza (0,7)	Totale
		Funzioni regionali (0,8)	Funzioni di ambito (2,8)			
101 di Paola	138.796		389	28	97	514
102 di Castrovillari	104.964		294	21	74	389
103 di Rossano	176.097		493	35	123	651
104 di Cosenza	292.159	* 410	818	58	205	1.491
105 di Crotona	191.249		535	38	134	707
106 di Lamezia Terme	126.448		354	25	89	468
107 di Catanzaro	240.680	** 868	674	48	168	1.758
108 di Vibo Valentia	168.481		472	34	118	624
109 di Locri	134.611		377	27	94	498
110 di Palmi	157.528		441	32	110	583
111 di Reggio Calabria	273.402	325	766	55	191	1.337
Totale regionale	2.004.415	1.603	5.613	***401	****1.403	9.020

* compresi i posti letto, nella misura massima di 54, eventualmente da attribuire all'Istituto "INRCA"

** compresi i posti letto della Casa di cura "S. Anna" di Catanzaro per le funzioni relative alle attività di cardiocirurgia

** nel valore complessivo sono ricondotte anche le funzioni di ambito regionale collocate per 30 posti letto nel *trauma center* di Lamezia Terme

*** nel valore sono compresi i posti letto per le funzioni di livello regionale di neuroriabilitazione per l'unità di risveglio e le gravi neurolesioni dell'Istituto S. Anna di Crotona

**** nel valore sono compresi i posti letto di lungodegenza riabilitativa per i pazienti in coma vegetativo permanente dimessi dall'unità di risveglio dell'Istituto S. Anna di Crotona

- j) per il calcolo della quota residua di posti letto ospedalieri, da collocare negli ospedali in rete e nelle strutture private, vanno detratti dal valore del fabbisogno di ciascun ambito i posti letto per acuti e di riabilitazione intensiva e di lungodegenza collocati negli ospedali di riferimento;
- k) nell'attribuzione delle quote residue per ciascun ambito territoriale di posti letto ospedalieri di cui alla precedente lettera j), le riduzioni saranno applicate alle dotazioni delle strutture pubbliche e private, secondo il

tasso di utilizzo del 75% per i posti letto per acuti e dell'85% per la riabilitazione e la lungodegenza, privilegiando le trasformazioni di posti letto per pazienti acuti in posti letto di riabilitazione o di lungodegenza, **con conseguente rivisitazione degli accreditamenti già rilasciati.**

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.

3.3.3.2.- 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

multiprofessionale 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, radioterapia, riabilitativa, delle neuroscienze, per il contrasto alle malattie infettive e diffuse, emergenti e riemergenti (TBC, AIDS, aviaria, BSE, antropozoonosi, legionellosi, epatiti virali) e 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.

3.3.4.- Il riordino dei servizi territoriali: i distretti e l'integrazione socio-sanitaria

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 telediagnosi, 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.

3.3.4.1.- La costruzione dei nuovi distretti

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 PAT - Programma attività territoriali, 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 Azienda, in via sperimentale, almeno una UTAP (Unità territoriale di assistenza primaria), 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 delimitazione 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.

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.

In tal senso si ritiene di individuare prioritariamente i seguenti campi di applicazione:

- 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.

3.3.4.2.– La rete di assistenza primaria ed il governo della domanda

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.

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.

3.3.4.3.- L'integrazione socio-sanitaria

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'interezza 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.

3.3.4.4.- L'alta integrazione

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; sempre in questo settore risultano chiare le centralità sopra evidenziate di famiglia e volontariato.

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;
- 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.

Le dipendenze

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope 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).

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.

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 gli strumenti della pianificazione attuativa aziendale e distrettuale 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;
- l'attivazione di interventi di promozione della salute mirati 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 Prefetture e le Forze dell'Ordine;
- la diffusione delle iniziative già avviate per la prevenzione ed il contrasto del consumo di sostanze legali, in primo luogo alcol e tabacco, ed illegali;
- l'attivazione di interventi di promozione della salute mirati alla prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare, con particolare riferimento all'anoressia e alla bulimia;
- l'attuazione di iniziative comuni con i Dipartimenti di salute mentale al fine di intervenire sulle patologie di "confine", tra le quali la "doppia diagnosi";
- l'assistenza in ambito penitenziario, attraverso un processo di qualificazione dei servizi e degli interventi ed il rafforzamento della rete esterna al carcere per un più efficace sostegno delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti, alcoldipendenti e tossicodipendenti, attraverso la stipula di protocolli

operativi e di convenzioni con i Ministeri, organismi ed enti locali competenti;

- la diversificazione della tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali tra le Aziende sanitarie ed i soggetti 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;
- lo sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
- la completa realizzazione della rete regionale informativa dei Servizi Pubblici e del privato sociale, per porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica ed al fine di orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale, anche attraverso l'Osservatorio Regionale delle Dipendenze, costituito con DGR 31 luglio 2006, n. 553;
- il sostegno alle attività del Centro Regionale di Documentazione sulle dipendenze, quale utile strumento di informazione, formazione e aggiornamento degli operatori in un settore in continuo e notevole cambiamento;
- il progressivo consolidamento nelle Aziende sanitarie dei Servizi per le Dipendenze attraverso:
 - la costituzione di un coordinamento tecnico a livello aziendale come strumento propositivo e di raccordo delle esperienze territoriali a supporto delle scelte strategiche per l'azione di contrasto alle dipendenze;
 - l'effettiva attivazione dei Ser.T., per assicurare lo svolgimento delle attività di competenza dei servizi in ogni distretto, con la relativa definizione e valorizzazione dei programmi assistenziali individuali.

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 in collaborazione con l'INAIL;
- 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:

1. 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;
2. quota parte dello 0,7 posti letto ogni mille abitanti che accoglie la componente ospedaliera in fase di lungodegenza, quale lungodegenza riabilitativa codice 60;
3. 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;
4. 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.

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 ultrasessantacinquenne 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:

- a) 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;
- b) l'integrazione degli operatori sociali e sanitari per la realizzazione dei programmi zonalmente 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;
- c) 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;
- d) 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);
- e) la realizzazione sperimentale, in collaborazione con le associazioni del volontariato, di una rete di *tutor* per anziani soli;
- f) 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;
- g) la programmazione del sostegno economico, sostitutivo della residenzialità, alle famiglie con anziani non autosufficienti.

La programmazione della residenzialità di cui alla precedente lettera f), avviene nel rispetto dei seguenti indirizzi:

1. 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;

2. 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.

La maternità e l'infanzia

Così come indicato nel capitolo secondo del 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 particolare, si ritiene, per ciò che concerne le politiche sanitarie, di dover mettere in atto 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;
- la creazione di una struttura regionale specializzata per il trattamento in sede ambulatoriale e di ricovero di patologie pediatriche complesse;
- l'individuazione e la realizzazione di pronto soccorso e punti di osservazione breve pediatrica;
- la qualificazione dei punti nascita tesa a garantire, in grado elevato, la sicurezza delle nascite, la salute della madre, l'umanizzazione del parto, prevedendo in particolare la partecipazione del padre;
- l'attivazione di centri di procreazione medicalmente assistita;
- il riordino dei punti nascita secondo il progetto obiettivo nazionale che individua precise soglie operative;
- 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;
- 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;
- favorire l'associazionismo familiare, con il conseguente sviluppo di forme di auto-aiuto;
- la costituzione di centri per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di particolari patologie, quali l'autismo, le audiolesioni, le infezioni odontostomatologiche.

3.3.4.5.- 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.

a) La situazione

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 infettivologici 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.

b) Le linee d'intervento

La Regione Calabria intende perseguire, nel corso del triennio del presente Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- definire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario, in attuazione del D.lgs 230 del 1999 e s.m.i.;
- definire un'azione di raccordo con l'Amministrazione penitenziaria, al fine di favorire una approfondita conoscenza dei problemi sanitari, e sostenere tutte le collaborazioni possibili tra aziende sanitarie e istituti penitenziari adulti e minori per migliorare le condizioni di salute dei detenuti;
- assicurare la presenza attiva dei servizi delle aziende sanitarie nei settori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le progettualità avviate, anche avvalendosi di risorse volte a promuovere sia interventi formativi integrati, sia modalità di trattamento assistenziale omogenee tra gli istituti;
- intervenire nelle aree di maggiore criticità, rappresentate particolarmente dai problemi di salute mentale e di natura infettivologica, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche in alcune realtà carcerarie;
- contribuire ad 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;
- promozione di progettualità da avviare con le AA.SS. e Dipartimento Amministrazione Penitenziaria;
- sostenere, anche attraverso progetti sperimentali, le iniziative per migliorare l'assistenza promuovendo il superamento degli OPG e la realizzazione di strutture alternative orientate alla cura e al recupero della persona.

c) Gli impegni per il triennio.

Adempimenti:

- sviluppare, sulla base del progetto obiettivo regionale, le linee programmatiche per la riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario nell'ottica di un costante coordinamento con l'Amministrazione penitenziaria;
- contribuire a potenziare e migliorare l'assistenza in tutti gli istituti di pena per gli aspetti di salute mentale e per le patologie infettivologiche, con convenzioni dirette tra le aziende sanitarie e le carceri, al fine di consentire, in attesa di una riforma completa della sanità penitenziaria, l'apporto della multiprofessionalità dei servizi di salute mentale, nonché infettivologica presente nel servizio sanitario regionale;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che prestano attività all'interno delle carceri calabresi.

3.3.4.6.- La continuità assistenziale e la rete della emergenza-urgenza

Il sistema del 118 sicuramente 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 necessita una riforma radicale che ne valorizzi la centralità nell'offerta ospedaliera e nell'appropriatezza dell'accoglienza. La soluzione di tali problematiche deve essere assicurata attraverso:

a) l'attivazione del sistema di triage, con applicazione uniforme dei codici già identificati nella normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) ed informazione dell'utente sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde);

b) 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;

c) 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 in casi non immediatamente attribuibili ad una competenza specialistica ed attività diagnostico-terapeutica in casi compatibili con una durata prevedibile delle degenze non superiore di norma alle 72 ore;

d) la previsione di percorsi alternativi al pronto soccorso, favorendo l'accesso (con richiesta motivata del m.m.g.) 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;

e) 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.

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 tarata rispetto ai reali bisogni della popolazione, al rapporto costi/benefici anche in relazione a quanto disposto dal nuovo accordo 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 realizzato un approfondito studio sulla cui base sarà proposto il riordino del servizio.

Ulteriore intervento sarà il riordino della rete intra-ospedaliera dell'emergenza, soprattutto in relazione alla riorganizzazione dei DEA di primo e secondo livello da condurre sulla base degli indirizzi definiti in precedenza in materia di riorganizzazione ospedaliera.

3.3.4.7. - 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.

Nel nostro paese, e nella nostra regione in particolare, la maggiore informazione non si traduce in corretti stili di vita. Ne sono testimonianza i preoccupanti fenomeni di obesità infantile e non solo, così come il consumo di alcol, di abitudini al fumo, di scarsa pratica dell'attività fisica.

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.

3.3.4.8.- La prevenzione secondaria

A seguito della predisposizione dei progetti presentati nel giugno 2005 e nel maggio 2006 al Ministero della Salute, si è intrapresa una iniziativa di grande valore sanitario e sociale.

L'attuazione degli *screening* per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella, del colon retto, costituiscono una priorità dell'azione della Giunta regionale.

Ciò in quanto la nostra Regione è quella che in questi anni non ha, con sistematicità, realizzato campagne organizzate di screening negando ai cittadini diritti fondamentali.

In tale Settore si esplicherà un massiccio impegno del Dipartimento Salute e di tutte le Aziende sanitarie per garantire affidabilità nelle diagnosi, percorsi assistenziali sicuri ed alta partecipazione degli utenti interessati.

Anche i progetti per la Prevenzione cardio-vascolare, la prevenzione delle recidive dell'infarto del miocardio e delle complicanze del diabete mellito costituiscono obiettivi prioritario considerato che la struttura delle cause di morte.

3.3.5.- La prevenzione collettiva

Il primo obiettivo da realizzare in questo settore è il graduale ma costante riequilibrio delle risorse rispetto agli altri livelli di assistenza per giungere al 5% indicato dal PSN.

Ma accanto alle azioni per raggiungere tale risultato, è fondamentale avviare, fin da subito, una profonda rivisitazione dell'organizzazione dei dipartimenti di prevenzione, delle aree e dei settori in cui, nella realtà, è venuto 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.

In tal senso si indicano alcune priorità di lavoro che risultano tra le più urgenti.

In primo luogo si ritiene fondamentale attivare lo specifico piano relativo alla corretta alimentazione, a cominciare dalla educazione nelle scuole e nelle famiglie, per la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età pediatrica.

Altro obiettivo prioritario è l'attuazione dei piani per la 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.

Un terzo obiettivo è quello 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.

Un quarto obiettivo è quello relativo al controllo e alla 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.

I dipartimenti di prevenzione dovranno essere in grado di affrontare le problematiche infettivologiche che si affacciano periodicamente (*blue-tongue*, aviaria, zoonosi), così come il ripresentarsi di patologie infettivologiche 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 efficace e non parcellizzata.

Le varie aree e discipline dovranno cioè integrarsi ed evitare compartimenti stagno allo scopo di realizzare la trattazione delle problematiche di prevenzione e tutela con la necessaria impostazione unitaria.

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.

3.3.6.– La sanità e lo sviluppo nell’ottica della società della conoscenza

3.3.6.1.– La sanità come risorsa

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 nostra 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 prossimo quinquennio 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 economica finanziaria regionale – DPEFR.

Le più significative iniziative che dovranno essere intraprese sono quelle di seguito indicate.

3.3.6.2.- L'alta specialità

Le attività di alta specialità esistenti non costituiscono un'offerta sufficiente neppure per coprire i bisogni della popolazione. In proposito, la Giunta regionale ritiene fondamentale la realizzazione di una apposita rete integrata a livello regionale che si articoli nelle seguenti aree di attività:

- cardiologia interventistica e cardiocirurgia;
- neuroscienze (neurochirurgia, neurologia e immunoradiologia);
- trapianti d'organo e tessuti;
- terapie intensive neonatali e pediatriche;
- centro oncologico regionale;
- centro grandi ustioni;
- centro grandi traumi in particolare con la istituzione di una unità spinale;
- centri di alta specialità riabilitativa ospedaliera;
- centri specialistici tesi al contrasto delle patologie oggetto delle emigrazioni più frequenti, quali le malattie endocrine.

In tale contesto, in particolare collegata ai trapianti d'organo e tessuti, si pone l'esigenza di un rilancio dell'organizzazione e della cultura della donazione di organi.

3.3.6.3.- Le piattaforme avanzate

Quale strumento operativo finalizzato a coniugare sanità e sviluppo alle delle reti di alta specialità si affiancano le cosiddette "piattaforme avanzate".

Esse 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.

Una prima "piattaforma" potrebbe affrontare le problematiche cardiologiche attraverso l'attivazione della cosiddetta "Piattaforma Cuore". Essa potrebbe unire oltre le tradizionali attività cardiocirurgiche, 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 di cellule staminali con midollo osseo,

e la terapia elettrica dello scompenso cardiaco attraverso l'installazione di pace-makers bi-ventricolari e di defibrillatori impiantabili.

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

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

La riconsiderazione dell'attuale assetto delle reti riabilitative, con particolare riferimento alla riconversione di 1.000 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.

Si tratta, in sostanza, di realizzare una piattaforma unitaria ove trovino contestuale collocazione attività di riabilitazione neurologica, cardiologica, muscoloscheletrica, pneumologica, con relativa alta specialità con l'utilizzazione di tecnologie avanzate, sperimentazioni di nuovi ausili e tecniche diagnostiche e di monitoraggio.

In tale ambito andrebbero perseguite le applicazioni di tecnologie per la stimolazione elettrica (FES), ivi compreso l'impianto di neuroprotesi, così come andrebbe implementata sia l'assistenza avanzata con la ricerca, attraverso l'utilizzo della robotica e della mecatronica.

Nell'ambito delle attività di ricerca potranno trovare sviluppo campi assai promettenti quale la telemedicina domiciliare e la domotica.

La realizzazione di questi grandi progetti, specie nella parte della ricerca, potrebbe, da un lato, costituire lo sbocco naturale per giovani bioingegneri, formati nelle nostre Università, dall'altro, creare le condizioni per generare spin-off o l'interesse ad investire di aziende avanzate.

L'obiettivo n 1 "Salute" del 7° Programma Quadro della Comunità Economica Europea, pone l'enfasi sulle ricerche di base che possono essere trasferite e avere applicazione nel settore della clinica, sui metodi per la prevenzione e promozione della salute, sugli strumenti diagnostici e sulle tecnologie; in questo ambito si inquadra la "Piattaforma neuro-genetica" di seguito illustrata.

Le conoscenze sviluppate a partire dal sequenziamento del genoma umano, stanno rivoluzionando la ricerca sulla salute dell'uomo e sulle malattie. Integrare la grande massa critica di informazioni ottenute e comprendere i sottostanti processi biologici, è indispensabile perché le acquisizioni possano successivamente essere trasferite nella pratica clinica.

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.

Le Biotecnologie rivestono un ruolo importante nell'innovazione e nella ricerca, sia di base che applicata. In un futuro ormai prossimo, esse permetteranno di ottenere una vasta serie di prodotti e tecniche utilizzabili nel settore della Salute dell' uomo per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie. In particolare sulle patologie complesse, legate all'invecchiamento della popolazione e sulle patologie genetiche dell'età adulto-anziana, l'applicazione delle Biotecnologie avrà un impatto non solo in ambito scientifico e assistenziale ma anche nello sviluppo sociale ed economico del territorio.

In tale contesto di sviluppo delle conoscenze e competenze è pertanto ipotizzabile la nascita di imprese che a partire dai risultati della ricerca possano creare e commercializzare prodotti biotecnologici per un mercato che è ormai in continua espansione. Per rispondere alle necessità di salute del territorio, ottimizzare i processi di integrazione nel contesto produttivo locale di tale dinamica di sviluppo ed utilizzare competenze e conoscenze esistenti, è dunque necessario creare una

rete operativa tra i centri regionali che sviluppano epidemiologia, assistenza clinica e ricerca orientata all'utenza e le strutture universitarie che realizzano ricerca di base, garantendo l'alta formazione nel campo biotecnologico attraverso dottorati di ricerca e master in Biotecnologie.

Tale proficua collaborazione di sistema consentirebbe di sviluppare una piattaforma biotecnologica integrata nel settore della diagnosi e della cura delle patologie neurogenetiche e cronico degenerative dell'età adulto-anziana, finalizzata alla nascita di un'attività industriale nel territorio calabrese, determinando ricadute positive sia in ambito scientifico che economico e occupazionale; beneficiario non ultimo di tale sistema di collaborazione in rete sarebbe il sistema sanitario regionale.

L'integrazione consente infatti:

- facilitazione nel trasferimento del know how specifico tra i gruppi;
- valorizzazione e condivisione dei patrimoni di conoscenze, esperienze e attrezzature tecnologiche;
- creazione e sviluppo di laboratori tecnologici orientati agli utenti;
- realizzazione di sistemi di impresa;
- interazione tra sistema della ricerca e sistema produttivo;
- trasferimento delle conoscenze al campo del miglioramento degli obiettivi di salute;
- miglioramento della qualità dei sistemi di produzione e di gestione dei servizi sanitari.

3.3.6.4.- Le cellule staminali

Nella nostra 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 realistico pensare allo sviluppo integrato, 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.

3.3.6.5.- Le iniziative di ricerca

La presenza di tre Università, di cui una dotata della Facoltà di Medicina, costituisce uno strumento prezioso per lo sviluppo della ricerca nella nostra regione.

Si tratta di una grande opportunità che può e deve consentire oltre allo sviluppo dell'alta specialità sanitaria, anche il compito di avviare, in collaborazione con il Servizio sanitario e la Regione, grandi progetti di ricerca finalizzati anche allo scopo della realizzazione, in prospettiva, di un avanzato modello di sviluppo economico.

In tal senso si ritiene fondamentale conseguire ambiziosi piani di ricerca soprattutto nel campo delle biotecnologie.

3.3.6.6.– Le ulteriori iniziative da perseguire con i progetti comunitari

Rete attrezzata per l'assistenza domiciliare alle persone disabili e non auto sufficienti

Si propone in particolare con tale progetto la creazione 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 dovrebbe realizzare una correlazione stretta tra i sanitari curanti ai diversi livelli (distretto-ospedale) ed i malati cronici di diversa gravità (cardiovascolari, oncologici, diabetici).

Telesoccorso con immagine per anziani soli

La stessa rete potrebbe costituire un supporto fondamentale per la realizzazione di servizi di prossimità con la creazione di tutors per anziani soli.

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

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 un progetto già avviato di cui è prevista la realizzazione solo per alcuni territori.

Trasmissione multimediale fra strutture sanitarie

Tale 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.

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 stata prevista la realizzazione del *Trauma center* presso l'ospedale di Lamezia Terme. Nell'ambito dei progetti comunitari va inserito il completamento di tale struttura integrandola con le funzioni di seguito indicate:

- unità per grandi ustionati;
- medicina e chirurgia d'urgenza;
- unità spinale;
- centro di tossicologia clinica.

Riqualificazione offerta termale 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 nostro 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.

Un tale progetto, da sviluppare tra sanità ed economia, è di quelli tipicamente candidabili per l'utilizzo dei fondi europei.

Creazione del Sistema informativo sanitario regionale.

Molte delle difficoltà e delle criticità che connotano il Servizio sanitario della regione derivano dalla frammentarietà degli strumenti informativi esistenti. La riforma del Servizio passa necessariamente dalla 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 voluto dal patto 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 P.S.N. 2006 – 2008 e dalla politica per la sanità elettronica.

La formazione e l'aggiornamento.

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

Si renderà necessario organizzare un piano pluriennale per mirare la qualificazione e l'aggiornamento del personale nei settori strategici della organizzazione delle aziende e della regione.

3.3.7.- Il ruolo dell'imprenditoria privata nel sistema sanitario regionale.

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. 9bis 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.

3.3.8.- 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 territoriali, ospedaliere e a partecipazione universitaria. 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, dunque, lo 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 e, 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, coesistente 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 presso il Dipartimento Tutela della Salute 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.

3.3.8.1.– La centralizzazione degli acquisti

Nell'ambito del riordino del sistema, si ritiene maturo e prioritario avviare l'organizzazione di alcune funzioni a livello regionale.

La Giunta regionale intende realizzare la centralizzazione degli acquisti, a partire dai beni più significativi. Una prima fase di tale obiettivo sarà quella di centralizzare gli acquisti su base provinciale, verificando successivamente la

possibilità di effettuare ulteriori concentrazioni degli acquisti in ambito regionale, specie per particolari prodotti.

Tale iniziativa già avviata in altre Regioni, oltre all'obiettivo di conseguire efficienza ed economicità nella peculiarità delle strutture della nostra Regione, assume anche il significato di garantire trasparenza e legalità.

3.3.8.2.– Il patrimonio immobiliare.

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

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

Di recente, la Giunta regionale ha adottato uno specifico provvedimento di riparto dei fondi per l'edilizia sanitaria, concentrandoli in prevalenza sui presidi delle Aziende ospedaliere e degli Ospedali di riferimento delle Aziende sanitarie. I rimanenti presidi da destinare ad attività ospedaliere 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.

Sia per l'adeguamento, messa a norma e manutenzione, sia per la riconversione e la ristrutturazione delle strutture si rende necessaria l'istituzione di un apposito fondo in conto capitale, da alimentare con risorse regionali, con il contributo finanziario dello Stato e con finanziamenti della Comunità europea.

Una 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:

- a) effettuare la ricognizione puntuale del patrimonio di proprietà delle aziende;
- b) valutare la più idonea utilizzazione delle strutture per ridisegnare la nuova rete ospedaliera e territoriale e per le attività prevenzionistiche;
- c) programmare l'utilizzo delle strutture per dismettere tendenzialmente tutti gli affitti;
- d) 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.

3.3.8.3 - Il sistema informativo

Come già rilevato in precedenza, la costruzione della nuova sanità regionale necessita di un efficiente sistema informativo. La realizzazione di tale strumento è fondamentale e improcrastinabile. Si può anzi affermare che senza di esso è impossibile costruire “il sistema”.

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

3.3.9.- La partecipazione

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.

3.3.10.– 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.

3.3.11.- Il ruolo delle autonomie locali

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:

1. la definizione di un metodo di programmazione da realizzare in modo unitario in ambito regionale ed in modo integrato e partecipato in ambito locale;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. 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.

3.3.12.- Le risorse disponibili e la sostenibilità del sistema di servizi

Con l'accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, integrato e modificato dall'accordo dell'8 agosto 2001, e successivamente rinegoziato con le intese del 23 marzo 2005 e del 28 settembre 2006 (patto per la salute per il triennio 2007/2009), nel quadro di un rinnovato patto di stabilità interna, è stato ribadito il principio della piena e diretta responsabilità delle Regioni riguardo la tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del Servizio sanitario in condizioni di equilibrio economico.

Le Regioni sono ormai direttamente responsabili di fronte alla popolazione assistita per l'andamento della spesa sanitaria, essendo chiamate a sostenere gli eventuali disavanzi del SSR ricorrendo ad un maggior concorso al finanziamento da parte dei cittadini, in termini di prelievo fiscale o compartecipazione diretta al costo delle prestazioni sanitarie consumate.

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

- l'attività di prevenzione assorbe ancora risorse in misura notevolmente inferiore al parametro nazionale (5%);
- la spesa per l'assistenza distrettuale è fortemente influenzata dalla componente relativa all'assistenza farmaceutica, ancora non in linea con la media nazionale;
- 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 (44%).

3.3.12.1.- Le risorse disponibili nel triennio 2007–2009

Il nuovo Patto per la Salute, sulla base del quale il 28.9.2006 è stato siglato dalle Regioni l'accordo con il governo centrale, si caratterizza per aspetti di forte qualificazione ma ancora di elevata rigidità.

Il finanziamento per l'anno 2007 viene fissato in 96 miliardi di euro, con una crescita percentuale a livello nazionale del 6,8% rispetto all'anno precedente; vengono inoltre fissate in 99 e 102 miliardi di euro le risorse per gli esercizi finanziari 2008 e 2009.

A seguito degli accordi intervenuti in sede di Conferenza dei Presidenti nei giorni 8-9-10 Novembre 2006 per l'anno 2007, la Calabria potrà disporre per il finanziamento dei LEA di 3.208.000.000 euro.

Con gli stessi criteri del riparto 2007, è ipotizzabile il riparto degli anni 2008-2009, che per la Calabria potrà avere le seguenti ricadute:

- Anno 2008 : 3.310.000.000;
- Anno 2009 : 3.410.000.000.

A livello nazionale il finanziamento dell'anno 2007, che avrà ricadute anche sugli esercizi successivi, è ulteriormente incrementato di 2 miliardi a seguito di misure di contenimento determinate a livello centrale.

Le disposizioni della Finanziaria 2007, dovrebbero determinare per la Regione da una parte un contenimento della spesa e dall'altra maggiori entrate proprie secondo le seguenti articolazioni:

- la manovra AIFA sulla spesa farmaceutica che, a decorrere dall'1.10.2006, potrà determinare per la Calabria minori costi per 20 milioni di euro;
- gli aumenti della compartecipazione alla spesa sulle prestazioni specialistiche e l'introduzione della compartecipazione alla spesa per il pronto soccorso potranno produrre maggiori entrate per 10.000.000;
- la riduzione delle tariffe delle prestazioni di laboratorio potrà determinare un ulteriore minor costo.

Di seguito si indicano altri punti qualificanti dell'accordo sottoscritto:

- l'eliminazione del vincolo di accantonamento relativo allo sfondamento del tetto del 13 % sulla spesa farmaceutica. Su tale elemento positivo, grava la circostanza che, in caso di superamento del tetto, scatta 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 indicatori da utilizzare per il monitoraggio dei livelli di assistenza;
- la possibilità di programmare ulteriori interventi di edilizia sanitaria, grazie all'aumento di 3 miliardi di euro della disponibilità da destinare all'innovazione tecnologica ed al superamento del divario nord-sud;
- la realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio;
- l'introduzione di criteri di appropriatezza nella prescrizione medica;
- l'obbligo a carico delle Regioni di definire standard di dimensionamento della rete ospedaliera;
- l'obbligo di introdurre meccanismi di integrazione socio sanitaria.

4 - Considerazioni conclusive

I contenuti di questo documento costituiscono le scelte strategiche fondamentali per realizzare una profonda riforma del Servizio sanitario della Calabria, 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 si 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 in larga misura 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 documento contiene scelte coraggiose sul 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, peraltro, 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.

D'altra parte, anche 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 presente documento individua un ulteriore asse strategico, che è quello di considerare la sanità come fattore e occasione di sviluppo. In tal senso, vengono avanzate precise proposte 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, *in primis* sul tema della scienza 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 offerta dalla disponibilità dei fondi europei per il periodo 2007 – 2013 deve essere colta appieno anche nel versante della sanità, contribuendo con ciò a dare un futuro alla nostra regione.

La riforma del Servizio, 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 riusciamo, attraverso le scelte indicate nel presente documento, 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. Nel patto 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.

Le linee strategiche indicate nel presente documento costituiscono la base e la guida del nuovo Piano sanitario regionale, la cui formulazione ora può trovare una rapida realizzazione.

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

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

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 infermieristica e tecnico professionale; attività di supporto all'assistenza in ambito ospedaliero	Servizio tecnico ed infermieristico aziendale
Biochimica clinica, endocrinologica e tossicologica	Biochimica clinica endocrinologia e tossicologica
Cardiologia, UTIC, riabilitazione cardiologica	Cardiologia, UTIC, riabilitazione cardiologica
Chirurgia generale	Chirurgia generale
Dermatologia	Dermatologia
Diabetologia ed endocrinologia	Diabetologia ed endocrinologia
Direzione medica di presidio	Direzione medica di presidio
Farmaceutica ospedaliera	Farmacia ospedaliera
Fisica sanitaria	Fisica sanitaria
Geriatrics anche in ambito extraospedaliero	Geriatrics
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 e chirurgia di accettazione e d'urgenza	Pronto soccorso
Medicina nucleare	Medicina nucleare
Nefrologia e dialisi	Nefrologia e dialisi
Neonatologia	Neonatologia
Neurologia, neurofisiopatologia 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 e audiologia	Otorinolaringoiatria
Pediatria, anche in ambito territoriale	Pediatria
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria, compresa riabilitazione	Pneumologia
Radiodiagnostica e radiologia vascolare	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
Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio	Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio
Cardiochirurgia	Cardiochirurgia
Cardiochirurgia pediatrica	Cardiochirurgia pediatrica
Cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica	Cardiologia
Cardiologia pediatrica	Cardiologia pediatrica
Chirurgia maxillo facciale	Chirurgia maxillo facciale
Chirurgia pediatrica	Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica	Chirurgia plastica
Chirurgia toracica	Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare	Chirurgia vascolare
Diabetologia pediatrica	Diabetologia pediatrica
Dietetica e nutrizione clinica	Dietetica medica
Ematologia ed ematologia dei trapianti	Ematologia
Endocrinologia	Endocrinologia
Gastroenterologia	Gastroenterologia
Genetica medica	Genetica medica
Grandi ustioni	Grandi ustioni
Grandi ustioni pediatriche	Grandi ustioni pediatriche
Genetica medica pediatrica	Genetica medica pediatrica
Immunologia e allergologia	Laboratorio di immunologia e allergologia
Ingegneria clinica	Ingegneria clinica
Laboratorio di citogenetica e citobiologia ematologia	Citogenetica
Malattie infettive	Malattie infettive
Microbiologia sierologia	Microbiologia
Microchirurgia ricostruttiva della mano	Microchirurgia ricostruttiva della mano
Nefrologia dei trapianti	Nefrologia
Nefrologia pediatrica	Nefrologia pediatrica
Neurochirurgia pediatrica	Neurochirurgia pediatrica
Neurochirurgia e neurotraumatologia	Neurochirurgia
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile
Neuroradiologia	Neuroradiologia
Neuroriabilitazione	Neuroriabilitazione
Odontostomatologia	Odontostomatologia
Psicologia	Psicologia
Radioterapia	Radioterapia
Reumatologia	Reumatologia
Riabilitazione cardiologia	Riabilitazione cardiologica
Rianimazione e terapia intensiva polifunzionale pediatrica	Rianimazione pediatrica
Terapia intensiva neonatali	Terapia intensiva neonatale
Tossicologia – centro veleni	Tossicologia
Unità spinale	Unità spinale
Laboratorio di virologia e sierologia	Virologia

(*) 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.

Tavola: Assetto Istituzionale Servizio Sanitario Regionale

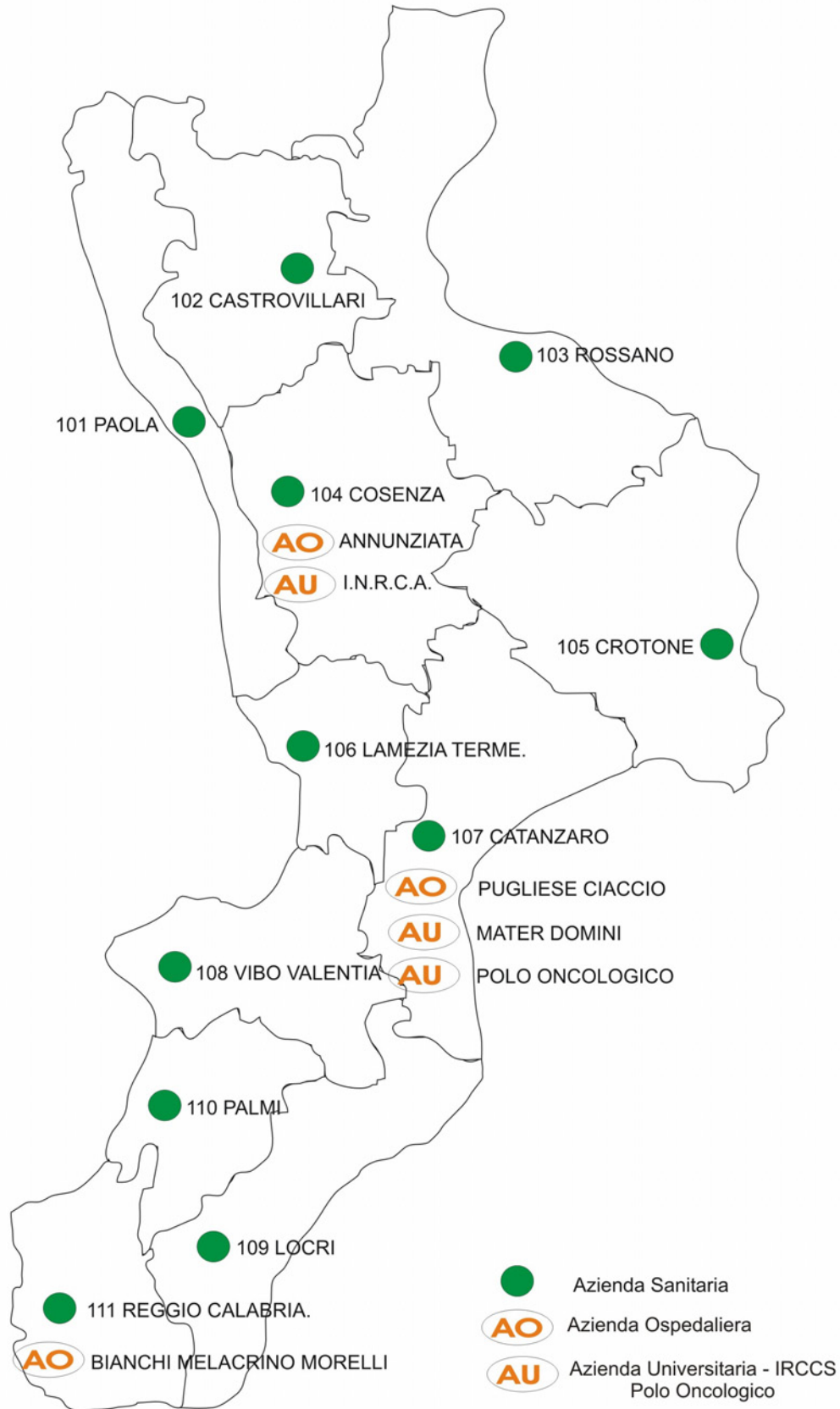


Tavola: Offerta Assistenza Ospedaliera Presidi Pubblici

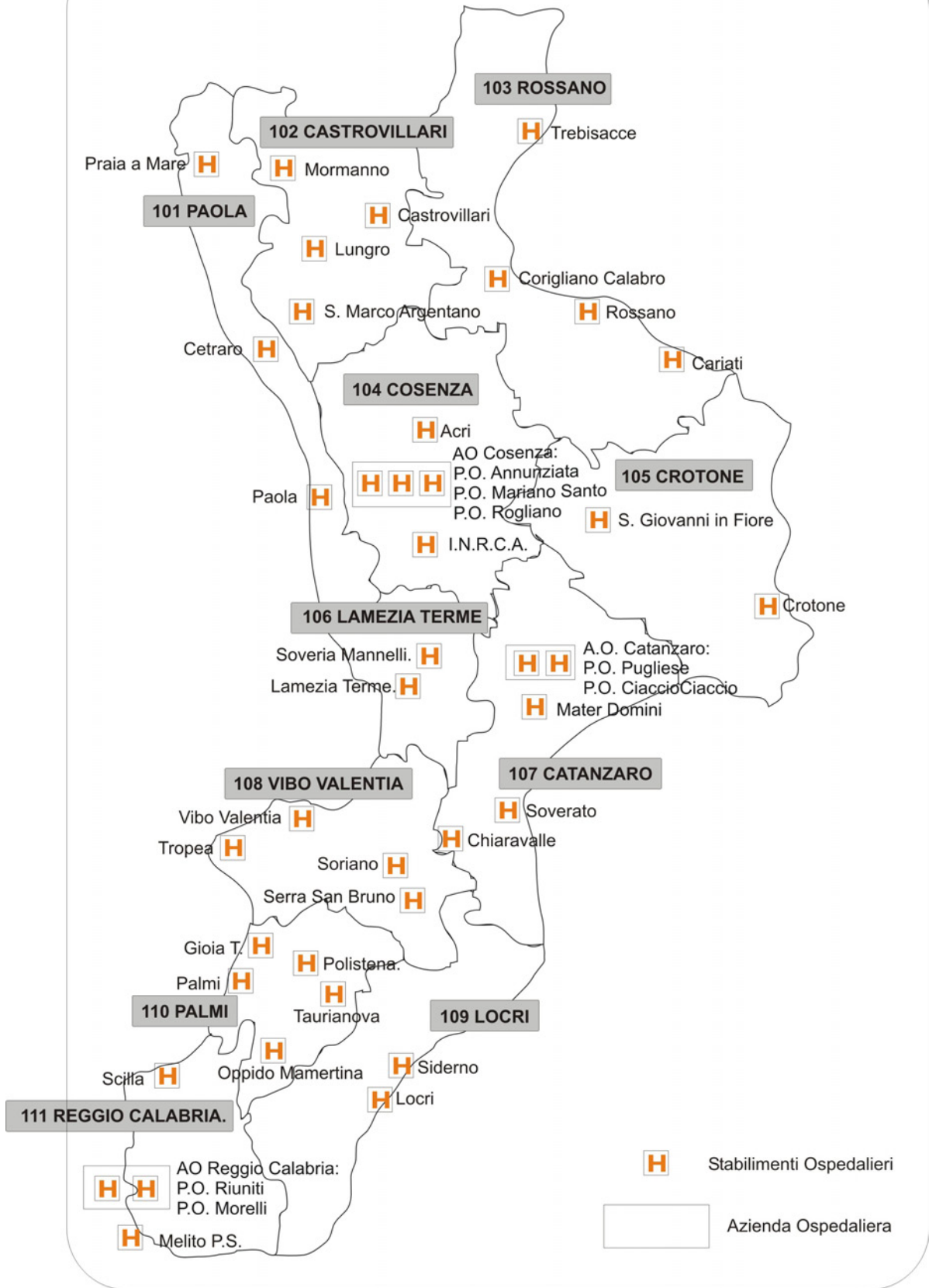


Tavola: Offerta Assistenza Ospedaliera Presidi Privati Accreditati

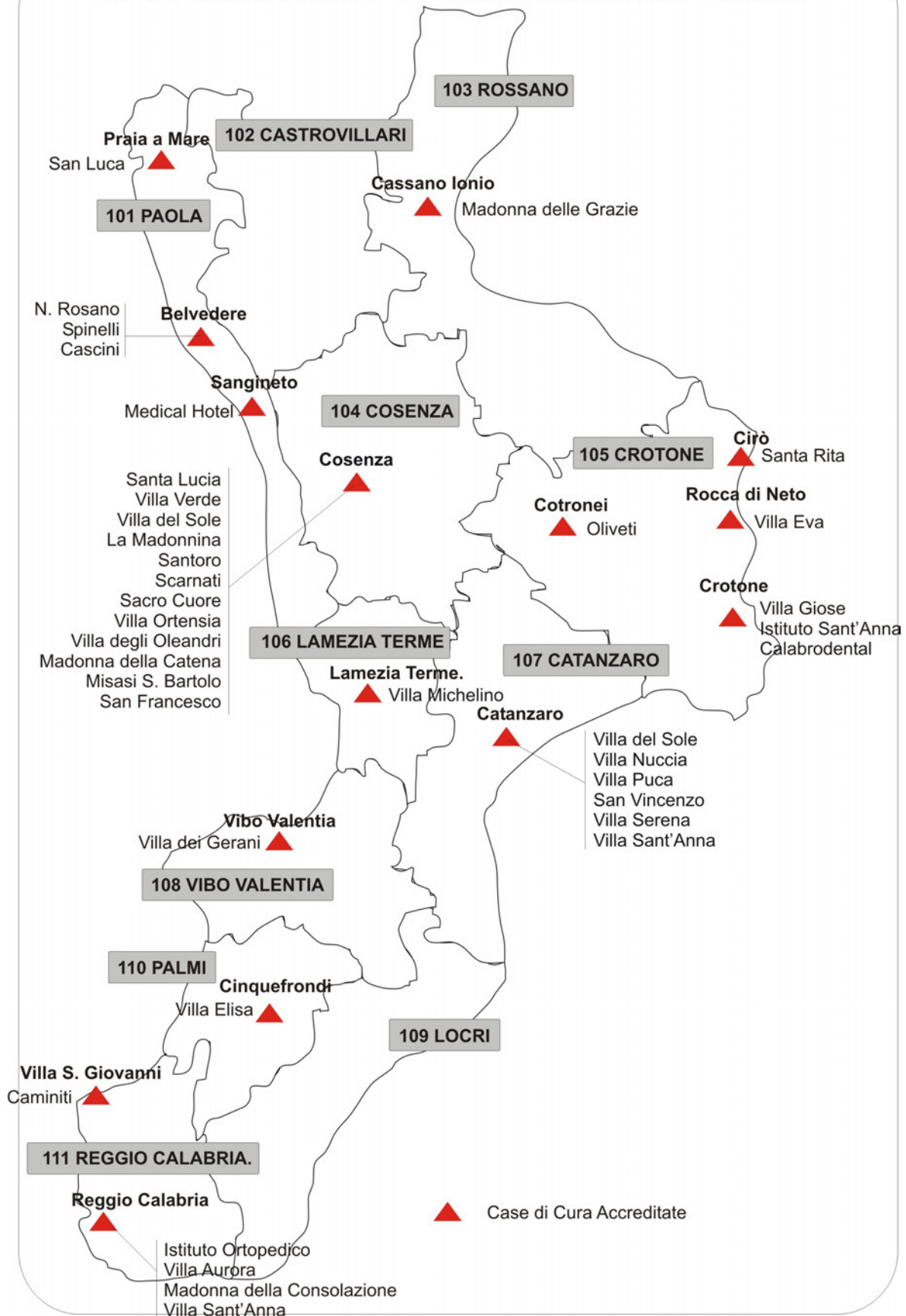


Tavola: presidi non utilizzati come ospedale

