



MINISTERO DELLA SALUTE



REGIONE CALABRIA

MINISTERO DELLA SALUTE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

IL MINISTERO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE

E LA REGIONE CALABRIA

*ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO 2007
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI*

ARTICOLATO CONTRATTUALE

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modifiche, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 20 miliardi di euro;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in particolare l'articolo 5 bis come introdotto dall'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e successivamente integrato con l'art. 55 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, il quale dispone che il Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano può stipulare Accordi di programma con le Regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/1988;

VISTO l'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 12 maggio 1999, n. 144 che trasferisce ai Ministeri competenti i compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuita al Comitato interministeriale per la programmazione economica;

VISTA la deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141, concernente il regolamento di riordino delle competenze del CIPE, che individua le attribuzioni da trasferire al Ministero della Salute, le ammissioni al finanziamento dei progetti in edilizia e tecnologie sanitarie di cui all'articolo 20 della legge n. 67/88 e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 450 che rende disponibile, per la realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della sopra citata legge n. 67 del 1988 la somma di lire 2.500 miliardi, disponibilità rimodulata dalla legge 23 dicembre 1998, n. 449, come integrata dal decreto legge del 28 dicembre 1998, n. 450 convertito, con modificazioni dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39 che dispone ulteriori finanziamenti per l'attuazione del programma di investimenti, nonché la tabella F) delle leggi finanziarie 23 dicembre 1999 n. 488, 23 dicembre 2000 n. 388, 28 dicembre 2001 n. 448, 27 dicembre 2002 n. 289, 24 dicembre 2003 n. 350, 30 dicembre 2004 n. 311, 23 dicembre 2005, n. 266 e 27 dicembre 2006, n. 296;

VISTA legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTO il decreto legge 17 maggio 1996, n. 280 convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382;

VISTO il decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 e successive modificazioni;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n. 127;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 ;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;

VISTA la delibera CIPE del 21 marzo 1997, n. 53 pubblicata in G.U. 30 maggio 1997, n. 124;

VISTA la circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

VISTA la delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52 "Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, secondo e terzo triennio"

pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale serie generale 169 del 22 luglio 1998;

VISTA la delibera CIPE del 2 agosto 2002, n.65, concernente la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che assegna alla Regione Calabria la somma di euro 12.297.297,00;

VISTA la deliberazione CIPE 20 dicembre 2004, n. 63 concernente la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità, art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e art. 83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, pubblicata su GU. n. 115 del 19 maggio 2005 che ridetermina la somma riservata dalla citata delibera CIPE 65/2002 agli Enti di cui all'art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

VISTA la Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002;

VISTO l'Accordo di programma per il settore investimenti sanitari sottoscritto il 16 dicembre 2004 dal Ministero della Salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome, per un importo a carico dello Stato di euro 61.086.564,38;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 13385/DGPROG/7-P/I.6.a.h del 18 maggio 2005 avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione Intesa del 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano";

VISTA la nota circolare del Ministero della salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I.6.a.h. dell'8 febbraio 2006 avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art.1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006)";

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 12 maggio 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 154 del 5 luglio 2006, concernente la ricognizione delle risorse rese disponibili in applicazione dell'art.1, commi 310, 311 e 312 della citata legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della citata legge 30 dicembre 2004, n. 311, concernente il Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5

ottobre 2006, concernente un nuovo Patto sulla salute;

VISTA la delibera della Giunta Regionale n. 669 del 5 ottobre 2006 . Attuazione art. 20 L. n. 67/1988 – Seconda fase. Riordino della rete ospedaliera e territoriale delle aziende sanitarie e ospedaliere;

VISTE le seguenti deliberazioni adottate dalla Giunta della Regione Calabria:

Delibera di Giunta Regionale n. 54 del 30 gennaio 2007 Approvazione Relazione sanitaria regionale

Delibera di Giunta Regionale n. 94 del 13 febbraio 2007 Approvazione delle linee di indirizzo per il riordino del settore sanitario

Delibera di Giunta Regionale n. 97 del 13 febbraio 2007 concernente la presa d'atto mancata espressione parere Commissione consiliare

Legge regionale n. 9 del 16 maggio 2007

Delibera di Giunta regionale n. 382 del 28 giugno 2007 concernente l'avvio delle procedure per la sottoscrizione del presente Accordo integrativo

Delibera di Giunta regionale n. 599 del 28 settembre 2007 concernente il riallineamento del programma ex art. 71 L. 448/1998

Delibera di Giunta regionale n. 694 del 9 novembre 2007 approvazione del Piano sanitario regionale 2007-2009;

PRESO ATTO che nel presente Accordo una quota pari almeno al 15 per cento delle risorse, è destinata al potenziamento e ammodernamento tecnologico, come disposto dall'art. 10 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, relativo all'attuazione dell'art. 1, comma 188 della legge n. 311 del 2004;

ACQUISITO, nella seduta del 23 ottobre 2007, il parere espresso congiuntamente dai componenti del Nucleo di valutazione e verifica di cui alla L. 144/1999 e dai componenti del Nucleo interregionale di cui alla L. 448/1998, ed in particolare:

Parere favorevole in merito alla realizzazione dell'intervento di adeguamento e completamento del nuovo Ospedale di Vibo Valentia e agli interventi di realizzazione dei nuovi Presidi ospedalieri della Sibaritide e della Piana di Gioia Tauro.

Per l'intervento relativo alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro - tenuto conto degli impegni precisi e rilevanti assunti dalla Regione al fine di conseguire i seguenti obiettivi strategici: 1) il rinnovo del protocollo d'intesa Regione-Università nell'ambito del quale definire gli aspetti istituzionali della nuova Azienda Ospedaliera e di liquidazione della gestione, pregressa; 2) il conferimento al nuovo soggetto istituzionale della piena titolarità patrimoniale dell'Azienda di nuova costituzione e della relativa capacità progettuale; 3) l'attivazione, in tempi compatibili con la priorità strategica degli adempimenti indicati ai punti 1 e 2, della fase progettuale e di cantierabilità della nuova realizzazione; - parere favorevole al superamento dell'attuale Ospedale Pugliese, in Catanzaro, attraverso la realizzazione di un nuovo complesso ospedaliero a condizione che l'attivazione di cui al precedente punto 3) avvenga: a) secondo una tempistica, individuata nella proposta di accordo di programma e valutata in riferimento alla effettiva fattibilità degli adempimenti, b) a seguito della verifica del superamento delle sensibili criticità riscontrate attraverso l'osservanza puntuale delle prescrizioni contenute nell'Allegato D "Relazione tecnica di indirizzo", che costituisce parte integrante del presente Accordo di programma, con particolare riguardo agli aspetti tecnici, dimensionali, distributivi-funzionali e relativi alla dotazione tecnologica;

VISTA la delibera della Giunta Regionale n. 693 del 9 novembre 2007, concernente l'approvazione del secondo Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari, che recepisce il parere congiunto del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità e del Nucleo interregionale di cui all'art. 71 della L. 448/1998, espresso nella seduta del 23 ottobre 2007;

TENUTO CONTO che la Regione Calabria si è impegnata ad ottemperare a tutte le suddette prescrizioni relative all'intervento "Realizzazione del Nuovo Ospedale di Catanzaro" entro i termini previsti dalla normativa vigente per l'ammissione a finanziamento dell'intervento;

VISTO lo stato di attuazione degli interventi relativi al programma di investimenti ex art. 20 della legge 67/1988 prima fase, caratterizzato dal totale impegno delle risorse finanziarie previste, come rappresentato agli atti dei Ministeri competenti;

ACQUISITA l'Intesa con la Conferenza Unificata Stato-Regioni, Città e Autonomie Locali, ai sensi dell'articolo 5 bis del D Lgs. 502/1992 come introdotto dal D.Lgs. 229/1999, in data 6 dicembre 2007;

Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione Calabria

STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1 (Finalità ed obiettivi)

1. Il presente Accordo di programma integrativo dell'Accordo richiamato in premessa, tenuto conto della circolare del Ministero della sanità del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/67691, è finalizzato alla riqualificazione e razionalizzazione della rete ospedaliera e dell'assistenza sanitaria mediante la realizzazione di quattro nuovi ospedali e in particolare alla:
 - riorganizzazione e adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standard alberghieri;
 - rinnovamento e potenziamento della dotazione tecnologica;
 - adeguamento alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
 - razionalizzazione dei percorsi, dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevare il livello di sicurezza.
2. L'Accordo è costituito da n. 4 interventi facenti parte del programma della Regione Calabria per il settore degli investimenti sanitari ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 e del programma ex articolo 71 della legge n. 448/1998, dettagliatamente illustrati nelle schede tecniche allegate che costituiscono parte integrante del presente accordo e che recano, per ciascun intervento, le seguenti indicazioni:
 - a) i soggetti coinvolti nella realizzazione dell'intervento;
 - b) i contenuti progettuali;
 - c) il piano finanziario con indicazione dei flussi di cassa correlati all'avanzamento dei lavori, le fonti di copertura e l'impegno finanziario di ciascun soggetto;

- d) le procedure e i tempi di attuazione dell'intervento;
- e) la data presunta di attivazione della struttura e di effettivo utilizzo delle tecnologie;
- f) il responsabile dell'intervento.

Articolo 2

(Impegno dei soggetti sottoscrittori dell' Accordo di programma)

1. I soggetti sottoscrittori del presente Accordo sono:

- per il Ministero della salute: Dott. Filippo Palumbo, Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema
- per il Ministero della economia e delle finanze: Dr.ssa Barbara Filippi, Dirigente del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
- per la Regione Calabria: Dr. Domenico Crupi, Dirigente Generale del Dipartimento tutela della salute e Politiche sanitarie.

2. I soggetti di cui al comma 1, ciascuno nello svolgimento delle attività di propria competenza, si impegnano a:

- a) rispettare i termini concordati ed indicati nelle schede di intervento del presente Accordo;
- b) utilizzare, nei procedimenti di rispettiva competenza, tutti gli strumenti di semplificazione e di snellimento dell'attività amministrativa previsti dalla normativa vigente;
- c) procedere periodicamente alla verifica dell' Accordo e, se necessario proporre, per il tramite del soggetto responsabile di cui all'articolo 12, gli eventuali aggiornamenti ai soggetti sottoscrittori del presente Accordo con particolare riferimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 3;
- d) utilizzare appieno ed in tempi rapidi tutte le risorse finanziarie individuate nel presente Accordo per la realizzazione degli interventi programmati;
- e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase di attuazione dell' Accordo, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria.

Articolo 3

(Copertura finanziaria degli interventi)

1. Il costo complessivo derivante dal presente Accordo di programma ammonta a euro 285.589.141,77 di cui: euro 196.142.821,05 a carico dello Stato, comprendente la quota a valere sull'art. 20, pari ad euro 178.615.153,06 e la quota a valere sul programma per ex art 71 per euro 17.527.667,99 ed euro 89.446.320,72 a carico della Regione. Il piano finanziario, per esercizio 2007, dettagliatamente illustrato nelle schede richiamate al precedente art. 1, comma 2, è quello di seguito riportato:



Handwritten signature and initials, possibly 'BT', with a small number '6' written below.

Interventi Accordo 2007	Stato		Regione		Totale
	Art. 20 L. 67/1988	Art. 71 L. 448/1998	5% Art. 20 L. 67/1988	Quota integrativa	
Nuovo Ospedale della Sibaritide	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	17.000.000,00	77.000.000,00
Complesso ospedaliero di Catanzaro	39.355.468,38	17.527.667,99	2.071.340,44	40.045.523,19*	99.000.000,00
Adeguamento e completamento del nuovo Ospedale di Vibo Valentia	25.259.684,68	0,00	1.329.457,09	17.000.000,00	43.589.141,77
Nuovo Ospedale della Piana	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	6.000.000,00	66.000.000,00
T O T A L E	178.615.153,06	17.527.667,99	9.400.797,53	80.045.523,19	285.589.141,77

* di cui euro 7.511.857,71 come quota integrativa per l'attivazione del citato programma ex art. 71. L. 448/98.

2. L'importo a carico dello Stato ex art. 20, di cui al comma 1 per un valore di euro 178.615.153,06 rappresenta una parte delle risorse assegnate alla Regione dalla delibera CIPE 6 maggio 1998 n. 52, al netto della somma già assegnata con delibera CIPE 6 maggio 1998 n. 53 di euro 26.473.838,88 e della somma di euro 61.086.564,38 già impegnata nell'Accordo stralcio 2004.
3. In relazione a quanto specificato nel precedente comma 2, tenuto conto che la Delibera CIPE n. 65/2002 ha assegnato la somma di euro 12.297.297,00 alla stessa Regione, restano da utilizzare per la sottoscrizione di ulteriori accordi risorse per euro 171.047.500,00, in presenza di disponibilità di risorse statali.
4. In attuazione degli interventi suddetti la Regione Calabria, dopo l'ammissione a finanziamento dei medesimi interventi da parte del Ministero della salute, potrà iscrivere a bilancio le somme a carico dello Stato necessarie per la realizzazione degli interventi
5. Per l'ammissione a finanziamento dei progetti appaltabili, nei limiti delle risorse disponibili nell'anno, si seguirà il criterio cronologico di acquisizione, presso il Ministero della salute, delle richieste di finanziamento presentate dalle regioni, con le modalità indicate dal successivo art. 5.
6. Qualora le richieste complessive di liquidazione degli stati di avanzamento lavori, presentate dalle Regioni, superino le risorse finanziarie disponibili nell'anno, la Regione sostiene l'intervento con risorse proprie, successivamente rimborsabili.

Articolo 4
(Soggetto beneficiario dei finanziamenti)

1. I soggetti beneficiari dei finanziamenti statali e regionali di cui al presente Accordo hanno

natura giuridica pubblica come disposto dalla normativa relativa al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie.

Articolo 5
(Procedure per l'attuazione dell'Accordo di programma)

1. L'approvazione, la modifica e l'aggiornamento dei progetti oggetto del presente Accordo, nonché l'attuazione di cui all'articolo 1, comma 2, avviene nel rispetto delle disposizioni stabilite dal decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, secondo la procedura stabilita nell' Accordo tra il Governo, le Regioni, le province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità o sue successive modifiche e integrazioni.
2. Per gli interventi oggetto del presente Accordo la regione Calabria inoltra al Ministero della salute, l'istanza di finanziamento prevista dalle disposizioni riportate al comma 1, previa approvazione dei medesimi progetti appaltabili.
3. In relazione alle disposizioni di cui al comma 1, le eventuali variazioni del programma in sede di attuazione del medesimo, sono adottate dalla Regione con proprio atto da comunicare al Ministero della salute, per la verifica di competenza circa la conformità delle modifiche agli obiettivi generali del presente accordo. Le variazioni al programma possono riguardare la modifica, anche sostitutiva, di taluni interventi, purché rientrino nell'ambito del finanziamento attribuito alla Regione Calabria e degli altri finanziamenti a base del presente Accordo di programma, previo aggiornamento delle relative schede tecniche.

Articolo 6
(Procedure per l'istruttoria)

1. Per tutti gli interventi oggetto del presente Accordo, di cui alle schede allegate, sarà acquisita in atti, dalla regione, al momento della valutazione del progetto per l'ammissione al finanziamento, la documentazione che ne garantisce:
 - il rispetto della normativa vigente in materia di appalti e della normativa europea in materia;
 - il rispetto delle norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997 e alla normativa regionale di attuazione, con specifico riguardo alla sicurezza, alla congruità del costo, alla qualità dell'opera percepita dagli operatori e dagli utenti ed alle caratteristiche che assicurino accessibilità, manutenibilità, comfort alberghiero, nonché la qualità dell'opera.
2. Dette garanzie consentono di procedere con immediatezza alla fruizione delle risorse da parte della regione o dell' Azienda appositamente delegata, contestualmente all'acquisizione, da parte del Ministero della salute, delle dichiarazioni di cui alla citata legge 492/ 1993.

Articolo 7
(Ricognizione del patrimonio immobiliare e rinnovo delle tecnologie)

1. La Regione Calabria attesta che la medesima e le Aziende hanno proceduto agli adempimenti di cui all'art. 5 del D.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni



ed in particolare alla ricognizione del patrimonio immobiliare e che le stesse stanno provvedendo alla valorizzazione di risorse aggiuntive da destinare eventualmente al programma di investimenti.

2. La Regione Calabria garantisce che gli interventi proposti, finalizzati al rinnovo delle tecnologie o al potenziamento del parco tecnologico, sono individuati nell'ambito di uno specifico programma basato sul censimento delle apparecchiature in dotazione, evidenziandone il livello di vetustà.
3. La Regione Calabria garantisce, una razionale distribuzione sul territorio delle tecnologie, l'appropriatezza ai fini del raggiungimento di adeguati standard tecnico-qualitativi delle prestazioni ed il miglioramento della qualità assistenziale, anche in termini di riduzione delle liste di attesa.

Articolo 8 (Indicatori)

1. La regione Calabria ha richiamato nell'allegato documento programmatico gli indicatori per valutare l'impatto degli investimenti nell'attività di prevenzione, nel settore ospedaliero ed extra ospedaliero, in riferimento alla dotazione di posti letto, al tasso di utilizzo della capacità ricettiva, al riequilibrio fra ospedale e territorio ai fini della riduzione dei ricoveri impropri e dei tempi di attesa, in coerenza con gli standard nazionali previsti dalla normativa vigente.

Articolo 9 (Opere da completare)

1. La Regione garantisce che le decisioni in merito alle strutture ospedaliere da completare, sono assunte sulla base di adeguata analisi costi /benefici.
2. La Regione garantisce che nel caso di nuove edificazioni, ci si riferisce sempre all'opera completa; nel caso invece di interventi di ristrutturazione, il finanziamento si riferisce all'opera completa ovvero a parti funzionali e funzionanti di un progetto complessivo e organico.

Articolo 10 (Comitato Istituzionale di Gestione e attuazione)

1. Al fine di adottare iniziative e provvedimenti idonei a garantire la celere e completa realizzazione dei progetti nonché l'eventuale riprogrammazione e riallocazione delle risorse, è istituito il "Comitato istituzionale di gestione e attuazione" composto di n. 6 membri di cui 3 in rappresentanza del Governo e n. 3 in rappresentanza della regione.
2. Il Comitato istituzionale è presieduto dal Ministro della salute o suo delegato.
3. Il Comitato istituzionale si riunisce almeno una volta l'anno sulla base della relazione predisposta dal responsabile dell' Accordo, di cui al successivo art. 10. La convocazione è disposta dal Presidente, anche a richiesta della rappresentanza regionale.
4. Al fine di consentire l'attività di monitoraggio e di vigilanza, demandate al Ministero della salute, la Regione trasmette al Ministero della salute, con cadenza annuale, l'aggiornamento delle informazioni relative ai singoli interventi facenti parte del presente Accordo
5. Fermo restando quanto previsto dall'art. 5 bis, comma 3 del D.Lgs. 502/92 e successive

modifiche e integrazioni, e dall'art. 1 commi 310 e 311 legge 23 dicembre 2005 n. 266, in caso di criticità riscontrate nell'attuazione dell'Accordo di programma nonché nella realizzazione e nella messa in funzione delle opere relative, il Ministero della salute assume iniziative a sostegno della regione Calabria al fine di rimuovere le cause di tali criticità e, se necessario, adotta, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, idonee misure straordinarie, programmatiche e gestionali.

Articolo 11
(Soggetto responsabile dell'Accordo)

1. Ai fini del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del presente Accordo si individua quale soggetto responsabile dell'attuazione dell'Accordo il Dr. Domenico Crupi.
2. Il soggetto di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:
 - a) garantire il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'Accordo, segnalando ai soggetti firmatari del presente Accordo eventuali scostamenti rispetto ai tempi, alle risorse e alle modalità di esecuzione previsti;
 - b) promuovere le eventuali azioni ed iniziative necessarie a garantire l'attuazione delle opere programmate;
 - c) redigere una relazione, da presentare al comitato di cui all'articolo 10, che conterrà le indicazioni di ogni ostacolo amministrativo o tecnico che si frapponga alla realizzazione del progetto, con la proposta di iniziative correttive da assumere; la relazione deve evidenziare i risultati ottenuti e le azioni svolte;
 - d) segnalare ai sottoscrittori del presente Accordo eventuali situazioni di ritardo, inerzia ed inadempimento a carico di uno dei soggetti coinvolti nell'attuazione dell'Accordo medesimo;
 - e) promuovere iniziative di conciliazione in caso di controversie insorte tra i soggetti coinvolti nell'esecuzione degli interventi.

La relazione, di cui al precedente punto c), indica inoltre le eventuali variazioni apportate al programma e riporta in allegato la scheda di cui all'articolo 1, comma 2, conseguentemente modificate ai sensi dell'articolo 5, comma 3.

Articolo 12
(Soggetto responsabile dell'intervento)

1. Per le finalità di cui al presente Accordo, nella scheda di cui all'articolo 1, comma 2, viene indicato il responsabile di ciascun intervento.
2. Il responsabile di cui al comma 1 è designato dal soggetto attuatore dell'intervento ed ha i seguenti compiti:
 - a) segnalare al responsabile dell'Accordo gli eventuali ritardi o gli ostacoli tecnico amministrativi che impediscono la regolare attuazione dell'intervento, esplicitando eventuali iniziative correttive assunte;
 - b) compilare, con cadenza annuale, la scheda di monitoraggio dell'intervento e trasmetterla al responsabile dell'Accordo;
 - c) fornire al responsabile dell'Accordo qualsiasi informazione necessaria a definire lo stato di attuazione dell'intervento e comunque ogni altra informazione richiesta dal responsabile

medesimo.

Articolo 13
(Disposizioni generali)

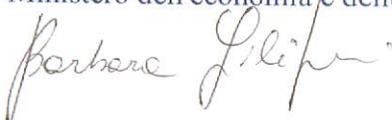
1. Il presente Accordo di programma è vincolante per i soggetti sottoscrittori.
2. L'Accordo rimane in vigore sino alla realizzazione delle opere in esso previste e può essere modificato o integrato per concorde volontà dei sottoscrittori, salvo quanto previsto all'articolo 5, comma 3. Alla scadenza dell'Accordo il soggetto responsabile è incaricato delle eventuali incombenze relative alla definizione dei rapporti pendenti e delle attività non ultimate.

Per:

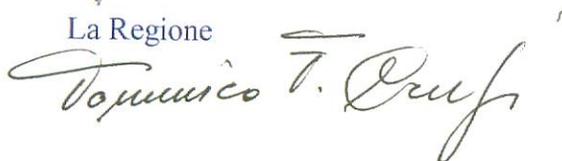
Il Ministero della salute



Il Ministero dell'economia e delle finanze



La Regione



Roma,

13 DIC. 2007



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
POLITICHE SANITARIE

PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI
ART. 20 L. 67/88 - SECONDA FASE
2° ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO



DOCUMENTO PROGRAMMATICO

SOMMARIO

1	LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE	3
1.1	PREMESSA	3
1.2	LE CRITICITÀ ESISTENTI	5
1.3	IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009	6
1.4	IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	6
1.5	LE SCELTE FONDAMENTALI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009	9
1.5.1	<i>Il nuovo assetto istituzionale delle aziende</i>	9
1.5.2	<i>Riordino e potenziamento dei servizi territoriali</i>	13
1.5.3	<i>Il percorso assistenziale</i>	13
1.5.4	<i>La costruzione dei nuovi distretti</i>	14
1.5.5	<i>L'integrazione socio-sanitaria e la programmazione dei servizi territoriali</i>	15
1.5.6	<i>La rete dei servizi di assistenza primaria</i>	16
1.5.6.1	L'Utapp	16
1.5.6.2	La "Casa della salute"	16
1.5.6.3	La presa in carico dei cittadini e la continuità delle cure	22
1.5.6.4	L'assistenza domiciliare	23
1.5.7	<i>L'alta integrazione</i>	23
1.5.8	<i>La salute mentale</i>	24
1.5.9	<i>Le dipendenze</i>	25
1.5.9.1	Le linee programmatiche per la funzionalità dei servizi	26
1.5.10	<i>La riabilitazione e la disabilità</i>	27
1.5.11	<i>Gli anziani e la condizione di non autosufficienza</i>	28
1.5.12	<i>La maternità e l'infanzia</i>	30
1.5.13	<i>Gli immigrati</i>	32
1.5.14	<i>La sanità penitenziaria</i>	33
1.5.15	<i>La prevenzione per la salute: il nuovo dipartimento</i>	34
1.5.16	<i>La rete ospedaliera, il dimensionamento dei presidi ed l'organizzazione interna</i>	36
1.5.16.1	Ospedale di riferimento ed altri presidi della rete	36
1.5.16.2	La rete riabilitativa: riabilitazione e lungodegenza	41
1.5.16.3	La riorganizzazione della rete ospedaliera	41
1.5.16.4	Azienda sanitaria provinciale di Cosenza	43
1.5.16.5	Azienda ospedaliera di Cosenza	46
1.5.16.6	Azienda sanitaria provinciale di Crotona	47
1.5.16.7	Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro	48
1.5.16.8	Azienda ospedaliera universitaria di Catanzaro – Polo oncologico	50
1.5.16.9	Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia	59
1.5.16.10	Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria	60
1.5.16.11	Azienda ospedaliera di Reggio Calabria	62
1.5.16.12	Riepilogo generale posti letto	63
1.5.17	<i>L'integrazione ospedale-territorio</i>	64
1.5.17.1	Le reti per specialità	64
1.5.17.2	La continuità dei servizi tra ospedale e territorio	65
1.5.17.3	La rete dell'emergenza-urgenza	65
1.5.17.4	Il rapporto tra fase acuta della degenza e fase riabilitativa	68
1.5.17.5	I servizi di supporto alla degenza ospedaliera	69
1.5.18	<i>Eccellenza, alta specialità, ricerca</i>	71
1.5.18.1	L' oncologia	72
1.5.18.2	La cardiocirurgia	72

1.5.18.3	Trapianti.....	73
1.5.18.4	Centro regionale per la cura delle malattie endocrine	73
1.5.18.5	Rete ospedaliera pediatrica e polo pediatrico regionale.....	74
1.5.18.6	Trauma center- polo traumatologico regionale di Lamezia Terme.....	75
1.5.19	Le piattaforme avanzate	75
2	OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO.....	78
2.1	ANALISI S.W.O.T.....	78
3	INTERVENTI PROGETTUALI.....	80
3.1	LOCALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE	80
3.2	OBIETTIVI DELL' ACCORDO DI PROGRAMMA	81
3.3	NUOVO OSPEDALE DELLA SIBARITIDE	83
3.4	NUOVO COMPLESSO OSPEDALIERO DI CATANZARO	95
3.5	ADEGUAMENTO E COMPLETAMENTO NUOVO OSPEDALE DI VIBO VALENTIA.....	102
3.6	NUOVO OSPEDALE DELLA PIANA.....	107
4	SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA DEGLI INTERVENTI.....	112
5	RICOGNIZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DI INVESTIMENTO	114
5.1	ART. 20 L. 67/88 PRIMA E SECONDA FASE	115
5.2	PROGRAMMA DI INTERVENTI SETTORE AIDS (LEGGE 135/90)	115
5.3	PROGRAMMA PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE).....	116
5.4	POTENZIAMENTO STRUTTURE DI RADIOTERAPIA (LEGGE 488/1999)	118
5.5	INTERVENTI GRANDI CITTÀ (ART. 71 LEGGE 448/1998).....	118
5.6	INTERVENTI PER LA SICUREZZA.....	120
5.7	QUADRO COMPLESSIVO DEGLI INTERVENTI	120
6	SCHEDA INTERVENTI OBIETTIVI.....	121
7	INDICATORI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI	122
8	STRUMENTI E MEZZI PER IL MONITORAGGIO	123
8.1	LA SCHEDA.....	123
9	VERIFICA DELLA PROGRAMMAZIONE EX-ANTE DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	124

ELENCO DOCUMENTI DI RIFERIMENTO PER L'ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO 2007

ALLEGATO A - SCHEDE INFORMATIVE DEGLI INTERVENTI

ALLEGATO B - SCHEDA MONITORAGGIO INTERVENTO

ALLEGATO C - TAVOLE

ALLEGATO D - RELAZIONE TECNICA DI INDIRIZZO

1 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

1.1 Premessa

Sin l'adozione delle “**Linee di indirizzo per il riordino dell'organizzazione e delle attività sanitarie**” approvate dalla Giunta regionale con propria deliberazione del 13 febbraio 2007, n. 94, è stato delineato il nuovo corso della sanità calabrese. In esse veniva indicato come obiettivo prioritario della nuova sanità la costruzione di un “sistema normale”. Ciò potrà sembrare un po' riduttivo, ma in realtà rappresenta la finalità fondamentale la cui realizzazione è stata avviata sin dal 2005 ed è ancora da perseguire nel corso della legislatura.

Per “sistema normale” si intende un servizio che si organizza, 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.

Al perseguimento di tale finalità si è provveduto sin dal 2005 con l'adozione di una serie di atti coerenti con l'obiettivo strategico di anticipare il riordino e la razionalizzazione del servizio sanitario regionale; tale cammino di riforma troverà la naturale conclusione nell'attuazione del nuovo Piano sanitario regionale. Gli atti in tal senso di maggior rilievo sono stati:

1. l'atto di indirizzo per la redazione degli atti aziendali -
2. l'adozione da parte della Giunta regionale della **deliberazione dell'8 maggio 2006, n. 334** - “Finanziamento SSR anno 2006 e riparto Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sanitario Regionale per l'anno 2006, piani di attività aziendale e bilancio economico preventivo 2006” - con la quale, oltre a fornire gli indirizzi per la gestione corrente, si è inteso, da un lato, 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;
3. Il forte impulso dato 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;
 4. 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;
 5. 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.
 6. 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;
 7. 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;
 8. 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 h 24, alla creazione delle unità di valutazione territoriali, tutte iniziative funzionali al riordino dei distretti;
 9. 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;
 10. 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;
 11. 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;
 12. 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;
 13. l’effettuazione di un accurato esame dei profili di salute della popolazione calabrese, presentato nella “**Relazione sanitaria regionale**” approvata con la **deliberazione della**

Giunta del 30 gennaio 2007, n. 54, che costituisce una novità ed al tempo stesso la base epidemiologica per le scelte di programmazione.

1.2 Le criticità esistenti

Tutte le azioni già descritte partono dalla consapevolezza dell'esistenza di criticità evidenti nel Servizio Sanitario Regionale le quali, oltre ad essere desumibili dai dati e gli indici valutativi disponibili presentati nella relazione sanitaria sono direttamente percepite in quanto tali dai cittadini, ed in parte già messe in evidenza dal Piano regionale per la salute 2004-2006.

Criticità di carattere strategico sono immediatamente individuabili:

- A. 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;
- B. nella insufficiente disponibilità di tecnologie avanzate e nella obsolescenza di quelle esistenti;
- C. nella distribuzione del personale tra le aziende, in alcuni casi fortemente disallineata rispetto a razionali parametri di dimensionamento degli organici, che condiziona l'equilibrio economico e la stessa possibilità di assicurare in maniera equa i livelli di assistenza.

Vi è da parte dei cittadini e delle istituzioni locali e regionali la consapevolezza delle ricadute negative sullo sviluppo economico e sociale e 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:

1. l'accesso ai servizi non organizzato in tutte le Aziende secondo criteri oggettivi e razionali, tramite efficienti Centri Unificati di Prenotazione (CUP);
2. 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;
3. 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;
4. 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;

5. 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 un valore ottimale nazionale di 180; alto consumo delle prestazioni specialistiche, in specie di diagnostica strumentale e di laboratorio;
6. una elevata emigrazione per prestazioni sanitarie, tanto più grave per il fatto che la maggior parte del fenomeno attiene a prestazioni di media e bassa assistenza.

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

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

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

1.3 Il piano sanitario regionale 2007-2009

Il documento di Piano Sanitario Regionale 2007-2009 (D.G.R. del 28 giugno 2007 n. 382, completa il disegno programmatico previsto per la costruzione di un "sistema normale", allegato al presente Accordo ed il cui *layout* viene riportato nello schema riportato alla pagina seguente.

1.4 Il contesto normativo di riferimento

Il quadro normativo fondamentale, alla luce del quale vengono operate le scelte dell'accordo stralcio, oltre a dovere tenere presente gli atti prodotti dalla programmazione regionale finora indicati, è il seguente:

- A. Legge 67/1988;
- B. Delibere CIPE n. 52, 53 del 6 maggio 1998;
- C. Legge 450/1997;
- D. D.C.R. n. 327/1999: " Programma Straordinario di Investimenti ex art. 20 della legge 67/1988 e successive modifiche. Avvio della seconda fase.
- E. D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni : "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- F. Delibera CIPE del 2 agosto 2002

- G. Legge Regionale n. 29/2002: “Approvazione disposizioni normative collegate alla legge finanziaria regionale relative al Settore sanità”.
- H. D.G.R. n. 157 del 23/03/04 Indirizzi per la predisposizione del Piano Attuativo aziendale e del bilancio economico preventivo;
- I. D.G.R. n. 852 del 15/11/2004: “Programma straordinario di investimenti – art. 20 L. 67/88 – Accordo di programma stralcio. Approvazione definitiva”.
- J. Atto di intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005;
- K. Legge Regionale 21/8/2006, n. 7 “Provvedimento Generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario.
- L. D.G.R. n. 669 del 05/10/2006 “Attuazione art. 20 Legge N. 67/88 – Seconda fase. Riordino della rete ospedaliera e territoriale delle aziende sanitarie e ospedaliere;
- M. D.G.R. n. 94 del 13/02/2007: “Approvazione delle Linee di indirizzo per il riordino della organizzazione e delle attività sanitarie”
- N. D.G.R. n. 97 del 13/02/2007 “D.G.R. n. 669 del 5 ottobre 2006-Attuazione art. 20 legge n. 67/88- Presa d’atto mancata espressione parere Commissione consiliare”;
- O. Legge regionale 11 maggio 2007, n. 9;
- P. D.G.R. n. 599 del 28/09/07 “Art. 71 Legge 448/98 – Programma di riqualificazione dell’assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. Riallineamento degli interventi per le città di Reggio Calabria e Catanzaro;
- Q. D.G.R. n. 694 del 09/11/07 “Proposta di piano sanitario regionale 2007-2009 – Approvazione.

DOCUMENTO DI PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009
LAYOUT

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il quadro di riferimento istituzionale
Il bisogno di salute: situazione demografica e stato di salute della popolazione
La situazione del sistema sanitario della Calabria
Lo sviluppo tecnologico e l'innovazione

LE LINEE STRATEGICHE DELLA NUOVA SANITA'

Costruire un sistema normale
Attivare la pianificazione attuativa locale, generale e specifica
Il governo clinico nel dimensionamento delle funzioni ospedaliere
Le azioni del piano sanitario regionale
Le scelte prioritarie
La sostenibilità del sistema di servizi
Lo sviluppo della qualità dei servizi attraverso l'appropriatezza organizzativa
Il riordino della rete ospedaliera
Eccellenza, alta specialità, ricerca
Il procedimento di programmazione e gli investimenti
Le reti per specialità
Riordino e potenziamento dei servizi territoriali
La promozione e l'educazione alla salute
La nuova rete regionale dei servizi di prevenzione collettiva

GLI ATTORI E LE RELAZIONI DI SISTEMA

Il ruolo delle autonomie locali e la conferenza di programmazione
Il rapporto con il sistema universitario regionale
Il rapporto con il CNR
Il rapporto con l'INAIL
Il rapporto con l'INRCA
Sviluppo della ricerca ed integrazione delle istituzioni preposte
Il rapporto con le organizzazioni sindacali dei lavoratori
Il rapporto con le professioni ed il consiglio sanitario regionale
L'accesso ai servizi e la partecipazione dei cittadini
Il ruolo dell'imprenditoria privata nel sistema sanitario regionale: integrazione e concertazione nella programmazione e gestione e i servizi e delle prestazioni

LE AZIONI PROGRAMMATE

Rete oncologica regionale
Rete cardiologica regionale
Malattie rare
Donazione e trapianti
Piano sangue e plasma regionale
Odontoiatria sociale

1.5 Le scelte fondamentali del piano sanitario regionale 2007-2009

1.5.1 Il nuovo assetto istituzionale delle aziende

Le indicazioni del Piano Sanitario Regionale 2007-2009 disegnano una riforma del SSR sostanziale e notevole.

Esse si inseriscono nel quadro del ridisegno dell'articolazione organizzativa del SSR già definita con l'art. 7 della legge regionale 11 maggio 2007, n. 9, che ha istituito le **Aziende sanitarie provinciali (ASP) di Catanzaro, Cosenza, Crotona, Reggio Calabria e Vibo Valentia**, con territorio corrispondente alle attuali circoscrizioni provinciali (figura 2.1).

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

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

- A. Nell'azienda sanitaria provinciale di Cosenza:
- a. **ambito territoriale Paola-Cosenza**, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Paola e Cosenza, ed il Comune di San Giovanni in Fiore già facente parte dell'Azienda sanitaria di Crotona
 - b. **ambito territoriale Castrovillari-Rossano**, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Castrovillari e Rossano;
- B. Nell'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro:
- a. **ambito territoriale di Catanzaro**, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Catanzaro ed il Comune di Marcedusa già facente parte dell'Azienda sanitaria di Crotona;
 - b. **ambito territoriale di Lamezia Terme**, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Lamezia Terme;
- C. Nell'azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria:
- a. **ambito territoriale di Reggio Calabria**, che comprende il territorio della ex Azienda sanitaria di Reggio Calabria;
 - b. **ambito territoriale di Locri-Palmi**, che comprende il territorio delle ex Aziende sanitarie di Palmi e Locri.

In ciascuna delle Aziende sanitarie provinciali di Vibo Valentia e Crotona ricade un solo ambito territoriale, coincidente con la rispettiva circoscrizione provinciale. All'ambito territoriale è assegnato un proprio budget, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria.

Il riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del Servizio sanitario regionale coinvolge necessariamente anche le Aziende ospedaliere; in particolare, nell'area di Catanzaro è indispensabile una razionalizzazione dell'offerta secondo criteri di appropriatezza organizzativa

che evitino le attuali duplicazioni di attività, fonti di conseguenze negative sui costi e sull'efficacia del servizio.

Di conseguenza, sono confermate le **Aziende ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria**; nell'area di Catanzaro viene istituita un'**Azienda ospedaliero-universitaria** nella quale sono svolte in maniera integrata anche le attività assistenziali, didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, con accorpamento delle attuali Aziende ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e "Mater Domini". Il protocollo d'intesa tra Regione ed Università provvederà a definire le strutture nelle quali saranno erogate le attività assistenziali, didattiche e di ricerca della nuova Azienda ospedaliero-universitaria e ad assegnare i relativi posti letto.

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

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

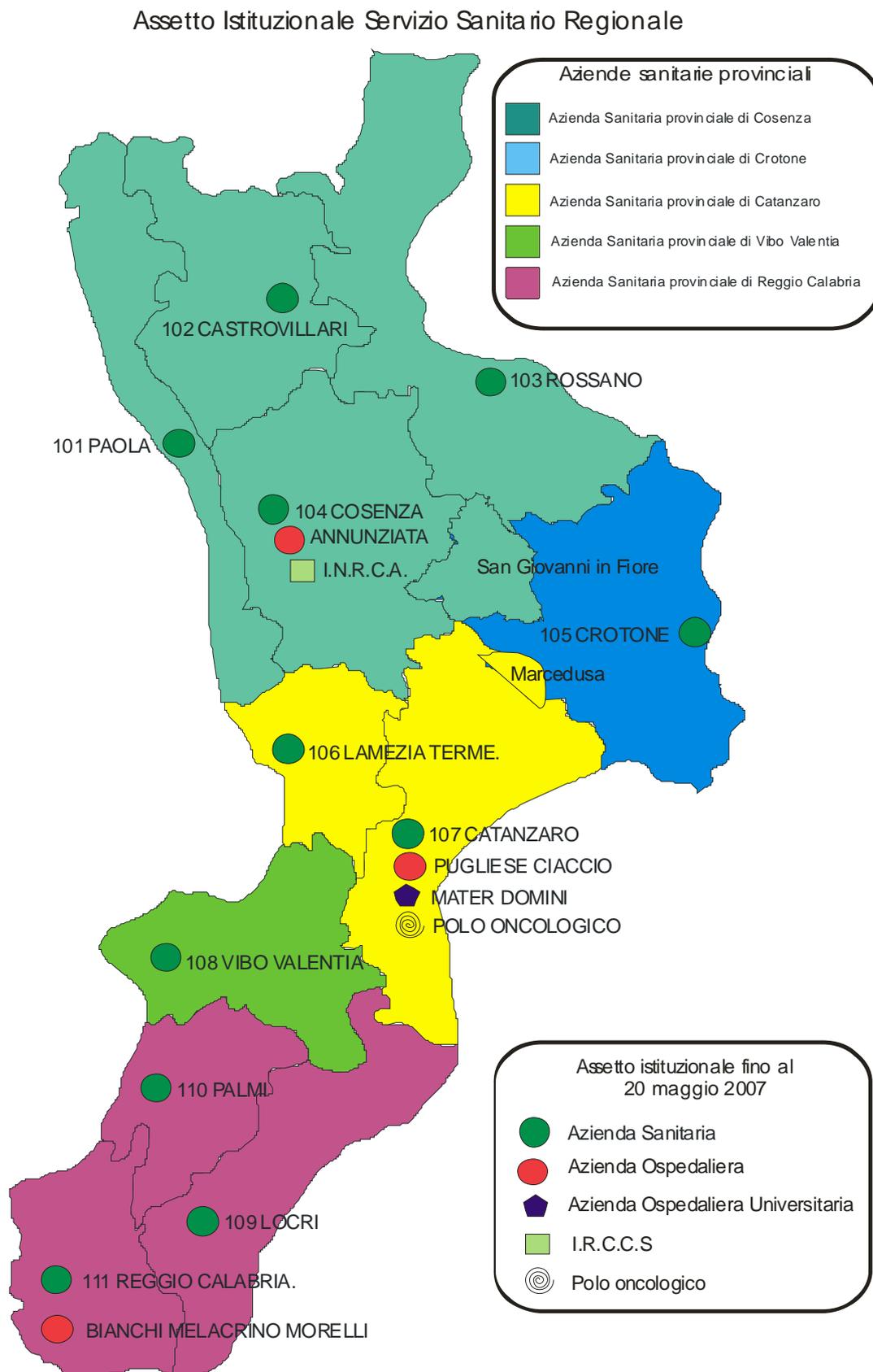
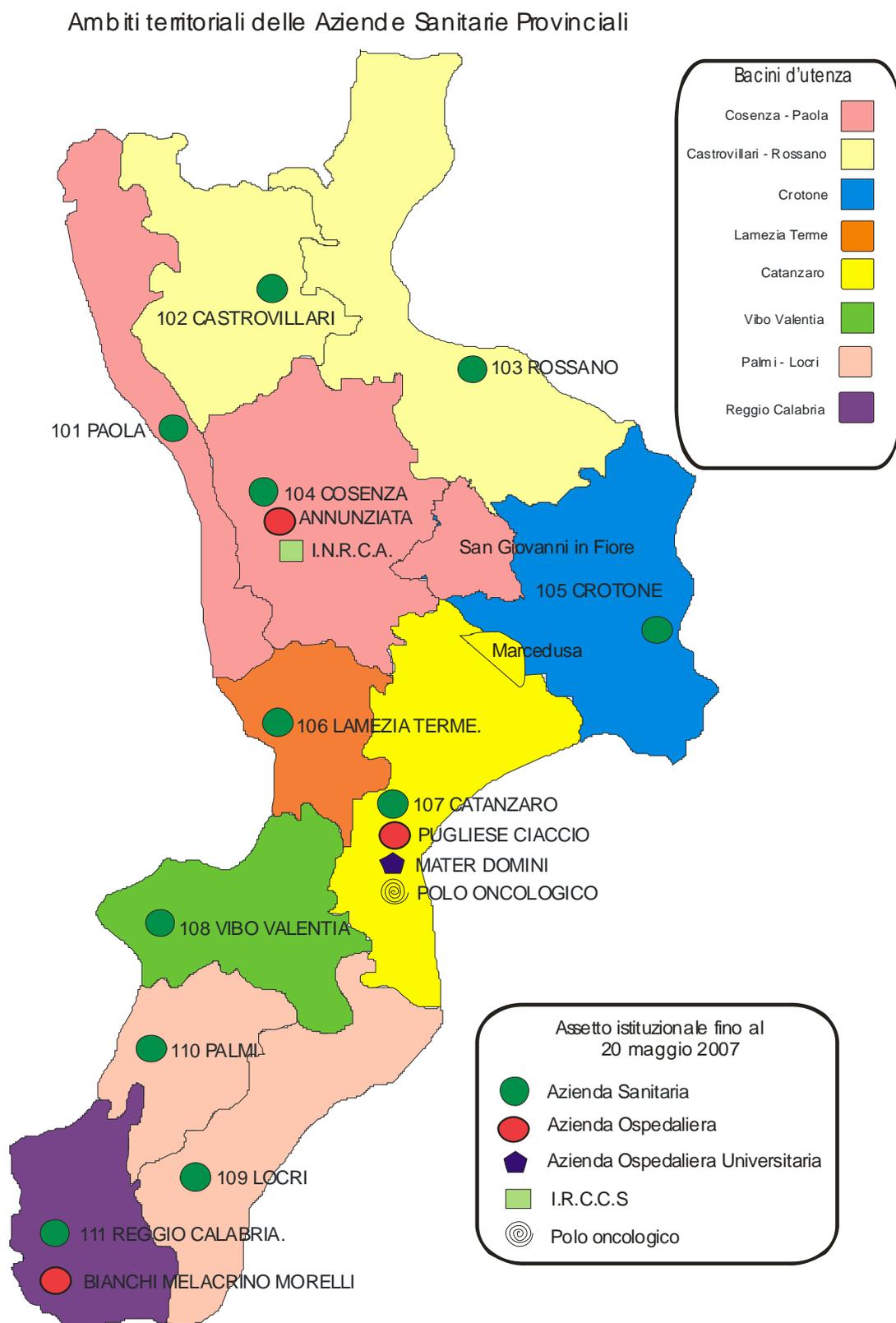


Figura 2.2 – Ambiti territoriali



1.5.2 Riordino e potenziamento dei servizi territoriali

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

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

1.5.3 Il percorso assistenziale

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

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

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

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

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

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

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

1.5.4 La costruzione dei nuovi distretti

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

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

Il conseguimento di tale obiettivo strategico da un lato consentirà di favorire un reale associazionismo medico e dall'altro dovrà determinare una efficiente rete di **Centri Unici di prenotazione (CUP)**. Anche in previsione della possibilità di una nuova articolazione organizzativa delle Aziende, gli attuali ambiti di riferimento territoriali dei CUP dovranno essere ridisegnati, con l'individuazione di collegamenti tra gli stessi e l'eventuale svolgimento di attività di livello provinciale e regionale.

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

I campi di applicazione prioritari sono i seguenti:



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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.6 La rete dei servizi di assistenza primaria

1.5.6.1 L'Utap

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

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

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

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

1.5.6.2 La "Casa della salute"

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

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

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

- **costruita e realizzata sul principio della centralità dei cittadini.** I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, la presa in carico, l'orientamento di pazienti e familiari all'interno del sistema rappresentano binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività;
- **visibile sul territorio** come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, e concorre a creare le condizioni perché diventi un punto di riferimento per i cittadini.
- **semplicemente accessibile e amica dei cittadini** attraverso la concentrazione e integrazione dei servizi (sanitari e sociali) e i percorsi per l'accesso ad essi, privilegiando la semplificazione burocratica, in particolare per il riconoscimento della invalidità, della indennità



di accompagnamento, di rimborsi, e per la segnalazione di disagi, disservizi, danni, oltre che per la presentazione di reclami e richieste di risarcimento;

- **fisicamente accessibile** (senza barriere architettoniche) e organizzata in maniera da garantire la massima disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalla informazione e dalla prenotazione di prestazioni.
- **autorevole e affidabile** per cominciare a costruire effettivamente il secondo pilastro della sanità pubblica, a partire dalla necessità di disporre sul territorio di una struttura la cui immagine, agli occhi del cittadino, sia in grado di reggere il confronto con l'ospedale e diventare progressivamente un riferimento credibile.

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

A tal fine la Casa della Salute:

- deve essere un insieme di **attività organizzate in aree specifiche** ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, concentrando in tal modo in un'unica struttura la gran parte dell'offerta di servizi extra-ospedalieri del territorio di riferimento;
- deve essere **una sede fisica** e insieme **un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere**, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati;
- deve **assicurare il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie** nell'area di riferimento.

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

In particolare la Casa della Salute deve:

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

- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori.

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

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

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

AREA DEI SERVIZI SANITARI

SERVIZIO DELLE PRESTAZIONI URGENTI, DEI PRELIEVI E DELLE DONAZIONI

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

AMBULATORIO DI PRIME CURE E PER LE PICCOLE URGENZE

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

AMBULATORIO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

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

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



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

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

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

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

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

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

OSPEDALE DI COMUNITÀ (DEGENZE TERRITORIALI)

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

ATTIVITÀ SPECIALISTICHE

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza di ambulatori specialistici, con aree e orari adeguati. Gli ambulatori specialistici possono essere molteplici e avere differenti frequenze settimanali, sulla base delle esigenze del bacino di utenza servito, e possono utilizzare sia gli specialisti convenzionati sia quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera.

TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE SEMPLICI, (RADIOGRAFIE, ECOGRAFIE, MAMMOGRAFIE, SPIROMETRIE, PROVE DA SFORZO, ECODOPPLER)

La Casa della Salute deve essere attrezzata con tecnologie diagnostiche semplici, utilizzate direttamente dai medici di famiglia e dagli specialisti, o da tecnici di radiologia e da radiologi che

fanno riferimento alla struttura con orari programmati. Inoltre deve essere prevista e organizzata un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone difficilmente trasportabili.

AREA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

SERT

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il SERT con la disponibilità di spazi autonomi ma coordinati con i servizi di cure primarie, i servizi sociali e le attività di auto-aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope.

SERVIZIO DI SALUTE MENTALE.

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il Servizio di Salute Mentale in coordinamento con le altre strutture di assistenza diurna per disabili e malati di mente.

CENTRI DIURNI

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il Centro Diurno che svolge attività di supporto assistenziale per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia. Presso il Centro Diurno possono essere organizzate anche attività di assistenza domiciliare integrata (ADI). Il Centro Diurno rappresenta un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria ed ha una dotazione variabile di posti, in rapporto al bacino di utenza servito.

SERVIZIO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

La Casa della Salute deve prevedere la possibilità di programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative, tanto per chi sia eventualmente ricoverato (per esempio in una Residenza Sanitaria Assistenziale o in un Hospice) che per le utenze esterne (a domicilio, presso case di riposo).

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Nella Casa della Salute deve essere prevista la presenza di una Residenza Sanitaria Assistenziale dotata normalmente di un modulo di 20 posti letto. Per le RSA ubicate in una sede propria deve essere garantito un rapporto stretto con il complesso dei servizi sanitari e sociali collocati all'interno della Casa della Salute o sul territorio di riferimento.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

La Casa della Salute deve garantire il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attraverso una propria sede e specifici mezzi di trasporto. Le attività sono in gran parte proiettate al domicilio, salvo le fasi di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi che sono svolte nella Casa della Salute. L'ADI è costituita da un'équipe composta dal medico di famiglia competente per il caso, da infermieri, da assistenti sociali, da operatori sociosanitari, da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.

PREVENZIONE

Il Servizio Prevenzione deve assumere il ruolo strategico nella Casa della Salute. Attraverso il Servizio Prevenzione di devono costruire rapporti di collaborazione tra servizi sociosanitari e cittadini, si devono:

- ❖ sviluppare programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia;
- ❖ predisporre e realizzare gli screening per la prevenzione delle principali patologie;
- ❖ impostare i programmi di educazione alla salute, anche attraverso l'intervento della scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con le organizzazioni di utenti e cittadini, con le Associazioni del volontariato.

Presso il Servizio devono trovare collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di prevenzione per attività di sanità pubblica, che devono coinvolgere, tra l'altro, i medici di medicina generale per valorizzarne la mole ingente di informazioni epidemiologiche e utilizzare al meglio il loro rapporto quotidiano con i cittadini.

CONSULTORIO FAMILIARE E AMBULATORIO ANDROLOGICO

La Casa della Salute deve avere al proprio interno il Consultorio Familiare e l'Ambulatorio Andrologico. Essi rappresentano la sede di promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per la prevenzione dell'infertilità, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia (aborti bianchi, lotta ai tumori femminili, lotta alle malformazioni).

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La Casa della Salute deve avere al proprio interno l'Unità di Valutazione Multidimensionale che deve essere direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse, con particolare riferimento a quelle cronico-degenerative.

AREA DEI SERVIZI SOCIALI

UFFICI PER IL SERVIZIO SOCIALE

La Casa della Salute deve avere al proprio interno una specifica area per i Servizi Sociali e destinata alle attività di Segretariato Sociale (informazioni, colloqui, accoglienza) da attivare anche con l'apporto delle Associazioni del Volontariato. La dimensione di questo spazio deve variare in ragione della consistenza delle attività sociali che possono essere attivate nella Casa della Salute o attraverso la Casa della Salute.

AREA DEI SERVIZI DI SUPPORTO

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE

La Casa della Salute deve realizzare attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e la comunicazione



con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e liberare gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che ne limitano e complicano l'esercizio della professione.

TECNOLOGIE INFORMATICHE

La Casa della Salute deve disporre di tecnologie e servizi informatici per il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza e il telemonitoraggio che possono essere utilizzate dalla medicina delle cure primarie per collaborazioni a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione.

La Regione Calabria, in coerenza con il Piano Sanitario Regionale, definirà il numero e la localizzazione delle Case della Salute da progettare e realizzare per l'avvio della sperimentazione all'interno della Rete.

Con l'impiego dei fondi comunitari si dovrà provvedere alla:

- **progettazione di modelli tipo di Casa della Salute.** Il modello tipo dovrà definire la struttura logistica, gli impianti e le attrezzature necessarie, il modello organizzativo e gestionale generale, i modelli di erogazione/fruizione dei singoli servizi, le risorse professionali necessarie, il piano finanziario degli investimenti, i costi annui di gestione, l'analisi costi/benefici dell'investimento, la sostenibilità della gestione.
- **realizzazione delle Case della Salute sperimentali** nei territori dei comuni di Paola, Cariati, Lamezia Terme, Chiaravalle Centrale, Pizzo Calabro, Taurianova e Siderno.
- **monitoraggio e valutazione della sperimentazione** della Rete Regionale delle Case della Salute e adeguamento dei modelli tipo di Casa della Salute.

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

1.5.6.3 La presa in carico dei cittadini e la continuità delle cure

Obiettivo prioritario del piano è inoltre quello di ricondurre la medicina territoriale al proprio ruolo originario, attraverso l'intercettazione del fabbisogno sanitario, oggi spesso impropriamente attribuito al livello ospedaliero; ciò può essere raggiunto grazie a:

- un miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale;
- l'integrazione operativa e/o funzionale delle varie risorse professionali;
- la semplificazione per l'utente dei percorsi di accesso alle prestazioni;
- l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- l'educazione sanitaria e la promozione della salute.

Il dovere "prendersi cura" dei pazienti comporta la necessità di farsi carico oltre che dei problemi clinici dei pazienti, anche della loro "fragilità" e soprattutto dei "percorsi assistenziali" che essi devono affrontare. Ciò impone la necessità di definire un modello di "presa in carico" che aiuti a fare sintesi, ma anche a tenere i fili di un percorso assistenziale assai spesso frammentato o difficile.

Costituisce pertanto un avanzamento culturale dei modelli di *nursing* che per potersi esprimere nel quotidiano ha bisogno di un supporto organizzativo, che inizia con l'accoglienza e accompagna il cittadino nel suo peregrinare nella malattia, fino ai suoi esiti.

Per far questo è necessario provvedere alla:

- definizione di **percorsi assistenziali** concordati che lasciano spazio alla personalizzazione;
- formazione **ad hoc** per competenze di *assessment*, gestione dei problemi specifici, educative, di coordinamento del percorso assistenziale;
- individuazione di **responsabilità precisa** e non generica all'interno dei gruppi di cura.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti la Giunta Regionale, in stretta collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e con in contributo delle Società scientifiche, definirà progetti di sperimentazione in ambito distrettuale, rivolti alla individuazione di un **modello operativo di presa in carico del paziente**.

1.5.6.4 L'assistenza domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronic-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da **interventi esclusivamente di tipo sociale** (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad **interventi socio-sanitari** (attività riabilitative, assistenza infermieristica, interventi del podologo, ecc.). Il suo obiettivo è quello di erogare un servizio di buona qualità, lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

L'assistenza domiciliare fornisce svariate **prestazioni a contenuto sanitario**, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Provinciale, dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario.

1.5.7 L'alta integrazione

Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, con particolare riguardo ai disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali. In tali servizi, è quindi fondamentale che si guardi sistematicamente al rapporto tra la persona e i propri contesti di vita, agendo sui fattori che ne favoriscono lo sviluppo.

Chi ricorre ai servizi dell'area socio sanitaria si trova solitamente in uno stato di bisogno e di non autosufficienza che non gli consente di provvedere a se stesso e che pertanto lo pone nelle condizioni di necessitare di un aiuto esterno. Per queste ragioni, la persona fragile e la sua famiglia devono costituire l'esclusivo riferimento per determinare regole e procedure.



La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione rappresenta, infatti, non solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma soprattutto un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di *setting* operativi e organizzativi utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo.

La presa in carico, inoltre, non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni, con particolare riguardo alle realtà solidaristiche.

Il ruolo assegnato all'integrazione socio-sanitaria per la costruzione dei servizi del nuovo sistema del welfare è evidente. Il nuovo Piano Socio-Sanitario regionale intende affermarsi quale strumento atto ad individuare un nuovo assetto dell'organizzazione dei servizi nel territorio. Ancora una volta, in particolare, l'attenzione si sposta sui MMG, sui pediatri di libera scelta e sugli operatori sanitari di comunità che sono chiamati a svolgere un nuovo, fondamentale, ruolo. Il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base consiglia infatti di recuperare a pieno questa risorsa, riportandola al centro della risposta sanitaria. Tale cambiamento deve avvenire in raccordo con le altre presenze nel territorio, uniformandosi all'interno di un governo unitario dei servizi sociosanitari nel territorio, che si esprimerà anche attraverso la partecipazione alle scelte di programmazione al fine di garantire la conformità agli obiettivi di salute programmatici.

I cambiamenti di contesto inducono a ridisegnare il modello sociosanitario recuperando e valorizzando il sistema delle relazioni e le diverse forme di appartenenza solidali di cui la società calabrese è ricca; il passaggio dal welfare dei diritti a quello delle responsabilità centrato sulle esigenze della famiglia è un tema prioritario nella nuova programmazione.

Il punto centrale del sistema calabrese, al di là della sostenibilità finanziaria, è quello delle appartenenze; infatti senza il sistema delle relazioni familiari, esso non sussisterebbe.

La famiglia sostiene il maggior carico del welfare, ma è l'ultima dei beneficiari del sistema pubblico sia in termini di trasferimenti monetari che di erogazione di servizi soprattutto se numerosa.

La massima espressione dei benefici dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali e delle criticità derivanti da una mancata integrazione delle politiche emerge, con grande rilievo, negli ambiti dell'alta integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla tutela della salute mentale, al sostegno alle disabilità ed al superamento del disagio esistenziale utilizzando, altresì, gli strumenti individuati dall' art.17 della legge regionale 11 maggio 2007 n.9.

1.5.8 La salute mentale

La salute mentale è assunta come priorità su cui intervenire e per la quale ci si propone di avviare un percorso di graduale superamento delle numerose carenze dell'attuale sistema regionale per l'assistenza delle persone con disturbo mentale e di progressiva riorganizzazione della rete dei servizi, da realizzare in maniera uniforme su tutto il territorio, sulla base dei valori, dei principi e delle pratiche definiti dalla "Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa" e dal "Piano di azione della conferenza dell'OMS di *Helsinki* del gennaio 2005".

Obiettivi prioritari saranno quelli di seguito indicati:

- la piena operatività dei Dipartimenti di salute mentale, secondo quanto definito dalle linee guida elaborate dalla Giunta regionale (D.G.R. del 19 febbraio 2007 n.105 e 106) ;

- l'attivazione della rete dei servizi secondo quanto definito dalle stesse linee guida, con particolare riferimento ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), alle strutture alternative (centri diurni, case famiglia), ai Centri di salute mentale ed all'assistenza domiciliare;
- la riduzione della disomogeneità di risposta alla domanda di salute mentale nel territorio regionale;
- il raggiungimento dei parametri di operatori/popolazione, prossimi a quelli individuati dal Progetto obiettivo nazionale;
- l'attivazione di convenzioni tra i DSM e l'amministrazione penitenziaria per l'assistenza e la cura dei detenuti con disturbo e disagio mentale ed il contrasto al ricorso agli OPG;
- il coordinamento con i servizi di area ad alta integrazione del distretto riguardo agli interventi di prevenzione e cura dei disturbi e delle patologie di "confine";
- la riduzione delle pratiche restrittive nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;
- la realizzazione in ogni DSM di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni di familiari e delle persone con disturbo mentale;
- il sostegno dei familiari sul piano dell'informazione e della riduzione del carico, il sostegno delle persone con disturbo mentale nei percorsi di aggregazione, del protagonismo e della cittadinanza sociale;
- l'utilizzazione delle strutture costruite con risorse ex art. 20 e non ancora attivate;
- il recupero della migrazione dei pazienti fuori Regione e fuori degli ambiti territoriali di competenza;
- la soluzione della questione dell'Istituto "Papa Giovanni XXIII" di Serra D'Aiello;
- la riforma delle Case di cura neuropsichiatriche private;
- la riorganizzazione delle Case di Cura Neuropsichiatriche private;
- l'accompagnamento nella riorganizzazione delle strutture residenziali;
- lo sviluppo di un sistema informativo efficiente;
- la formazione continua di tutti gli operatori dei DSM.

1.5.9 Le dipendenze

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope lecite e illecite ha assunto, negli ultimi anni, proporzioni sempre più vaste, interessando ampi strati di popolazione, in particolare quella giovanile, in considerazione della forte diffusione sul mercato illecito di vecchie e nuove sostanze (eroina, cocaina, sostanze sintetiche) e sull'aumentato consumo fra i giovani di alcol e la facile reperibilità di benzodiazepine, sia nella case che nel mercato illecito

I dati evidenziano, oltre al notevole abbassamento dell'età di assunzione, modalità di consumo "nuove" rispetto a quelle tradizionali, facendo emergere il fenomeno della "poliassunzione", cioè l'uso contemporaneo di più sostanze associato in moltissimi casi ad alcol e farmaci, nonché la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, quali il gioco d'azzardo e la dipendenza da internet.

Queste diverse modalità e abitudini di consumo determinano un forte impatto sociale e sanitario con la conseguente necessità di individuare e definire politiche socio-sanitarie in grado di comprendere l'ampiezza e la complessità del fenomeno ed affrontare le problematiche ad esso collegate in modo rapido ed efficace in termini di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone

con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da “dipendenza senza droghe”.

Ne deriva pertanto la necessità di aggiornare costantemente le azioni per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti. Il potenziamento degli interventi di prevenzione e lo sviluppo di azioni su tutte le forme di dipendenza, nonché il rafforzamento del modello di “rete” dei servizi, anche per assicurare la sinergia tra servizio pubblico e privato sociale.

La Regione Calabria, trasferendo le risorse e la progettualità del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga per il triennio 2002-2003-2004 e per il successivo biennio 2005-2006 alle Aziende Sanitarie ha compreso l’espandersi e l’evoluzione del fenomeno implementando così un sistema a rete dei Servizi Pubblici, degli Enti Locali, del Privato Accreditato e del Volontariato capace di intervenire in modo più appropriato e di fornire risposte articolate e flessibili alle vecchie e nuove richieste di aiuto delle persone con problemi di dipendenza e delle loro famiglie.

1.5.9.1 Le linee programmatiche per la funzionalità dei servizi

Le **linee programmatiche e strategiche di sviluppo** per il prossimo triennio per rafforzare e consolidare le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione sono pertanto:

- la **riqualificazione e la diversificazione dell’intervento dei Servizi per le Dipendenze** (Ser.T.) in relazione all’evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine anche una modalità di lavoro per progetti secondo criteri d’adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell’impiego delle risorse, individuando nelle “Unità di Strada” lo strumento attraverso cui instaurare un positivo rapporto con i giovani e attrarre coloro che necessitano di interventi socio-sanitari presso i Ser.T.;
- l’**integrazione degli interventi sociali e sanitari** ed il raccordo tra gli atti di programmazione dei comuni e delle Aziende sanitarie, anche attraverso l’utilizzo delle risorse derivanti dal Fondo nazionale per le politiche sociali. Le azioni progettuali nelle dipendenze, da svilupparsi da parte delle Aziende Sanitarie, in collaborazione con gli enti locali ed il privato sociale, dovranno essere definite con lo strumento dei Piani attuativi locali nel quadro dell’integrazione e qualificazione dei servizi territoriali;
- il rafforzamento del rapporto di collaborazione tra i servizi pubblici ed il privato accreditato, in un **sistema di rete dei servizi**, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze;
- lo sviluppo di interventi di sensibilizzazione e di **promozione della salute**, diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali ed illegali, ed a ridurre i rischi correlati, anche mediante servizi di consulenza e di orientamento, in particolare in ambito sportivo;
- azioni di promozione della salute mirate per l’**età adolescenziale**, in sinergia con le varie istituzioni che quotidianamente operano per i giovani, con particolare riferimento al mondo della scuola;
- la definizione di **protocolli con i Commissariati di Governo e le Forze dell’Ordine**;
- la diffusione delle iniziative già avviate da parte dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato per la prevenzione ed il contrasto del consumo di droghe legali ed illegali all’interno delle discoteche e dei luoghi del divertimento giovanile, delle scuole guida e delle palestre anche attraverso l’uso dei “**peer-educators**” mediante **protocolli d’intesa** con le associazioni che gestiscono tali servizi;
- **ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali** all’interno dei rapporti convenzionali tra Aziende sanitarie provinciali e privati, con riferimento alle indicazioni dell’Atto di Intesa



Stato-Regioni del 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, in un rapporto di integrazione con le potenzialità offerte dal privato sociale accreditato;

- sviluppo delle azioni sociali di sostegno ai **programmi di riabilitazione** dei soggetti con dipendenze patologiche e degli interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;
- completa realizzazione della rete regionale informativa dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale Accreditato per porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica, al fine di orientare le scelte della programmazione regionale e territoriale attraverso la costituzione **dell'Osservatorio Regionale delle Dipendenze** in coerenza con la deliberazione di Giunta Regionale del 31 luglio 2006 n. 553;
- garantire, nell'ambito dell'osservatorio di cui sopra, l'attività del Centro Regionale di Documentazione sulle dipendenze quale utile strumento di informazione;
- consolidamento nelle Aziende Sanitarie dei servizi per le dipendenze attraverso il **Dipartimento delle Dipendenze**, istituito in ogni azienda sanitaria provinciale in risposta alla complessità del fenomeno dipendenze. Il Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze svolge le funzioni di struttura territoriale, come rete di intervento preventiva, terapeutica e riabilitativa, dove, diversi soggetti pubblici e privati accreditati, con effettiva pari dignità e nel rispetto dei specifici ruoli e competenze, realizzino un programma di interventi coerenti e coordinati attraverso il riconoscimento e la valorizzazione del partenariato locale in una prospettiva di continuità assistenziale. Il Dipartimento delle Dipendenze ha funzioni di coordinamento tecnico a livello aziendale, come strumento propositivo e di raccordo delle esperienze territoriali a supporto delle scelte strategiche dell'azienda per l'azione di contrasto alle dipendenze assicurato dai servizi pubblici e del privato sociale accreditato in ogni distretto. Presso il Dipartimento di tutela della salute viene istituito un del **comitato interdipartimentale regionale** in cui siano rappresentate le organizzazioni pubbliche e del privato sociale accreditato per realizzare una strategia di intervento condivisa e uniforme e come spunto per la programmazione regionale e guida per i piani strategici AS e per i piani di zona.

1.5.10 La riabilitazione e la disabilità

L'importanza di programmare un'offerta riabilitativa adeguata sul piano quantitativo e qualitativo si è imposta negli ultimi anni anche con riferimento all'aumento della vita media e, conseguentemente, all'incremento della disabilità. La tematica è altresì di grande rilievo per ciò che concerne l'età evolutiva, le esigenze di intervento post-traumatico e quelle emergenti a valle di ampie tipologie di interventi chirurgici.

Le attività riabilitative hanno valore decisivo sia per scongiurare maggiori conseguenze negative delle condizioni di disabilità, che per garantire una efficace continuità terapeutica che porti a buon esito gli altri interventi sanitari, garantendo così il più rapido reinserimento sociale e lavorativo.

Il riordino generale del servizio sanitario regionale deve trovare un elemento di avanzata strutturazione proprio nel ridisegno dell'offerta riabilitativa. La trasformazione di più di 900 posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione costituisce una occasione straordinaria che il piano sanitario deve realizzare per assicurare adeguata risposta alle esigenze dei cittadini,

ma anche per favorire processi di razionalizzazione ed ottimizzazione delle funzioni degli ospedali, pubblici e privati; siffatti interventi, peraltro, sono imposti dagli accordi Stato-regioni e dalle conseguenze del riordino della rete ospedaliera, sopra indicato.

L'offerta riabilitativa nella nostra Regione presenta caratteristiche assai disomogenee nei diversi ambiti territoriali ed è in generale di molto inferiore al fabbisogno. In molte aree non esistono attività di riabilitazione estensiva; in altre, invece, si registra la presenza di centri altamente qualificati, che svolgono oggettivamente funzioni di livello regionale.

In tale contesto, gli obiettivi da perseguire sono:

- **allocazione dell'offerta** di riabilitazione intensiva ed estensiva sull'intero territorio regionale;
- valorizzazione dei centri di alta specialità esistenti;
- realizzazione di **iniziative pubbliche** per la creazione di centri di riabilitazione intensiva ed estensiva. In questo contesto si collocano il progetto di trasformazione dell'**Istituto Papa Giovanni XXIII** di **Serra d'Aiello** e quello relativo alla creazione del **centro per la sclerosi multipla** di Bova Marina in collaborazione con l'AIMS;
- **qualificazione della riabilitazione estensiva** ed ampliamento dell'offerta nelle strutture pubbliche;
- sviluppo della **riabilitazione domiciliare** attraverso i servizi distrettuali.

L'articolazione dell'offerta riabilitativa si organizza sulla base degli standard di riferimento dell'intervento riabilitativo di seguito riportati:

- **0,2 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti**, per l'intervento riabilitativo in fase ospedaliera post acuta (**codici 56, 28 e 75**) come in precedenza indicato;
- quota parte dello **0,6 posti letto ogni mille abitanti** che accoglie la componente ospedaliera in fase di lungodegenza, quale lungodegenza riabilitativa **codice 60**;
- la componente extraospedaliera si realizza in forma residenziale e diurna all'interno dello standard di **0,2 posti residenziali ex articolo 26** della L. 833 del 1978 **ogni mille abitanti**, pari a 400 posti residenziali, una quota dei quali, entro il tetto del 20%, individuato su indirizzo della Giunta regionale in forma diurna con adeguato servizio di trasporto a domicilio trattandosi di disabilità permanente. Altrettanti posti residenziali ogni mille abitanti sono organizzabili in strutture Residenziali Sanitarie per Disabili (RSD) con una durata massima dell'intervento residenziale pari ad un anno di permanenza e una percentuale di attività in forma diurna, entro il tetto del 40%, individuata su indirizzo della Giunta regionale;
- in aggiunta alle attività residenziali, l'Azienda sanitaria eroga direttamente attraverso i propri servizi, interventi anche in **forma ambulatoriale e domiciliare**, sulla base di uno standard di **0,2 trattamenti annui**, ambulatoriali e domiciliari, **ogni mille abitanti**.

1.5.11 Gli anziani e la condizione di non autosufficienza

La problematica degli anziani si presenta nella nostra Regione con caratteristiche che solo in parte si differenziano da quelle nazionali.

Anzitutto si registra un continuo incremento dell'indice di invecchiamento che ha determinato il passaggio da un'incidenza percentuale di popolazione ultra-sessanta- cinquenne del 13,5 % registrata nel 1992, al valore del 17,9 % del 2005. Certamente la Calabria non è ancora fra le regioni più anziane, ma ha praticamente raggiunto ormai il valore medio nazionale.

La rapidità del fenomeno è dovuta, oltre che alla forte diminuzione della natalità ed al progressivo aumento della vita media, anche alla forte emigrazione delle fasce giovanili di popolazione (19-35 anni).

La dislocazione sul territorio della popolazione calabrese in piccole comunità, 324 comuni al di sotto dei cinquemila abitanti, ma anche l'assenza di grandi aggregati urbani, pongono la questione anziani per alcuni versi in posizione peculiare rispetto ad altre parti del Paese. Resistono ancora fenomeni di maggiore integrazione sociale degli anziani nelle comunità e reti di solidarietà tradizionali che attutiscono notevolmente i fenomeni di solitudine e di emarginazione. A ciò contribuisce anche il ruolo economico degli anziani a favore della famiglia e dei suoi componenti più giovani, in una società non certo ricca e caratterizzata da altissimi tassi di disoccupazione.

Accanto agli aspetti sopra indicati, la problematica dell'incremento della domanda assistenziale e della non autosufficienza è comunque fortemente in crescita ed il sistema sanitario e sociale deve farsene carico.

Le politiche sanitarie e sociali tuttavia devono tenere conto della peculiarità con cui la questione anziani si presenta in Calabria.

In tale contesto, le direttrici prioritarie di intervento da seguire sono:

- l'**integrazione delle politiche sanitarie e sociali**, tese prioritariamente a mantenere l'anziano nel proprio ambiente di vita e facilitarne il ritorno guidato in caso di temporanea assenza per ricovero ospedaliero o in strutture di accoglienza;
- l'**integrazione degli operatori sociali e sanitari** per la realizzazione dei programmi 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;
- lo **sviluppo dell'assistenza socio sanitaria domiciliare**. In proposito tale politica dovrà essere supportata dalla creazione di una estesa rete di telemedicina domiciliare e di telesoccorso;
- la definizione di **accordi di programma** tra ASL e Comuni per la coprogettazione degli interventi per la non autosufficienza, con attenzione particolare alle patologie neurologiche degenerative (malattia di Alzheimer);
- la realizzazione sperimentale, in collaborazione con le associazioni del volontariato, di una **rete di tutor** per anziani soli;
- la programmazione di **strutture residenziali**, anche a carattere diurno, distribuite in modo equilibrato sul territorio, per l'accoglienza, anche temporanea, di anziani disabili. Le strutture da realizzare, o quelle esistenti da riorganizzare, dovranno assicurare la gestione dei servizi per moduli assistenziali di diversa intensità, perseguendo l'obiettivo del reinserimento nelle famiglie e nelle comunità di provenienza, per evitare i fenomeni di permanente istituzionalizzazione;
- la programmazione del **sostegno economico**, sostitutivo della residenzialità, **alle famiglie con anziani non autosufficienti**.
La programmazione della residenzialità di cui sopra, avviene nel rispetto dei seguenti indirizzi:
- il progressivo riutilizzo, per le finalità ivi indicate, delle strutture derivanti dalle **riconversioni dei presidi ospedalieri pubblici**, con integrazione in rete delle case di cura che risultano utilizzate a valori molto bassi per l'attività ospedaliera, con condizioni da negoziare nell'ambito di opportuni accordi regionali;

- la riorganizzazione, o la realizzazione ex novo, nel triennio di piano, di **strutture residenziali dell'integrazione socio sanitaria**, nella misura di almeno 1 posto residenziale ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni.
- si tratta di **RSA e Case protette**: circa 3600 posti residenziali per l'ambito regionale: le RSA sono remunerate in quota parte dalla sanità e dal settore socio assistenziale (quota sociale e compartecipazione del cittadino), in relazione alla tipologia delle funzioni assistenziali e delle prestazioni sanitarie erogate; completano il percorso le case protette prevalentemente a carattere sociale.

Più complessivamente, il rapido invecchiamento della popolazione, che come già rilevato ha portato la Calabria assai vicina alla media nazionale degli ultrasessantacinquenni, non ci può esimere dal considerare l'urgenza di prevedere risorse adeguate per il soddisfacimento dei crescenti bisogni in questo specifico settore.

Anche per la nostra Regione, dunque, è di grande importanza la costituzione del **fondo di solidarietà** previsto dal "Patto per la salute" e concretizzatosi nelle previsioni della finanziaria 2007, seppure con un primo stanziamento largamente inadeguato.

1.5.12 La maternità e l'infanzia

Così come indicato nel presente documento, gli indicatori fanno registrare da diversi anni un numero di nascite in sensibile calo, tale da determinare l'evoluzione del tasso di natalità dal valore di 12,9 nati ogni mille abitanti del 1992 a quello di 9,1 nati ogni mille abitanti registrato nell'anno 2005.

Il parametro epidemiologico è addirittura inferiore a quello medio registrato nello stesso periodo a livello nazionale in 9,5 nati ogni mille abitanti.

Accanto a tale indicatore occorre considerare quello, assai negativo, relativo alla speranza di vita in buona salute alla nascita, che risulta pari a 42,6 anni per i maschi ed a 32,3 anni per le femmine, valori che collocano la Calabria all'ultimo posto della classifica nazionale.

Se a quanto sopra rilevato si considera il dato relativo alla forte emigrazione giovanile nella fascia di età 19 - 35 anni, si possono immaginare le conseguenze sociali ed economiche per il futuro della Regione.

Tutto ciò impone l'adozione di politiche rivolte a contrastare i fenomeni negativi indicati, in coerenza con le indicazioni del progetto obiettivo materno-infantile che la Regione recepisce.

In particolare per ciò che concerne gli interventi da sviluppare nel periodo di validità del piano sanitario, sono necessari alcuni interventi prioritari, quali:

- lo sviluppo e il consolidamento della **rete dei consultori**, quali presidi fondamentali di ausilio alle giovani coppie ed alle famiglie per la procreazione responsabile ed assistita; i consultori, organizzati in ambito distrettuale, dovranno realizzare:
 - ❖ programmi di intervento di prevenzione, diagnosi e presa in carico delle problematiche specifiche per età,
 - ❖ promozione della salute della donna, ivi compresa la tutela della procreazione responsabile;
 - ❖ sostegno della genitorialità e mediazione familiare negli ambiti familiari e comunitari;
 - ❖ prevenzione dei disturbi della sfera genitale femminile e dei tumori femminili anche in collegamento operativo con funzioni extra distrettuali;
 - ❖ attività di educazione alla sessualità con interventi di diagnosi e cura per le patologie



- psicosessuali;
- ❖ attività di prevenzione secondaria, diagnosi e terapia per la menopausa;
 - ❖ attività di prevenzione e protezione dagli abusi, di prevenzione del disagio minorile e dei disturbi del comportamento alimentare;
 - ❖ attività di prevenzione e rimozione dei fattori di disadattamento minorile e scolastico, in collaborazione con gli altri servizi aziendali e le agenzie sociali del territorio, nella logica di offrire un servizio territoriale integrato concernente le adozioni, gli affidi, la tutela dei minori nelle separazioni, la tutela della popolazione immigrata e della popolazione in affido all'autorità giudiziaria;
- la presenza in ogni consultorio della funzione di supporto psicologico con la messa in atto di specifiche **azioni** per la prevenzione ed il trattamento della **depressione post-partum**, e della **violenza tra le mura domestiche**,
 - lo sviluppo dell'associazionismo familiare, con il conseguente sviluppo di forme di **auto-aiuto**;
 - la particolare attenzione da parte dei servizi consultoriali alla **popolazione immigrata multietnica**, soprattutto con quella femminile e con quella minore, che rappresentano il "ponte" per raggiungere la fascia maschile straniera. E' necessario garantire in particolare:
 - ❖ le attività di prevenzione e presa in carico per gli **adolescenti** e i **giovani adulti stranieri**, soprattutto per i minori non accompagnati;
 - ❖ interventi per la **tutela della salute psichica**, per la difficoltà che gli immigrati incontrano nella transazione dalla propria cultura d'origine a quella della nostra Regione;
 - ❖ il contrasto dell'alto numero di **interruzioni volontarie di gravidanza** che si registrano nelle donne immigrate;
 - ❖ il supporto alle donne immigrate nel percorso di **autoconsapevolezza** per favorire l'integrazione specie dei gruppi sociali che restano lontani dal contesto sociale tradizionale;
 - ❖ la promozione della **genitorialità responsabile**;
 - ❖ l'informazione per impedire le **mutilazioni genitali femminili**, in coerenza con le disposizioni di cui alla legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".
 - la creazione di una struttura regionale specializzata (**Polo pediatrico regionale**) per il trattamento in sede ambulatoriale e di ricovero di patologie pediatriche complesse, ivi comprese quelle di pertinenza neuro-psichiatrica;
 - l'individuazione e la realizzazione di **pronto soccorso** e **punti di osservazione breve pediatrica**;
 - la **qualificazione dei punti nascita** tesa a garantire tutto il "percorso nascita", con la sicurezza in grado elevato delle nascite, la salute della madre, l'umanizzazione del parto e prevedendo in particolare la partecipazione del padre; occorre prevedere inoltre il **riordino** dei punti nascita in coerenza con il progetto obiettivo nazionale che individua allo scopo precise soglie operative;
 - l'attivazione di **centri di procreazione medicalmente assistita**;
 - la promozione ad ampio spettro di iniziative per favorire il **parto indolore** ed il **parto naturale**, anche per contrastare l'aumento del ricorso al taglio cesareo che ha raggiunto livelli elevatissimi - incidenza media del 45 % contro il 15 % raccomandato dall'OMS;
 - la realizzazione di campagne di comunicazione per **promuovere l'allattamento al seno**, anche come misura per favorire la sana crescita del bambino;



- la realizzazione del monitoraggio clinico epidemiologico alla nascita ed in sede consultoriale, per la **prevenzione** e la **rilevazione precoce di disagi e di handicap fisici, psichici e sensoriali**. Tale monitoraggio dovrà alimentare una banca dati permanente per valutare l'andamento evolutivo della disabilità;
- l'elaborazione di **linee guida** e di **protocolli assistenziali** per individuare adeguati interventi di prevenzione nella fase consultoriale, alla nascita e successivamente relazionarli alle diverse problematiche sanitarie;
- l'individuazione di **protocolli terapeutici** per le diverse tipologie di handicap nelle varie fasi della crescita e dello sviluppo del bambino e dell'adolescenza, con la realizzazione di adeguati screening neonatali e nel monitoraggio evolutivo delle varie fasi dello sviluppo;
- l'adozione di un programma di **sostegno sociale e psicologico alla madre ed alle famiglie**, per affrontare al meglio le problematiche conseguenti allo sviluppo di disagi o all'accertamento della presenza di handicap nei figli;
- la costituzione di centri per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di particolari patologie, quali l'**autismo**, le **audiolesioni**, le **infezioni odontostomatologiche**.

Un ruolo importante deve essere svolto dalla **pediatria di comunità**, implementandone lo sviluppo, così come previsto dal progetto obiettivo materno-infantile, con particolare riguardo agli interventi di integrazione con gli altri servizi, con i pediatri di libera scelta ed ospedalieri, attraverso azioni di:

- promozione e tutela della salute del bambino e dell'adolescente (0-18 anni) in ambiti collettivi e nelle scuole di ogni ordine e grado, in collaborazione con gli altri servizi aziendali;
- prevenzione secondaria volte a ridurre l'incidenza e a migliorare la prognosi di patologie per le quali si dispone di interventi efficaci;
- indagini epidemiologiche per l'area di competenza e promozione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, in collaborazione con gli altri servizi aziendali.

Per la prevenzione e la rilevazione precoce di disagi e di handicap fisici psichici e sensoriali è necessaria la realizzazione di interventi omogenei di monitoraggio clinico ed epidemiologico alla nascita, in sede consultoriale e nei servizi di **neuro-psichiatria infantile**, in una visione integrata con gli altri servizi aziendali. Tale monitoraggio dovrà alimentare una banca dati permanente per valutare l'andamento evolutivo della disabilità, al fine di pervenire all'elaborazione in sede regionale di specifiche linee guida condivise per le diverse patologie nelle varie fasi della crescita e dello sviluppo del bambino e dell'adolescente.

A tale scopo le attività di neuropsichiatria infantile dovranno essere potenziate al fine di garantire l'efficacia degli interventi del SSR nel campo della promozione della salute in età evolutiva e adolescenziale, dell'attività formativa e di consulenza alla coppia genitoriale, alle famiglie e agli operatori di agenzie sociali ed educative.

1.5.13 Gli immigrati

Un fenomeno rilevante che coinvolge il contesto sociale anche in Calabria è l'affluenza di popolazione multietnica in continuo aumento, a seguito dei processi di mobilità sempre più crescenti negli anni. Al 1° gennaio 2005 i cittadini stranieri residenti in Calabria sono 31.195, pari all'1,55 % di tutta la popolazione residente.

La modifica della struttura della società impone un modo differente di organizzare e di proporre sanità alle differenti culture. Per tale motivo vanno ripensati i percorsi di prevenzione e di cura e qualificati i professionisti, attraverso la formazione.

La popolazione migrante risulta essere una fascia di popolazione debole a cui necessariamente indirizzare gli interventi di tutela della salute.

Le norme sull'immigrazione hanno sancito "la piena parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata dal Sistema Sanitario Nazionale ed alla sua validità temporale".

Tuttavia il livello di tutela previsto dalla normativa vigente, ed in particolare dagli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 e successive modificazioni, e all'impegno istituzioni, associazioni e organizzazioni no profit, si rilevano notevoli difficoltà, sia nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari che nella qualità di prestazione offerta che risulta spesso essere poco plastica per rapportarsi con culture sanitarie differenti.

A ciò si aggiunge la difficoltà di erogare sanità ai clandestini ed irregolari, che invece risultano essere la popolazione più a rischio a causa del combinarsi di disagio sociale ed irregolarità giuridica.

Si tratta quindi di facilitare l'accesso ai servizi del SSR, definendo **percorsi di accesso specifici** ed uniformi sul territorio, con una particolare attenzione alla difficoltà che i migranti presentano nella comunicazione e comprensione di un linguaggio differente oltre che di una cultura sanitaria e sociale, lontana dai propri stili educativi. In proposito risulta fondamentale la realizzazione da parte della Aziende di programmi mirati di **formazione del personale** e soprattutto l'istituzione della figura del **mediatore culturale**.

A ciò si aggiunge la necessità che tutte le Aziende si dotino di strumenti multilingue che permettano la comprensione di quanto richiesto agli assistiti stranieri.

Tutti i servizi aziendali dovranno lavorare in sinergia fra loro per evitare percorsi tortuosi e disorientanti a chi ha difficoltà nel comprendere e farsi capire.

Tale intervento sinergico ha necessità di un coordinamento tecnico-funzionale che possa delineare i processi e raccordare i servizi, oltre che proporre percorsi di prevenzione, cura e presa in carico dell'utenza straniera.

1.5.14 La sanità penitenziaria

La riforma del servizio sanitario penitenziario, dettata dal D. lgs. 230/1999, ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli Istituti Penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le Aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Tale processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° Luglio 2003, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, trasferimento realizzato parzialmente per soli sei mesi (personale e copertura finanziaria) e successivamente non più rifinanziata dal Ministero dell'Economia e Finanze.

In tal senso le iniziative assunte in Calabria sono state il frutto di un'importante opera di confronto e di collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), ed hanno cercato di promuovere la costruzione di un processo d'interazione tra le

Aziende Sanitarie e gli Istituti Penitenziari. Le vigenti normative prevedono, infatti, una specifica azione inerente la salute in carcere ispirata al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute.

Il territorio calabrese è caratterizzato dalla presenza di undici strutture carcerarie adulti, insistenti su quasi tutti i territori di competenza delle Aziende Sanitarie e da un Centro Regionale per la Giustizia Minorile collocato nel capoluogo regionale. I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle Case Circondariali, derivano, oltre che da elementi di criticità causati dal sovraffollamento, dalla gravità dei problemi infettivi e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici ed un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali, nonché dalla carenza del personale.

La Giunta regionale, sulla base dei principi definiti dal presente piano sanitario, in attuazione del D.lgs 230/99 e delle intese Stato-regioni connesse, d'intesa con l'Amministrazione penitenziaria, svilupperà, un **progetto obiettivo regionale** per la riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario del sistema sanitario penitenziario, sulla base dei seguenti principi:

- assicurare il completamento del passaggio delle funzioni previsto dal D.lgs. 230/99 e s.m.i. in coerenza con la disponibilità delle risorse specifiche trasferite;
- assicurare presso ogni struttura carceraria la presenza attiva dei servizi sanitari di base e specialistici, oltre che nei settori già trasferiti, anche nelle altre aree, con particolare attenzione a quelle con maggiore criticità, rappresentate dalla salute mentale e dalle patologie infettive;
- assicurare una specifica azione sanitaria a favore dei minori che transitano nell'istituto penitenziario minorile di Catanzaro, sviluppando le forme di collaborazione già instaurate dalla azienda sanitaria;
- assicurare il sostegno, anche attraverso progetti sperimentali, per le iniziative tese ad ottenere il miglioramento dell'assistenza psichiatrica, promuovendo il superamento degli OPG e la realizzazione di strutture alternative orientate alla cura e al recupero della persona;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che prestano attività all'interno delle carceri calabresi.

1.5.15 La prevenzione per la salute: il nuovo dipartimento

Il Dipartimento di Prevenzione ha funzioni di governo professionale e di promozione delle azioni volte alla **individuazione e rimozione delle cause di nocività e malattia**, nonché di **erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza**.

In tal senso il dipartimento costituisce la struttura organizzativa presente in tutti gli ambiti territoriali. Il Dipartimento è preposto alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Tale livello, in coerenza con i livelli definiti nel DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, è articolato nelle seguenti aree di offerta:

- profilassi malattie infettive e diffuse;
- tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale;
- tutela della collettività e dei singoli dai sanitari degli ambienti di vita
- igiene degli alimenti e nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- l'attività medico-legale;
- la medicina dello sport.



I dipartimenti di prevenzione si dovranno adeguare alle mutate esigenze di tutela e promozione della salute, ampliando l'interesse verso le problematiche poste dalla prevenzione delle patologie legate a particolari stili di vita, non abbassando la guardia nei confronti delle patologie infettive che si affacciano periodicamente (*blue-tongue*, aviaria, zoonosi), così come verso il ripresentarsi di infezioni (es. tubercolosi) che sembravano definitivamente debellate.

In tal senso il dipartimento di prevenzione, deve diventare un **presidio di sicurezza** vissuto come tale dai cittadini. Il lavoro dei dipartimenti deve essere improntato ad una metodologia operativa integrata e non parcellizzata.

Le varie aree e discipline dovranno cioè integrarsi ed evitare compartimenti stagni allo scopo di realizzare la trattazione delle problematiche di prevenzione e tutela con la necessaria impostazione unitaria. Tale integrazione dovrà coinvolgere l'intero assetto aziendale, con particolare riguardo all'integrazione organizzativa con i Distretti che rappresentano il luogo all'interno dei quali articolare l'erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza:

In tal senso dovranno essere realizzati, anche in via sperimentale, specifici piani di salute su argomenti intersettoriali e per governare le emergenze.

I dipartimenti dovranno ricercare la necessaria **sinergia** con le Autorità locali e gli altri Enti istituzionali (INAIL, INPS, Uffici del Lavoro). Una particolare attenzione andrà rivolta alla realizzazione di **piani di lavoro comune**, non occasionali, con ARPACAL e gli Istituti Zooprofilattici.

Su questo versante vi è molto da recuperare per realizzare quelle sinergie assolutamente necessarie per una efficace azione di programmazione e tutela dell'ambiente, della sicurezza alimentare e del contrarsi delle malattie infettive a diffusione trasmissibile, della salubrità delle acque potabili.

Il dipartimento di prevenzione dovrà improntare il suo metodo di lavoro alla massima apertura e alla **partecipazione** delle organizzazioni sociali interessate: dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori, alle organizzazioni dei consumatori, alle associazioni imprenditoriali, ai cittadini nel complesso. Con tali organizzazioni il supporto dovrà essere costante e sistematico, tale cioè da realizzare un mutuo arricchimento.

In tal senso si indica l'esigenza che i dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie organizzino annualmente una Conferenza di programmazione con la partecipazione della Regione, delle Istituzioni locali, delle organizzazioni sociali.

Il dipartimento di prevenzione, in relazione alle funzioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, si articola nelle tre aree organizzative dipartimentali (a cui afferiscono le diverse strutture):

1. Area igiene e sanità pubblica, che comprende:
 - Igiene degli alimenti;
 - Malattie infettive e diffuse
 - Igiene e sicurezza degli ambienti di vita;
 - Medicina dello sport
 - Medicina legale
2. Area della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro e negli ambienti confinati, che comprende
 - Igiene e medicina del lavoro e degli ambienti confinati
 - Sicurezza del lavoro e degli ambienti confinati
3. Area veterinaria, che comprende:
 - Sanità animale

- Igiene degli alimenti di origine animale
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

L'area dipartimentale è il livello organizzativo che, nell'ambito del Dipartimento, ha la gestione tecnico-professionale delle materie ad essa attribuite ed opera per garantire:

- la programmazione delle attività connesse allo svolgimento delle funzioni proprie dell'Area, la loro verifica e la valutazione dei risultati;
- lo svolgimento coordinato e uniforme, su base aziendale, delle funzioni e delle attività;
- l'integrazione operativa tra le strutture organizzative ad essa afferenti;
- il coordinamento tecnico-professionale delle discipline specialistiche afferenti;
- i rapporti di integrazione e di sinergia operativa con le altre aree dipartimentali e con enti ed organizzazioni esterne.

Allo scopo di realizzare gli obiettivi del programma nazionale di prevenzione individuato dal CCM (Centro di Controllo Malattie) in collaborazione con l'Istituto Superiore di sanità e le Regioni, il Dipartimento di prevenzione provvede alla programmazione ed al coordinamento operativo delle attività di screening. A tal fine presso ogni Dipartimento è attivato un nucleo tecnico scientifico che provvederà alla gestione delle campagne di *screenings*, garantendo i collegamenti con tutte le strutture interessate del SSR.

Per garantire la migliore efficienza operativa il Dipartimento per la tutela della salute provvederà a disporre specifici indirizzi organizzativi.

1.5.16 La rete ospedaliera, il dimensionamento dei presidi ed l'organizzazione interna

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

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

1.5.16.1 Ospedale di riferimento ed altri presidi della rete

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

- in ogni **ambito territoriale delle Aziende** insiste almeno un presidio ospedaliero di riferimento dotato delle funzioni operative e delle discipline specialistiche indicate nell'allegata **tabella A**. L'individuazione del presidio, tenendo conto dell'esigenza di valorizzare il patrimonio immobiliare delle Aziende, non può che ricadere preferibilmente su una delle strutture già presenti in ciascun ambito territoriale, salvo che non emerga la necessità, in considerazione della collocazione, delle caratteristiche e delle dimensioni non adeguate delle strutture esistenti, di realizzarne nuove e più rispondenti allo scopo;



- negli ambiti territoriali ove hanno sede le Aziende ospedaliere di **Cosenza** e **Reggio Calabria**, le stesse assolvono alle funzioni di ospedale di riferimento. Nell'area di **Catanzaro** tale funzione sarà assolta dall'Azienda ospedaliero-universitaria derivante dall'accorpamento delle Aziende ospedaliere "Pugliese-Ciaccio" e "Mater-Domini";
- le **Aziende ospedaliere**, oltre alle funzioni di riferimento svolte nei confronti dei territori di ubicazione, esercitano di norma quelle regionali riportate nell'allegata **tabella B**; alcune delle predette funzioni saranno svolte esclusivamente presso le Aziende ospedaliere specificamente indicate nel piano sanitario. Le Aziende ospedaliere svolgono inoltre le funzioni di emergenza e urgenza di secondo livello;
- l'**ospedale di riferimento** è dotato di una dimensione sufficiente per garantire la presenza di tutte le funzioni operative indicate nella **tabella A**. la recente riduzione del numero delle Aziende non fa venir meno l'esigenza di realizzare gli ospedali di riferimento nelle aree previste nella tabella 2.1, in quanto sono destinati a garantire i livelli di assistenza dei relativi bacini d'utenza. Tali presidi devono essere **dotati di tutte le tecnologie diagnostiche e terapeutiche**, con particolare riferimento a TC, RMN, angiografia ed ecografia ad alta definizione, oltre a quelle di più ordinario uso. Ovviamente essi devono disporre di **tutte la gamma dei servizi di supporto**: dal laboratorio per le analisi chimico-cliniche, alla radiologia, alla medicina nucleare, alla anatomia patologica, al centro trasfusionale, nonché di servizi atti a garantire le funzioni di **emergenza urgenza di primo livello**;
- in ciascun ambito territoriale sono mantenuti alcuni ospedali pubblici che assicurano, in **integrazione con quello di riferimento** e in funzione dell'effettivo fabbisogno espresso secondo gli standard ospedalieri definiti, alcune funzioni ospedaliere anche in forma di ricovero, secondo le esigenze specifiche dettate dalla estensione e dalle caratteristiche geomorfologiche del territorio. Essi comunque operano **in rete con l'ospedale di riferimento** attraverso sistemi di mobilità delle equipe mediche e l'utilizzo di reti telematiche e di telemedicina; devono comunque garantire, in relazione alle funzioni ospedaliere per acuti presenti, le attività di **pronto soccorso**;
- presso l'ospedale di Lamezia Terme è istituito il **trauma center - polo traumatologico** regionale che assicura le prestazioni avanzate e la diagnostica di terzo livello in modo unitario ed integrato. Presso il trauma center sono garantite le funzioni di medicina e di chirurgia d'urgenza, di ortopedia e traumatologia, di neurochirurgia, di chirurgia toracica, di chirurgia vascolare, di chirurgia maxillo-facciale; anche con risorse comunitarie saranno realizzati l'unità spinale, l'unità per grandi ustionati ed il centro di tossicologia clinica regionale.
- le **strutture ospedaliere vengono aggregate in presidi unici** come di seguito indicati: ospedali di Cetraro e Praia a Mare; ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza; ospedali di Acri e San Giovanni in Fiore; ospedali di Castrovillari e Mormanno; nuovo ospedale della Sibaritide (Rossano-Corigliano) con Cariati e Trebisacce; ospedale di Crotona; ospedali di Lamezia Terme e Soveria Mannelli; ospedali di Chiaravalle Centrale e Soverato, ospedali dell'azienda ospedaliero-universitaria di Catanzaro; nuovo ospedale di Vibo Valentia con Serra San Bruno, Soriano e Tropea; ospedali di Siderno e Locri; nuovo ospedale della Piana (Gioia Tauro, Palmi e Taurianova) con Oppido Mamertina e Polistena; ospedale di Melito Porto Salvo; ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria.

Tabella 2.1 – Individuazione dei presidi ospedalieri di riferimento

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

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

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 - Camera iperbarica (1)	Anestesia e rianimazione
Assistenza neonatale	Neonatologia
Cardiologia, UTIC, riabilitazione cardiologica	Cardiologia con UTIC
Chirurgia generale	Chirurgia generale
Dermatologia	Dermatologia
Diabetologia ed endocrinologia	Diabetologia ed endocrinologia
Direzione sanitaria di presidio	Direzione sanitaria di presidio
Farmaceutica ospedaliera	Farmacia ospedaliera
Fisica sanitaria	Fisica sanitaria
Gastroenterologia	Gastroenterologia
Geriatría anche in ambito extraospedaliero	Geriatría
Immunoematologia e medicina trasfusionale	Immunoematologia e medicina trasfusionale
Medicina fisica e riabilitazione, anche in ambito territoriale	Recupero e rieducazione funzionale
Medicina generale	Medicina generale
Medicina d'urgenza e accettazione - astanteria - osservazione breve	Pronto soccorso
Medicina nucleare	Medicina nucleare
Nefrologia e dialisi	Nefrologia e dialisi
Neurologia, neuro-fisiopatologia e riabilitazione neurologica	Neurologia
Oculistica	Oculistica
Oncologia medica	Oncologia medica
Ortopedia e traumatologia, compresa riabilitazione ortopedica	Ortopedia e traumatologia
Ostetricia e ginecologia, anche in ambito territoriale	Ostetricia e ginecologia
Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria
Pediatria, anche in ambito territoriale	Pediatria
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria, compresa riabilitazione	Pneumologia
Psichiatria (SPDC)	Psichiatria
Radiodiagnostica	Radiologia
Urologia	Urologia

(1) La camera iperbarica attualmente operante a Palmi è prevista nel P.O. unico della Piana. Una ulteriore camera iperbarica sarà attivata nel P.O. di Crotone

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

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

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

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

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

3) una in ambito regionale

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

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

1.5.16.2 La rete riabilitativa: riabilitazione e lungodegenza

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

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

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

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

1.5.16.3 La riorganizzazione della rete ospedaliera

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

L'Intesa 23 marzo 2005 prevede un tasso ottimale di utilizzazione dei posti letto del 75 per cento ed un tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri ogni mille abitanti; per raggiungere questo obiettivo è necessario agire sia sul versante della quantità dell'offerta sia sulla qualità ed appropriatezza organizzativa.

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

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

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

Oltre ai presidi di riferimento continuano a svolgere **funzioni ospedaliere per acuti** i presidi di Praia a Mare, Trebisacce, San Giovanni in Fiore, Acri, Serra San Bruno, Soverato,

Polistena, Melito Porto Salvo e, parzialmente, Cariati, Siderno, Paola e Soveria Mannelli; questi ultimi quattro presidi sono destinati a funzioni di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa.

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

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

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

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

Viene confermata la destinazione sanitaria della struttura di Rogliano che viene trasferita all'azienda sanitaria provinciale di Cosenza. Per tale struttura, in considerazione della sua localizzazione, viene ipotizzata come preferenziale l'utilizzazione per l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche mediante il coinvolgimento di privati.

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

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

Il presidio di Scilla viene aggregato all'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria e diventa sede dell'Istituto sperimentale di medicina clinica avanzata. Vengono destinati a **funzioni non sanitarie** l'ospedale di Gerace, Scalea, Rosarno e, previa la verifica di cui al par. 2.8.5.6, quello di Nicotera.

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

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

Si conferma, infine, la destinazione in essere delle strutture sanitarie non espressamente menzionate.

Il processo di riordino ospedaliero, così come viene delineato dal presente Piano, sarà realizzato nel termine triennale di vigenza. Le aziende sanitarie provinciali provvederanno a perseguire il raggiungimento degli obiettivi del Piano, con particolare attenzione alla creazione degli ospedali di riferimento, alla creazione della rete riabilitativa, alle piattaforme territoriali, alla Casa della salute, alla riconversione e dismissione dei presidi garantendo la necessaria contestualità, anche allo scopo di assicurare, nel periodo di transizione, un adeguato livello di offerta (posti letto, servizi) ai cittadini.

Nelle strutture ospedaliere interessate alla riconversione, in relazione alle effettive necessità, potranno essere erogate prestazioni ambulatoriali nelle discipline in atto esistenti.

1.5.16.4 Azienda sanitaria provinciale di Cosenza

Ambito Paola - Cosenza

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

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

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

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

Il presidio di Praia a Mare viene mantenuto nelle funzioni ospedaliere per acuti, in considerazione della sua posizione periferica e di confine con la Basilicata per evitare un aumento della migrazione extra-regionale e per la significativa (14,1 % sul totale dei ricoveri) quota di ricoveri provenienti dalle Regioni limitrofe.

Le stesse funzioni vengono confermate per i presidi di Acri e San Giovanni in Fiore, in considerazione delle condizioni orografiche, geomorfologiche, delle difficoltà di comunicazione e della dimensione degli insediamenti urbani presenti nel territorio in cui insistono.

Nel presidio di Paola saranno garantite le funzioni di Primo Intervento (pronto soccorso) e di degenza di base medica ed oncologica; nello stesso presidio saranno svolte funzioni di riabilitazione e lungodegenza; sarà attivato l'hospice e potenziata l'attività di dialisi, dei servizi territoriali specialistici, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Il presidio di Scalea, che non ha mai svolto funzioni ospedaliere, è destinato ad una funzione non sanitaria in ragione della saturazione dell'offerta nel bacino di utenza,

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

La struttura di Rogliano viene destinata a funzioni di alta specialità.

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

Posti letto al 31-12-2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Ambito Paola - Cosenza							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	Denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180005	P.O. Cetraro	25	92	117	230	0	230
180007	P.O. Paola	19	101	120	42	35	77
180008	P.O. Praia A Mare	11	74	85	70	0	70
	Nuovo P.O. Serra d'Aiello	0	0	0	0	200	200
180018	P.O. Acri	8	76	84	81	0	81
	P.O. Rogliano	7	31	38	0	0	0
180015	P.O. San Giovanni in Fiore	12	72	84	80	0	80
Totale presidi pubblici a gestione diretta		82	446	528	503	235	738
180027	C.C. Cascini	0	100	100	88	0	88
180026	C.C. Rosano (*)	0	145	145	120	0	120
180026	C.C. Spinelli	0	60	60	43	0	43
180083	C.C. San Luca	0	30	30	20	0	20
180084	C.C. Hotel Climatoterapico	0	30	30	27	0	27
180024	C.C. Villa Ortensia	0	95	95	75	0	75
180022	C.C. Santoro	0	40	40	20	16	36
180021	C.C. La Madonnina	0	100	100	90	0	90
180044	C.C. Madonna della Catena	0	135	135	0	135	135
180081	C.C. Misasi	0	60	60	9	40	49
180028	C.C. Sacro Cuore	0	99	99	68	0	68
180086	C.C. San Francesco	0	60	60	0	60	60
180017	C.C. Santa Lucia	0	25	25	17	0	17
180029	C.C. Scarnati	0	46	46	33	10	43
180020	C.C. Villa Del Sole	0	70	70	64	0	64
180018	C.C. Villa Verde	0	100	100	0	0	0
180030	C.C. Villa Oleandri	0	100	100	0	0	0
Totale case di cura accreditate (**)		0	1.195	1.195	647	288	935
Totale ambito		82	1.641	1.723	1.150	523	1.673

(*) compresa la cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica.

(**) Il numero dei posti letto sarà incrementato in misura pari a quelli derivanti dal trasferimento delle attività cardio-vascolari dall'ASP di Catanzaro.

Ambito territoriale Castrovillari - Rossano

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

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

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

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

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

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

Posti letto al 31-12-2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Ambito territoriale Castrovillari - Rossano							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Erogatore		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180079	P.O. San Marco Argentano	16	30	46	0	0	0
180006	P.O. Castrovillari	30	118	148	230	20	250
180009	P.O. Lungro	3	74	77	0	0	0
180013	P.O. Mormanno	8	70	78	0	80	80
180004	P.O. Corigliano	27	127	154	0	0	0
180014	P.O. Cariati	13	63	76	30	80	110
180004	P.O. Rossano	39	114	153	0	0	0
180017	P.O. Trebisacce	9	68	77	72	0	72
	Nuovo ospedale della Sibaritide	0	0	0	310	20	330
Totale presidi pubblici a gestione diretta		145	664	809	642	200	842
180023	C.C. Madonna Delle Grazie	15	76	91	60	0	60
Totale case di cura accreditate		15	76	91	60	0	60
Totale ambito territoriale		160	740	900	702	200	902

1.5.16.5 Azienda ospedaliera di Cosenza

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

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009 - Azienda ospedaliera Cosenza-INRCA							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180912	A.O. Cosenza - P.O. Annunziata	67	501	568	673	30	703
180912	A.O. Cosenza - P.O. Mariano Santo	26	97	123			
Totale azienda ospedaliera		93	598	691	673	30	703
180916	INRCA	2	72	74	74	0	74
Totale IRCCS		2	72	74	74	0	74

Entro trenta giorni dall'entrata in vigore del Piano, il Dipartimento tutela della Salute avvia le procedure amministrative per la realizzazione di un nuovo presidio dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, utilizzando risorse pubbliche, risorse private con il ricorso al *project financing*, risorse provenienti dalla valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare aziendale e da eventuali ulteriori integrazioni messe a disposizione dalla Regione.

1.5.16.6 Azienda sanitaria provinciale di Crotone

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

Posti letto al 31-12 2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Azienda sanitaria provinciale di Crotone							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180045	C.C. Santa Rita	0	70	70	63	0	63
180054	C.C. Istituto Sant'Anna	6	154	160	0	160	160
180085	C.C. Romolo Hospital	0	70	70	63	0	63
180044	C.C. Villa Giose	0	100	100	60	0	60
180046	C.C. Oliveti	0	65	65	32	30	62
180101	C.C. Calabrodental	6	0	6	6	0	6
Totale case di cura accreditate		12	459	471	224	190	414
180032	P.O. Crotone	85	334	419	383	20	403
Totale presidi pubblici a gestione diretta		97	406	503	383	20	403
Totale ambito		109	865	974	607	210	817

1.5.16.7 Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro

Ambito territoriale Lamezia Terme

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

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

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

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

Posti letto al 31-12 2006 e previsioni PSR 2007 - 2009 - Ambito territoriale di Lamezia Terme							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180051	C.C. Villa Michelino	0	60	60	54	0	54
Totale case di cura accreditate		0	60	60	54	0	54
180033	P.O. Lamezia Terme	34	236	270	320	0	320
180040	P.O. Soveria Mannelli	11	91	102	30	80	110
Totale presidi pubblici a gestione diretta		45	327	372	350	80	430
	Centro protesi INAIL				0	52	52
Totale					0	52	52
Totale ambito territoriale Lamezia Terme			387	432	404	132	536

Ambito Catanzaro

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

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

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

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

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

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009 - Ambito Catanzaro							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180049	C.C. San Vincenzo	0	100	100	0	0	0
180048	C.C. Villa Nuccia	0	105	105	0	0	0
180052	C.C. Villa Puca	0	92	92	0	0	0
180050	C.C. Villa Serena	3	84	87	43	30	79
180053	C.C. Villa Santa Anna (*)	0	90	90	90	0	90
180043	C.C. Villa Del Sole	15	107	122	76	46	122
Totale case di cura accreditate		18	578	596	211	80	291
180041	P.O. Chiaravalle Centrale.	13	34	47	0	80	80
180055	P.O. Soverato	9	81	90	90	0	90
Totale presidi pubblici a gestione diretta		22	115	137	90	80	170
Totale ambito Catanzaro					301	160	461

(*) I posti letto connessi alle attività cardio-vascolari saranno trasferiti, su richiesta, a Cosenza.

1.5.16.8 Azienda ospedaliero universitaria di Catanzaro – Polo oncologico

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

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

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

Tab. 1 - Azienda ospedaliera di Catanzaro, posti letto ordinari e diurni 31 dicembre 2006

Codice	Disciplina Denominazione	Posti letto		
		Diurni	Ordinari	Totale
8	cardiologia	2	22	24
9	chirurgia generale	3	43	46
10	chirurgia maxillo facciale	1	1	2
11	chirurgia pediatrica	2	13	15
18	ematologia	8	15	23
18	ematologia emofilia	4	0	4
18	ematologia immunoematologia	1	0	1
19	malattie endocrine	4	0	4
21	geriatria	2	28	30
24	malattie infettive	4	15	19
26	medicina generale 1	2	26	28
26	medicina generale 2	2	30	32
29	nefrologia	2	8	10
30	neurochirurgia	1	22	23
32	neurologia	1	22	23
34	oculistica	4	8	12
35	odontoiatria	4	2	6
36	ortopedia traumatologia	5	38	43
36	ortopedia traumatologia pediatrica	2	7	9
37	ostetricia e ginecologia univ	2	12	14
37	ostetricia e ginecologia az	6	22	28
38	otorinolaringoiatria	2	15	17
39	pediatria	3	15	18
39	pediatria univ	8	0	8
40	psichiatria	6	14	20
43	urologia	7	28	35
49	terapia intensiva	0	10	10
49	terapia intensiva (ter. Antalgica)	1	0	1
50	unita' coronarica	1	10	11
51	Osservazione breve	0	3	3
52	dermatologia	1	18	19
56	recupero riabilitazione funzionale	2	0	2
58	gastroenterologia	4	0	4
61	Medicina Nucleare	1	0	1
62	neonatalogia	1	30	31
64	oncologia	18	0	18
65	oncoematol.pediatr.	10	6	16
68	pneumologia	3	15	18
73	terapia intensiva neonatale	0	4	4
97	detenuti	0	2	2
Totale		130	504	634

Tab. 2 - Azienda ospedaliera Mater Domini, posti letto ordinari e diurni 31 dicembre 2006

Disciplina		Posti letto		
Codice	Denominazione	Diurni	Ordinari	Totale
7	cardiologia	0	11	11
8	cardiologia	1	4	5
8	cardiologia-Interventistica	0	10	10
8	cardiologia-Riabilitazione	4	0	4
9	chirurgia generale 1	0	8	8
10	chirurgia Maxillo.Facciale	3	3	6
13	chirurgia Toracica	0	5	5
14	chirurgia Vascolare Fis.cir.Perif.	3	1	4
19	patologia dismetabolica	1	1	2
21	geriatria	1	0	1
24	malattie Infettive	4	0	4
26	Medicina generale	1	12	13
29	nefrologia	0	9	9
32	neurologia	0	17	17
34	oculistica	4	5	9
36	ortopedia	2	3	5
43	urologia	1	3	4
49	anestesia rianimazione	0	10	10
58	epatologia	5	6	11
58	gastroenterologia fis. app. diger.	1	2	3
Totale		31	110	141

Tab. 3 - Fondazione T. Campanella, Polo oncologico, pl ordinari e diurni 31 dicembre 2006

Disciplina		Posti letto		
Codice	Denominazione	Diurni	Ordinari	Totale
9	chirurgia oncologica	4	8	12
12	chirurgia Plastica	3	3	6
13	chirurgia Toracica	0	5	5
19	endocrinologia	2	0	2
30	neurochirurgia	1	10	11
37	ostetricia e ginecologia	4	8	12
38	otorinolaringoiatria	1	5	6
58	gastroenterologia	4	4	8
64	oncologia	17	18	35
68	pneumologia	2	10	12
Totale		38	71	109



Tab. 4 - Azienda Ospedaliera Ciccio Pugliese, Indicatori sanitari gennaio - dicembre 2006, Ricoveri ordinari

Disciplina	PL	Casi trattati	Casi 1 gg	Oltre soglia		Età media	GG deg.	Peso Lavorato			DM	ICM	ICP	TU	IT	IR
				N°	GG Deg.			Totale	1 GG	Medio						
38 - Cardiologia	22	1264	48	74	1307	68,15	9707	1705,8	40,25	1,35	7,68	1,23	1,12	120,88	-1,33	57,45
39 - Chirurgia generale	43	1986	290	62	1845	58,03	16211	2037,7	218,16	1,03	8,16	1,06	1,35	103,29	-0,26	46,19
10 - Chirurgia maxillo facciale	1	33	2			36,45	153	26,23	1,26	0,79	4,64	0,85	1,23	41,92	6,42	33
11 - Chirurgia pediatrica	13	746	164	8	218	8,62	2547	737,68	129,33	0,99	3,41	1,13	0,84	53,68	2,95	57,38
18 - Ematologia	15	406	16	24	754	59,71	4771	746,92	18,61	1,84	11,75	0,86	1,08	87,14	1,73	27,07
21 - Geriatria	28	749	34	12	585	78,01	7270	720,49	31,94	0,96	9,71	1	0,97	71,14	3,94	26,75
24 - Malattie infettive tropicali	15	328	7	6	277	47,4	4072	384,67	5,06	1,17	12,41	1,08	1,25	74,37	4,28	21,87
26 - Medicina generale	56	3253	351	22	970	64,93	23651	2823,8	249,57	0,87	7,27	0,96	0,91	115,71	-0,99	58,09
29 - Nefrologia	8	295	22	2	94	64,92	2708	394,74	24,81	1,34	9,18	1,07	1,03	92,74	0,72	36,88
30 - Neurochirurgia	22	811	29	12	351	52,27	8274	1569,9	39,12	1,94	10,2	1,08	1,08	103,04	-0,3	36,86
32 - Neurologia	22	766	32	9	258	59,73	7620	639,34	24,91	0,83	9,95	0,92	0,91	94,89	0,54	34,82
34 - Oculistica	8	289	19	13	260	54,17	2026	180,55	11,09	0,62	7,01	1,03	4,14	69,38	3,09	36,13
35 - Odontoiatria e stomatologia	2	23	7			31,13	41	17,1	4,5	0,74	1,78	1	1	5,62	29,96	11,5
36 - Ortopedia e traumatologia	45	1636	178	88	1753	47,82	14284	1478,4	107,86	0,9	8,73	0,94	1,59	86,96	1,31	36,36
37 - Ostetricia e ginecologia	34	3273	307	122	1954	33,74	13864	1867,8	171,52	0,57	4,24	0,96	1,02	111,72	-0,44	96,26
38 - Otorinolaringoiatria	15	529	25	4	75	39,37	3158	527,77	18,29	1	5,97	1,21	1,53	57,68	4,38	35,27
39 - Pediatria	15	981	119	22	535	5,3	4667	589,37	61,91	0,6	4,76	0,98	1,32	85,24	0,82	65,4
40 - Psichiatria	14	477	26	5	32	44,88	3958	344,3	15,6	0,72	8,3	0,98	0,68	77,46	2,42	34,07
43 - Urologia	28	1102	70	24	797	58,27	8369	828,39	41,91	0,75	7,59	0,91	1,54	81,89	1,68	39,36
49 - Terapia intensiva	10	152	27	1	38	62,13	2282	700,96	33,67	4,61	15,01	1,13	1,11	62,52	9	15,2
50 - Unità coronica	10	193	55	7	143	67,91	1129	235,42	46,44	1,22	5,85	1,2	1,13	30,93	13,06	19,3
51 - Astanteria	3	113	110	2	57	47,35	170	60,72	58,77	0,54	1,5	0,67	0,43	15,53	8,19	37,67
52 - Dermatologia	18	779	17	3	66	54,35	5701	585,27	12,85	0,75	7,32	1,1	0,96	86,77	1,12	43,28
52 - Neonatologia	30	1932	109	11	172	0	6215	803,56	29,21	0,42	3,22	0,39	0,58	56,76	2,45	64,4
55 - Oncematologia pediatrica	6	217	2	20	572	9,72	1718	369,01	0,82	1,7	7,92	1	1	78,45	2,18	36,17
38 - Pneumologia	15	231	11	1	35	71,16	2091	244,18	11,5	1,06	9,05	0,96	0,83	38,19	14,65	15,4
73 - Terapia intensiva neonatale	4	98	6	7	372	0	1939	254,04	7,69	2,59	19,79	1,15	0,9	132,81	-4,89	24,5
Intero Presidio	504	22662	2083	561	13520	45,5	158596	20874	1416,7	0,92	7	1,02	1	86,21	1,12	44,96



b. 5 - Azienda Ospedaliera Mater Domini, Indicatori sanitari gennaio - dicembre 2006, Ricoveri ordinari

Disciplina	PL	Casi trattati	Casi 1 gg	Oltre		Età media deg.	GG	Peso Lavorato			DM	ICM	ICP	TU	IT	IR
				GG	N°			Totale	1 GG	Medio						
				soglia	Deg.											
- Cardiocirurgia	11	215	31	3	106	65,69	2317	724,15	24,45	3,37	10,78	0,72	0,86	57,71	7,9	19,55
- Cardiologia	14	1172	245	33	794	62,01	5294	1799,5	306,59	1,54	4,52	1,4	0,66	103,6	-0,16	83,71
- Chirurgia generale	8	206	19	4	216	52,85	1362	195,23	17,4	0,95	6,61	0,98	1,1	46,64	7,56	25,75
- Chirurgia maxillo facciale	3	158	15	1	31	47,37	1285	205,43	15,4	1,3	8,13	1,38	2,16	117,35	-1,2	52,67
- Chirurgia plastica (*)	1	22	5	1	21	57,95	82	19,42	4,31	0,88	3,73	0,97	0,98	22,47	12,86	22
- Chirurgia toracica	5	2				56,5	13	4,64	0	2,32	6,5	0,91	0,55	0,71	906	0,4
- Chirurgia vascolare	1	3	1			63,67	21	2,51	0,57	0,84	7	0,55	0,91	5,75	114,67	3
- Malattie endocrine, del ricambio e della irruzione	1	50	3	1	54	57,88	545	39,78	2,28	0,8	10,9	1,12	1,06	149,32	-3,6	50
- Medicina generale	12	400	8	3	136	56,62	2419	364,28	5,52	0,91	6,05	1,01	0,75	55,23	4,9	33,33
- Nefrologia	9	208	15	1	200	57,21	1476	219,47	14,37	1,06	7,1	0,84	0,79	44,93	8,7	23,11
- Neurochirurgia (*)	1	39	6	1	30	58,13	413	67,87	6,5	1,74	10,59	0,97	1,12	113,15	-1,23	39
- Neurologia	17	339	9	3	101	48,83	3382	279,88	10,07	0,83	9,98	0,91	0,92	54,5	8,33	19,94
- Oculistica	5	92	13	2	180	57,1	372	64,84	7,55	0,7	4,04	1,16	2,39	20,38	15,79	18,4
- Ortopedia e traumatologia	3	127	20	1	99	59,5	926	143,12	16,53	1,13	7,29	1,17	1,33	84,57	1,33	42,33
- Otorinolaringoiatria (*)	1	126	26	2	61	37,17	402	107,97	18,54	0,86	3,19	1,04	0,82	110,14	-0,29	126
- Urologia	3	266	21	5	107	58,08	1630	234,3	18,12	0,88	6,13	1,07	1,24	148,86	-2,01	88,67
- Terapia intensiva	10	135	12	8	396	62,4	1967	557,43	26,03	4,13	14,57	1,01	1,08	53,89	12,47	13,5
- Gastroenterologia	8	432	2			58,44	2544	415,53	1,82	0,96	5,89	0,95	0,79	87,12	0,87	54
- Oncologia (*)	1	175	10			58,31	510	186,8	14,45	1,07	2,91	1,05	0,63	139,73	-0,83	175
- Pneumologia (*)	1	53	1	1	16	62,68	511	57,33	0,91	1,08	9,64	0,98	0,89	140	-2,75	53
ero Presidio	115	4220	462	70	2548	57,62	27471	5689,4	511,42	1,35	6,51	1,5	0,93	65,45	3,44	36,7

I posti letto nel mese di marzo 2006 sono stati trasferiti al Polo oncologico

Tab. 6 - Fondazione Campanella, Polo Oncologico, Indicatori sanitari gennaio - dicembre 2006, Ricoveri ordinari

Disciplina	PL	Casi trattati	Casi 1 gg	Oltre soglia		Età media deg.	GG deg.	Peso Lavorato			DM	ICM	ICP	TU	IT	IR
				N°	GG Deg.			Totale	1 GG	Medio						
09 - Chirurgia generale	8	91	12	1	62	57,56	785	125,67	10,26	1,38	8,63	1,43	1,43	26,88	23,46	11,3
12 - Chirurgia plastica	3	95	31	4	138	52,17	364	87,27	24,28	0,92	3,83	1,01	1,01	33,24	7,69	31,6
13 - Chirurgia toracica	5	38				61,53	478	91,84	0	2,42	12,58	0,94	1,07	26,19	35,45	7,6
30 - Neurochirurgia	10	223	32	9	301	55,96	1958	338,34	32,97	1,52	8,78	0,85	0,93	53,64	7,59	22,1
37 - Ostetricia e ginecologia	8	117	8	3	126	50,57	1209	138,78	7,57	1,19	10,33	1,99	2,49	41,4	14,62	14,6
38 - Otorinolaringoiatria	5	158	20	2	64	37,15	690	161,89	14,53	1,02	4,37	1,25	1,12	37,81	7,18	31,1
58 - Gastroenterologia	4	160	8			52,67	582	151,03	8,19	0,94	3,64	0,93	0,49	39,86	5,49	40
64 - Oncologia	18	825	39	2	29	59,52	2789	867,98	42,59	1,05	3,38	1,04	0,73	42,45	4,58	45,8
68 - Pneumologia	10	213	12	5	203	62,46	2077	243,62	11,1	1,14	9,75	1,04	0,9	56,9	7,38	21,1
Intero Presidio	72	1920	162	26	923	56,06	10932	2206,4	151,48	1,15	5,69	1,28	0,81	41,6	7,99	26,6



Tab. 7 - Azienda Ospedaliera Ciaccio Pugliese, Indicatori sanitari gennaio - dicembre 2006, Ricoveri diurni

Disciplina	PL	Casi trattati	Età media	accessi	Peso Lavoro		N. medio accessi	ICM	ICP	TU	IT	IR	
					Totale	1 GG Medio							
08 - Cardiologia	2	350	58,6	514	223,95	144,97	0,64	0,99	0,54	102,8	0,0	175,0	
09 - Chirurgia generale	3	287	51,86	287	260,81	260,81	0,91	1,16	0,58	38,27	1,6	95,7	
10 - Chirurgia maxillo facciale	1	93	32,03	93	75,19	75,19	0,81	0,95	0,9	37,2	1,7	93,0	
11 - Chirurgia pediatrica	2	203	8	203	212,42	212,42	1,05	1,45	0,64	40,6	1,5	101,5	
18 - Ematologia	13	1689	54,9	6107	1967,7	789,57	1,17	3,62	0,69	187,91	-1,7	129,9	
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	898	40,37	1635	555,19	233,55	0,62	1,82	0,99	163,5	-0,7	224,5	
21 - Geriatria	2	323	72,36	896	254,62	76,51	0,79	2,77	1,02	179,2	-1,2	161,5	
24 - Malattie infettive tropicali	4	235	45,4	906	241,52	40,93	1,03	3,86	1,62	90,6	0,4	58,8	
26 - Medicina generale	4	915	55,34	3509	666,69	184,65	0,73	3,83	1	350,9	-2,7	228,8	
29 - Nefrologia	2	222	49,55	1212	229,15	28,69	1,03	5,46	1,13	242,4	-3,2	111,0	
30 - Neurochirurgia	1	128	49,67	128	97,46	97,46	0,76	1	0,55	51,2	1,0	128,0	
32 - Neurologia	1	1	90	1	0,73	0,73	0,73	1	0,97	0,38	0,4	249,0	
34 - Oculistica	4	1716	66,64	2342	1048,6	836,63	0,61	1,36	0,69	234,2	-0,8	429,0	
35 - Odontoiatria e stomatologia	4	223	51,75	227	174,94	171,88	0,78	1,02	1,04	1	22,7	3,5	
36 - Ortopedia e traumatologia	7	246	48,07	246	202,22	202,22	0,82	1	0,52	14,06	6,1	35,1	
37 - Ostetricia e ginecologia	8	1161	36,87	1204	812,46	798,09	0,7	1,04	1,16	60,2	0,7	145,1	
38 - Otorinolaringoiatria	2	279	46,33	498	229,99	95,61	0,82	1,78	1,21	99,6	0,0	139,5	
39 - Pediatria	11	1562	9,04	3333	950,04	429,08	0,61	2,13	0,97	121,2	-0,4	142,0	
40 - Psichiatria	6	107	48,45	1115	78,41	14,45	0,73	10,42	2,02	74,33	3,6	17,8	
43 - Urologia	7	555	60,79	1491	403,02	268,7	0,73	2,69	1,04	85,2	0,5	79,3	
49 - Terapia intensiva	1	76	55,14	122	79,63	34,07	1,05	1,61	0,75	48,8	1,7	76,0	
50 - Unità coronica	1	19	61,63	35	11,34	3,74	0,6	1,84	0,87	14	11,3	19,0	
52 - Dermatologia	1	191	48,93	359	150,16	92,2	0,79	1,88	1,02	143,6	-0,6	191,0	
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	2	41	51,39	1471	27,58	0	0,67	35,88	3,12	294,2	-23,7	20,5	
58 - Gastroenterologia	4	637	54,37	2766	511,37	45,37	0,8	4,34	1,66	276,6	-2,8	159,3	
61 - Medicina nucleare	1	158	59,89	598	97,13	24,19	0,61	3,78	1	239,2	-2,2	158,0	
62 - Neonatologia	1	185	0,47	516	170,47	50,68	0,92	2,79	1,23	206,4	-1,4	185,0	
64 - Oncologia	18	1074	62,57	13644	983,54	101,42	0,92	12,7	1,03	303,2	-8,5	59,7	
65 - Oncematologia pediatrica	10	547	17,65	4300	645,98	88,88	1,18	7,86	1	172	-3,3	54,7	
68 - Pneumologia	3	51	54,59	103	39,58	19,42	0,78	2,02	1,09	13,73	12,7	17,0	
Intero Presidio	130	14172	46,45	49861	11402	5422,1	0,8	3,52	1,08	1,2	153,42	-1,2	109,0



Tab. 8 - Azienda Ospedaliera Mater Domini, Indicatori sanitari gennaio - dicembre 2006, Ricoveri diurni

Disciplina	PL	Casi trattati	Età media	Età accessi	Peso Lavorato		N. medio accessi	ICM	ICP	TU	IT	IR	
					Totale	1 GG Medio							
07 - Cardiocirurgia (*)	1	24	63,67	24	80,38	3,35	1	1	1	9,6	9,42	24	
08 - Cardiologia	5	1060	57,7	3691	641,44	199,02	0,61	3,48	0,94	1,27	295,28	-2,3	212
09 - Chirurgia generale (*)	1	36	46,61	36	29,93	29,93	0,83	1	1,06	0,58	14,4	5,94	36
10 - Chirurgia maxillo facciale	3	130	44,02	133	137,05	134,42	1,05	1,02	1,23	0,93	17,73	4,75	43,33
12 - Chirurgia plastica (*)	1	46	43,2	46	38,18	38,18	0,83	1	0,95	0,99	18,4	4,43	46
14 - Chirurgia vascolare	3	42	51,31	47	62,98	56,51	1,5	1,12	1,5	0,29	6,27	16,74	14
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	1	495	51,53	703	384,14	286,12	0,78	1,42	1,12	0,77	281,2	-0,92	495
21 - Geriatria	1	11	72,45	17	10,43	7,69	0,95	1,55	1,23	0,64	6,8	21,18	11
24 - Malattie infettive tropicali	4	302	52,79	1069	263,52	47,14	0,87	3,54	0,92	1,49	106,9	-0,23	75,5
26 - Medicina generale	1	273	49,9	532	223,94	102	0,82	1,95	1,13	0,74	212,8	-1,03	273
30 - Neurochirurgia (*)	1	18	50,17	18	13,42	13,42	0,75	1	0,99	0,55	7,2	12,89	18
34 - Oculistica	4	612	65,65	721	388,82	351,42	0,64	1,18	1,02	0,6	72,1	0,46	153
36 - Ortopedia e traumatologia	2	185	48,11	303	154,93	94,66	0,84	1,64	1,06	0,85	60,6	1,06	92,5
38 - Otorinolaringoiatria (*)	1	26	42,96	26	24,03	24,03	0,92	1	1,35	0,46	10,4	8,62	26
43 - Urologia	1	567	61,99	842	393,74	305,92	0,69	1,49	0,99	0,63	336,8	-1,04	567
58 - Gastroenterologia	6	1526	52,56	3420	1204,2	478,58	0,79	2,24	1,07	0,86	228	-1,26	254,33
64 - Oncologia (*)	1	13	59,23	28	13,76	3,6	1,06	2,15	1,19	0,23	11,2	17,08	13
68 - Pneumologia (*)	1	11	56,55	12	7,39	6,83	0,67	1,09	0,95	0,34	4,8	21,64	11
Intero Presidio	38	5377	55,41	11668	4072,2	2259,9	0,76	2,17	1,01	0,74	122,82	-0,4	141,5



Tab. 9 - Fondazione Campanella, Polo oncologico, Indicatori sanitari gennaio - dicembre 2006, Ricoveri diurni

Disciplina	PL	Casi trattati	Età media	accessi		Peso Lavorato		N. medio accessi	ICM	ICP	TU	IT	IR
				Totale	1 GG	Medio	Medio						
09 - Chirurgia generale	4	12	40,17	12	10,9	10,9	0,91	1	1,16	0,58	1,2	82,33	3
12 - Chirurgia plastica	3	129	42,63	130	114,83	113,99	0,89	1,01	1,02	1	17,33	4,81	43
13 - Chirurgia toracica (*)	1	1	73	1	1,43	1,43	1,43	1	1,33	0,93	0,4	249	1
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	2	256	44,14	503	158,46	64,71	0,62	1,96	0,9	1,07	100,6	-0,01	128
30 - Neurochirurgia	1	79	49,49	135	59,86	48,82	0,76	1,71	1,01	0,93	54	1,46	79
37 - Ostetricia e ginecologia	4	111	46,08	112	84,82	84	0,76	1,01	1,27	0,54	11,2	8	27,75
38 - Otorinolaringoiatria	1	31	50,87	31	22,64	22,64	0,73	1	1,07	0,46	12,4	7,06	31
58 - Gastroenterologia	4	314	40,81	977	224,52	72,17	0,72	3,11	0,97	1,19	97,7	0,07	78,5
64 - Oncologia	17	631	60,68	4732	503,98	76,11	0,8	7,5	0,9	0,79	111,34	-0,76	37,12
68 - Pneumologia	2	218	52,44	469	170,41	75,31	0,78	2,15	1,1	0,66	93,8	0,14	109
Intero Presidio	39	1782	50,78	7102	1351,8	570,08	0,76	3,99	1,01	1,36	72,84	1,49	45,69

Tab. 10 - Attrazione aziende ospedaliere, ricoveri ordinari e day hospital - 2006

Provenienza Dimessi	COSENZA				PUGLIESE				MATER DOMINI				REGGIO CALABRIA				180916 INRCA	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%
101 - PAOLA	2.275	6,1	459	1,2	226	2,4	124	0,3	61	4,7	124	0,3	61	4,7	124	0,3	61	4,7
102 - CASTROVILLARI	2.594	6,9	105	0,3	178	1,9	60	0,2	51	3,4	60	0,2	51	3,4	60	0,2	51	3,4
103 - ROSSANO	2.186	5,8	364	1,0	259	2,7	77	0,2	41	2,7	77	0,2	41	2,7	77	0,2	41	2,7
104 - COSENZA	26.668	71,3	439	1,2	494	5,1	231	0,6	1.280	85,4	231	0,6	1.280	85,4	231	0,6	1.280	85,4
105 - CROTONE	1.331	3,6	2.761	7,5	1.261	13,1	95	0,3	33	2,1	95	0,3	33	2,1	95	0,3	33	2,1
106 - LAMEZIA TERME	609	1,6	2.615	7,1	1.340	14,0	158	0,4	12	0,8	158	0,4	12	0,8	158	0,4	12	0,8
107 - CATANZARO	214	0,6	26.729	72,6	4.178	43,5	192	0,5	1	0,7	192	0,5	1	0,7	192	0,5	1	0,7
108 - VIBO VALENTIA	532	1,4	1.827	5,0	726	7,6	840	2,3	1	0,7	840	2,3	1	0,7	840	2,3	1	0,7
109 - LOCRI	136	0,4	548	1,5	367	3,8	1.646	4,5	2	0,7	1.646	4,5	2	0,7	1.646	4,5	2	0,7
110 - PALMI	228	0,6	177	0,5	204	2,1	4.058	11,0	2	0,7	4.058	11,0	2	0,7	4.058	11,0	2	0,7
111 - REGGIO CALABRIA	138	0,4	87	0,2	121	1,3	28.238	76,9	-	0,0	28.238	76,9	-	0,0	28.238	76,9	-	0,0
Totale	36.911	98,7	36.111	98,0	9.354	97,5	35.719	97,2	1.484	99,0	35.719	97,2	1.484	99,0	35.719	97,2	1.484	99,0
EXTRA REGIONE	471	1,3	723	2,0	243	2,5	1020	2,8	14	0,1	1020	2,8	14	0,1	1020	2,8	14	0,1
Totale	37.382	100,0	36834	100,0	9597	100,0	36739	100,0	1498	100,0	36739	100,0	1498	100,0	36739	100,0	1498	100,0



Tab. 11- Posti letto esistenti azienda Ciaccio - Pugliese, Mater Domini e Polo

Aziende	Posti letto		
	Diurni	Ordinari	Totale
Ciaccio Pugliese	130	504	634
Totale	130	504	634
Mater Domini	31	110	141
Polo Oncologico	38	71	109
Totale	69	181	250
Totale generale	199	685	884

Tab. 12 - Dotazione posti letto Polo

Edificio	Posti letto		
	Diurni	Ordinari	Totale
Edificio Germaneto	10	60	70
Edificio Ciaccio	30	50	80
Totale	40	110	150

Tab. 13 - Dotazione posti letto Azienda ospedaliero

Edificio	Posti letto		
	Diurni	Ordinari	Totale
Edificio Germaneto	40	340	380
Nuovo edificio	100	350	450
Totale	140	690	830

I posti letto della attuale azienda ospedaliera Ciaccio – Pugliese sono intensamente utilizzati (Tab 4 e 7); si ritiene in ogni caso che una puntuale verifica della appropriatezza organizzativa può rideterminare un minore fabbisogno dei posti letto. In particolare, parte delle prestazioni che attualmente vengono erogate in regime diurno potranno essere erogate in regime ambulatoriale.

I posti letto dell'azienda Mater Domini non sono completamente utilizzati (Tab. 5 e 7); in particolare parte significativa delle prestazioni in DH possono essere trasferite in regime ambulatoriale.

I posti letto del Polo oncologico (attivo dal mese di marzo 2006) non sono completamente utilizzati e parte delle prestazioni in DH possono essere trasferiti in regime ambulatoriale.

L'edificio già esistente, dopo che saranno completati i lavori in corso da parte dell'Università, oltre alla didattica e ricerca, svolgerà anche le funzioni assistenziali di emergenza ed urgenza.

Il nuovo edificio sarà, invece, destinato, prevalentemente, a discipline dell'area medica.

La gestione unitaria consentirà di poter procedere alla riorganizzazione e rifunzionalizzazione degli spazi.

L'ubicazione del nuovo edificio, in area limitrofa all'attuale Campus universitario, richiederà una puntuale redistribuzione delle funzioni sanitarie nei due edifici che saranno comunque fisicamente collegati.

1.5.16.9 Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia

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

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

Nell'area insistono i presidi di Pizzo Calabro e Nicotera, mai utilizzati per attività di ricovero ospedaliero. Nel primo è prevista la realizzazione della Casa della salute; per il secondo va approfondita, con apposito studio di fattibilità a cura dell'ASP, la possibilità di utilizzazione per funzioni extra-ospedaliere ed, in caso di valutazione negativa degli esiti da parte della Giunta regionale, ne va operata la dismissione.

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

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180047	C.C. Villa Dei Gerani	0	40	40	36	0	36
Totale case di cura accreditate		0	40	40	36	0	36
180057	P.O. Serra San Bruno	10	59	69	82	0	82
180056	P.O. Soriano Calabro	35	32	67	0	62	62
180035	Tropea - Vibo Valentia	25	56	81	395	20	415
180034		30	173	203			
Totale presidi pubblici a gestione diretta		100	320	420	477	82	559
Totale ambito azienda sanitaria		100	360	460	513	82	595

1.5.16.10 Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria

Ambito territoriale Locri - Palmi

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

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

Il presidio di Polistena è destinato ad ospedale per acuti mentre i presidi di Oppido Mamertina e Siderno sono destinati a presidi di riabilitazione e lungodegenza. In quest'ultimo, inoltre, saranno garantite le funzioni di Primo Intervento e quelle di degenza di base medica ed oncologica.

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

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

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

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007- 2009 - Ambito territoriale Locri - Palmi							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180069	P. O. Siderno	14	74	88	23	70	93
180059	P.O. Locri	48	261	309	347	20	367
180063	P.O. Oppido Mamertina	4	18	22	0	62	62
180061	P.O. Polistena	13	109	122	121	0	121
180060	P.O. Palmi	3	26	29			
180064	P.O. Taurianova	0	18	18			
180068	P.O. Gioia Tauro	8	38	46			
	Nuovo presidio ospedaliero della Piana	0	0	0	280	20	300
Totale presidi pubblici a gestione diretta		90	544	634	771	172	943
180077	C.C. Villa Elisa	0	90	90	70	0	70
Totale case di cura accreditate		0	90	90	70	0	70
Totale ambito territoriale		90	634	724	841	172	1.013

Ambito Reggio Calabria

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

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

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

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

Posti letto al 31 dicembre 2006 e previsioni PSR 2007-2009 - Ambito Reggio Calabria							
Erogatore		Posti letto 31 dicembre 2006			Proposta PSR		
codice	denominazione	DH/DS	DO	Totale	Acuti	Non acuti	Totale
180076	C.C. Caminiti	0	53	53	48	0	48
180074	C.C. Policlinico Madonna della Consolazione	0	360	360	231	20	251
180073	C.C. Villa Aurora	0	100	100	80	0	80
180076	C.C. Villa Sant' Anna	0	40	40	36	0	36
180071	C.C. Istituto Ortopedico del Mezzogiorno	0	172	172	100	20	120
Totale case di cura accreditate		0	725	725	495	40	535
180062	P.O. Melito Porto Salvo	8	113	121	100	0	100
Totale presidi pubblici a gestione diretta		8	113	121	100	0	100
Totale ambito Reggio Calabria					595	40	635

1.5.16.11 Azienda ospedaliera di Reggio Calabria

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

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

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

1.5.16.12 Riepilogo generale posti letto

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

AMBITI	Previsione PSR		
	Acuti	Non	Totale
Paola - Cosenza (a)	1.224	523	1.747
Rossano - Castrovillari	702	200	902
Azienda Ospedaliera Cosenza	673	30	703
Totale provincia Cosenza	2.599	753	3.352
Crotone	607	210	817
Totale provincia Crotone	607	210	817
Lamezia Terme	404	132	536
Catanzaro	301	160	461
Azienda ospedaliero - universitaria Catanzaro	875	20	895
Totale provincia Catanzaro	1.580	312	1.892
Vibo Valentia	513	82	595
Totale provincia Vibo Valentia	513	82	595
Locri - Palmi	841	172	1.013
Reggio Calabria	595	40	635
Azienda Ospedaliera Reggio Calabria	681	35	716
Totale provincia Reggio Calabria	2.117	247	2.364
TOTALE POSTI LETTO	7.416	1.604	9.020

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

1.5.17 L'integrazione ospedale-territorio

1.5.17.1 Le reti per specialità

Le scelte di riordino della rete ospedaliera indicate nel piano sanitario regionale 2007-2009 richiedono fasi di attuazione progressiva, in rapporto alla complessità delle scelte strategiche. L'urgenza di conseguire un sensibile miglioramento dell'offerta di assistenza ai cittadini, impone la necessità di adottare in parallelo alcune misure di immediata attivazione. In questo quadro l'avvio di un sistema di "reti di assistenza per specialità" è possibile ed è realistica.

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

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

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

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

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

Gli **obiettivi** di tali reti sono quelli di:

- valutare i dati di mobilità intra e extra regionale per impostare adeguate politiche di contenimento;
- proporre misure per il miglioramento dell'offerta assistenziale;
- predisporre adeguate iniziative per l'aggiornamento professionale e la formazione continua in medicina;
- promuovere iniziative di confronto per individuare e diffondere le migliori pratiche clinico-assistenziali;
- promuovere l'individuazione, implementazione e diffusione delle linee guida per l'appropriatezza delle risposte;
- individuare criteri di valutazione, autovalutazione e accreditamento professionale;
- valutare adeguati processi di presa in carico dei pazienti;
- elaborare adeguati percorsi assistenziali, attraverso linee guida e protocolli basati sull'evidenza clinica;
- individuare gli strumenti e gli indicatori di controllo degli esiti dei percorsi clinico-assistenziali.

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

1.5.17.2 La continuità dei servizi tra ospedale e territorio

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

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

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

Lo sviluppo delle procedure mediche e chirurgiche, la crescita della qualità delle tecniche di intervento che riduce i danni causati dalle procedure chirurgiche migliorando il quadro prognostico, il progressivo miglioramento dei processi assistenziali apportati dalla massiccia introduzione di sistemi di telemedicina, teleconsulto e tediagnosi, 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.

1.5.17.3 La rete dell'emergenza-urgenza

Il sistema del 118 ha costituito e costituisce un fattore positivo per la tutela della salute nella fase di emergenza, così come la presenza dell’elisoccorso e la diffusione estremamente capillare

della guardia medica; anche la rete dei pronto-soccorso, è assai diffusa. Ma tutto il sistema mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza, che richiedono una rivisitazione complessiva.

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

La soluzione di tali problematiche deve essere assicurata attraverso:

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

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

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

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

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

Crotone e a Lamezia Terme, preferibilmente in area aeroportuale; la proposta è all'esame della competente Commissione consiliare.

La **componente aerea del servizio** comprende:

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

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

- gli **elicotteri** dovranno essere di ultima generazione, omologati in categoria "A" verticale con cabina certificata per impiego sanitario HEMS. Gli elicotteri dovranno inoltre essere strumentati per **operare sia di giorno che di notte**, anche se la turnazione loro richiesta sarà dall'alba al tramonto ovvero "HJ".
- il **velivolo ad ala fissa**, omologato per attività di soccorso sanitario, dovrà avere una velocità di crociera non inferiore a 850 Km/ora e poter volare a una quota superiore ai 10.000 metri.
- il velivolo ad ala fissa dovrà inoltre essere dotato di tutte le strumentazioni atte a consentire il suo intervento operativo **sia di giorno che di notte**, ovvero "H24", anche in condizioni meteo avverse.
- il **velivolo ad ala fissa sarà collocato sull'aeroporto di Lamezia Terme** dove è previsto l'allestimento di una vera e propria base operativa per equipaggi e personale sanitario, in servizio H24, accanto alla base HEMS per l'elicottero e con unica centrale operativa. Tali basi, anche in considerazione dell'ubicazione geografica degli altri aeroporti calabresi, eserciteranno pertanto un ruolo fondamentale nel soccorso aereo sanitario di emergenza.
- una **base operativa HEMS sarà allestita sull'aeroporto di Crotone** che diventerà base fissa, con equipaggio e personale sanitario sempre pronto in loco durante il turno di servizio, di uno dei quattro elicotteri.
- una **seconda base operativa HEMS sarà costruita a Montalto Uffugo (CS)**, secondo la normativa ENAC vigente, ed a tal scopo omologata in modo da potere regolarmente operare in sicurezza con l'elicottero che ivi sarà posizionato. Anche a Montalto Uffugo l'equipaggio ed il personale sanitario saranno sempre pronti all'interno della base durante il turno di servizio.
- il **terzo elicottero sarà dislocato a Locri (RC)** dopo aver messo, se possibile, a norma l'attuale sito utilizzato per l'elisoccorso. Una volta omologata dall'ENAC, la base di Locri diventerà a tutti gli effetti una base HEMS.
- il **quarto elicottero** sarà posizionato, con le stesse modalità tecniche ed operative adottate per Crotone, **sulla base HEMS che si realizzerà sull'aeroporto di Lamezia Terme**.
- saranno allestiti in prossimità delle principali strutture sanitarie calabresi **uno o più siti** idonei a garantire, in sicurezza, le operazioni di imbarco e/o sbarco degli ammalati; quelli situati in prossimità delle Aziende ospedaliere dovranno essere resi idonei anche al volo notturno. A tal fine deve essere avviato uno studio finalizzato alla redazione, congiuntamente ad altri Enti interessati (Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Forze di Polizia, etc.), di un piano regionale dei siti idonei ed autorizzati alle operazioni di atterraggio e decollo di velivoli ad ala rotante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.17.4 Il rapporto tra fase acuta della degenza e fase riabilitativa

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

Il governo clinico è fondato sull'assunzione, da parte di tutti i professionisti e delle istituzioni sanitarie, della responsabilità di fornire cure di qualità e di garantirne la sicurezza, anche mediante la diffusione della pratica e della cultura del lavoro interdisciplinare ed interprofessionale, individuando la misura e la prassi atte a superare la persistente dicotomia tra responsabilità individuale ed organizzativa, tra responsabilità personale e di gruppo. Ciò al fine anche di



predisporre azioni idonee alla prevenzione dei conflitti e alla gestione del contenzioso, alla diminuzione delle *malpractice* ed alla stabilizzazione del sistema assicurativo, nell'ottica del miglioramento della relazione tra professionisti e singoli pazienti, tra cittadinanza e servizio sanitario.

Ai diversi livelli di responsabilità del sistema sanitario regionale, il governo clinico si pone lo scopo ambizioso di regolare il processo decisionale in sanità, inserendosi tra il ruolo professionale degli operatori sanitari, quello autonomo dei cittadini e quello organizzativo degli amministratori. E' quindi un patto di reciproca responsabilità nell'ambito dei limiti possibili della medicina attuale, nel tentativo di condividere con la società l'onere di richiedere al servizio sanitario prestazioni fondate su evidenze scientifiche e di minimizzare quelle non altrettanto efficaci, per quanto utili. Il governo clinico è un mezzo perché una società democratica e fortemente partecipativa definisca modi e strumenti per consentire i migliori risultati delle cure nel rispetto delle esigenze comunitarie.

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

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

1.5.17.5 I servizi di supporto alla degenza ospedaliera.

La degenza intermedia

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

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

Tali strutture agiscono in immediata continuità con il ricovero ospedaliero per acuti, con quello di riabilitazione e di lungodegenza, costituiscono alternativa valida per l'accesso o la

dimissione programmata dal ricovero ospedaliero. Rappresentano anche momento programmato per assicurare la continuità assistenziale con le cure primarie o intermedie, fornendo un complesso variegato di prestazioni o servizi non erogabili convenientemente ed adeguatamente al domicilio del paziente. Rappresentano comunque una base attrezzata di servizi specialistici e di supporto per l'erogazione delle prestazioni, per la somministrazione controllata delle cure, e l'erogazione dell'assistenza farmaceutica programmata, per lo svolgimento delle attività di riabilitazione, per l'erogazione di prestazioni di primo soccorso e della continuità; ove strategico dal punto di vista dell'organizzazione del sistema di cure primarie e di continuità assistenziale diventano la base operativa per i medici di continuità e per l'urgenza medica.

L'ospedale di comunità

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

I centri residenziali di cure palliative

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

Il centro diurno per prestazioni specialistiche

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

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

Altre strutture di degenza intermedia

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

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

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

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

1.5.18 Eccellenza, alta specialità, ricerca

Il servizio sanitario della nostra Regione presenta deficienze gravi il cui superamento è la ragione stessa della riforma che il presente piano vuole realizzare. Tuttavia nel panorama

regionale esistono realtà avanzate, alcune di livello europeo, che sviluppano alta qualità assistenziale, ricerca e applicazione clinica di alto livello. Tali realtà testimoniano la possibilità di sviluppare la qualificazione del servizio ed al contempo contribuire efficacemente allo sviluppo di attività avanzate specie nella ricerca biotecnologica ed in genere delle scienze della vita. In proposito occorre considerare la presenza di tre università che al proprio interno sviluppano attività d'avanguardia in campi quali la bioingegneria, le bio e le nanotecnologie, la ricerca oncologica. Ciò spesso avviene in collaborazione con centri di assistenza e ricerca internazionali di primario livello. Inoltre è da segnalare la presenza di due importanti strutture del CNR con cui alcune qualificate unità operative del servizio sanitario regionale lavorano in radicata sinergia. Alcune strutture ospedaliere sviluppano problematiche di ricerca in settori importanti quali le cellule staminali, la nefrologia, la neurologia, la cardiocirurgia, le cerebro-lesioni acquisite e la neurogenetica.

In particolare presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria è presente l'attività di **ematologia, trapianto di midollo osseo e cellule staminali**, e quella di **nefrologia con trapianto** (in collaborazione con il CNR); il CNR è presente anche a Mangone (in provincia di Cosenza) con la sede principale **dell'Istituto di Scienze Neurologiche**, che ha un'altra sede in Calabria a Catanzaro. Presso l'ospedale di Lamezia Terme è presente **Centro regionale di neurogenetica**. Sono presenti altresì alcune attività svolte da strutture private accreditate, a Crotone per le **gravi cerebro-lesioni acquisite** ed a Catanzaro per la **cardiocirurgia**.

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

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

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

1.5.18.1 L' oncologia

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

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

1.5.18.2 La cardiocirurgia

Nell'ambito della rete cardiologica, così come individuata nell'azione di piano, la cardiocirurgia rappresenta l'attività di massima qualificazione.

Essa sarà realizzata nelle aree di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.



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

1.5.18.3 Trapianti

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

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

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

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

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

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

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

1.5.18.4 Centro regionale per la cura delle malattie endocrine

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

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

1.5.18.5 Rete ospedaliera pediatrica e polo pediatrico regionale

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

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

Obiettivi principali sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

Tutte le unità operative afferenti al Polo pediatrico devono essere dotate di adeguate risorse umane e tecnologiche e deve essere avviata un'attività di formazione con previsioni di stages presso strutture pediatriche altamente qualificate.

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

1.5.18.6 Trauma center- polo traumatologico regionale di Lamezia Terme

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

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

1.5.19 Le piattaforme avanzate

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

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

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

Una prima "piattaforma" dovrà affrontare le problematiche cardiologiche attraverso l'attivazione della cosiddetta "**Piattaforma cuore**". Essa deve unire oltre le tradizionali attività 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 con cellule staminali,
- la terapia elettrica dello scompenso cardiaco attraverso l'installazione di *pace-makers* bi-ventricolari e di defibrillatori impiantabili.

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

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

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

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

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

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

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

E' acquisizione consolidata il ruolo che l'interazione genoma-ambiente ricopre nello sviluppo delle patologie complesse, ma è altrettanto noto che la differenza di *background* genetico tra le differenti popolazioni comporta differenti sensibilità allo sviluppo delle malattie. L'acquisizione

dunque della variabilità genetica degli individui per la costruzione di profili di rischio genetici specifici sia per patologie che per popolazioni, ai fini di diagnosi e trattamento, è oggi obiettivo di grande rilevanza per le ricadute assistenziali economiche e sociali che ciò può avere.

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

2 OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Il contenuto del presente documento, è in linea con le indicazioni previste dal Programma straordinario di investimenti di cui alla legge n. 67 del 13 marzo 1988 art. 20 e s.m.i. e rispondono agli accordi fra lo Stato e le Regioni. Esso contiene le scelte strategiche fondamentali, compresi gli standards principali per il riordino della rete ospedaliera regionale in coerenza con il nuovo Piano sanitario regionale 2007-2009.

Il 2° Accordo di Programma, relativo alla seconda fase del Programma Straordinario di investimenti, si pone in una logica di continuità con il precedente accordo del 16/12/2004, prevedendo alcune scelte prioritarie degli interventi contenuti nel nuovo Programma regionale di completamento degli interventi approvato con la deliberazione della Giunta Regionale del 5 ottobre 2006 n. 669, e puntando sostanzialmente:

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

Tali interventi, concentrati nelle aziende sanitarie di Rossano, Catanzaro, Palmi e Vibo Valentia, riguardano la realizzazione ex novo di tre presidi di riferimento, rispettivamente, la realizzazione del Nuovo Ospedale della Sibaritide, del Nuovo Presidio di Catanzaro e Nuovo Ospedale della Piana ed infine il completamento del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia; quest'ultimo è già oggetto di un precedente finanziamento, i cui lavori sono rimasti sospesi per un intervento predisposto dall'Autorità Giudiziaria e il cui cantiere ha ottenuto soltanto di recente il dissequestro.

La realizzazione dei nuovi presidi e la conseguente rivisitazione dei restanti ospedali negli ambiti di competenza delle aziende interessate, consentirà, in generale, una riqualificazione dell'assistenza attraverso una razionalizzazione della rete, elevata qualità delle tecnologie e di comfort alberghiero ed l'ottimizzazione dei percorsi. Ciò consentirà, inoltre, una razionalizzazione dei flussi migratori intra-regionali ed una riduzione della mobilità extra-regionale.

2.1 Analisi S.W.O.T.

A supporto dell'analisi del contesto (interno ed esterno) entro cui si colloca il presente documento è stata predisposta un'analisi che consente di visualizzare contemporaneamente:

- punti di forza interni (Strenght);

- punti di debolezza interni (Weakness);
- opportunità esterne (Opportunities);
- minacce esterne (Threats)

In questo modo è possibile, in base ad un’ottica sistemica, evidenziare in modo chiaro e sintetico le variabili che possono agevolare oppure ostacolare il raggiungimento degli obiettivi del progetto, distinguendo tra fattori legati all’ambiente esterno e fattori legati invece all’organizzazione interna, e consentendo di orientare in modo più efficace le successive scelte strategiche ed operative.

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione definita su una base oggettiva nosografia ed epidemiologica delle aree interessate. - Individuazione dei presidi di riferimento per gli ambiti territoriali delle aziende e loro funzioni di riferimento. - Localizzazione degli interventi ex novo in aree strategicamente posizionate e come sintesi tra sfera di domanda e luogo di offerta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incertezza sui tempi di disponibilità delle risorse assegnate dallo Stato. - Strutture territoriali non definite.
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> - Linee strategiche come base e guida per la realizzazione del nuovo Piano sanitario regionale. - Programmazione consequenziale sul territorio delle aziende. - Fattori di sviluppo delle aree come naturale conseguenza alla realizzazione degli interventi 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilazione dei tempi di realizzazione degli interventi.

3 INTERVENTI PROGETTUALI

L'attuale politica di governo del Servizio sanitario regionale è rivolta 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.

In tal senso gli interventi che si intende attuare con il secondo accordo di Programma, costituiscono le nuove linee di indirizzo regionale tese a dotare le aziende sanitarie di Rossano (della Sibaritide), Catanzaro, Vibo Valentia e Palmi (della Piana) di un presidio di riferimento provvisto delle funzioni operative e delle discipline indicate precedentemente nel presente documento.

Tale scelta consente di proseguire nella

- riorganizzazione e adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standards alberghieri;
- rinnovamento e potenziamento della dotazione tecnologica;
- adeguamento alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- razionalizzazione dei percorsi, dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevare il livello di sicurezza

3.1 Localizzazione delle strutture ospedaliere

Il territorio della Regione Calabria non si caratterizza certo per essere un territorio in cui l'accessibilità, la rapidità degli spostamenti o la capillarità dei percorsi siano facilitati. L'orografia del terreno, la conformazione geoterritoriale, la perifericità urbana, l'assenza di moderne infrastrutture fanno sì che negli anni si siano moltiplicate le strutture ospedaliere presenti sul territorio. Ciò sembrava potesse garantire risposte ai cittadini, in realtà la microparcellizzazione ha prodotto esclusivamente presidi che non forniscono risposte sanitarie in regime di efficacia e di efficienza.

Alcune delle strutture esistenti appaiono inadeguate, non opportunamente ristrutturabili, male localizzate rispetto al territorio e, a volte, di difficile accessibilità.

Risulta necessario, in alcuni casi, praticare scelte radicali con la realizzazione di nuove strutture in sostituzione di più strutture piccole, attrezzate al punto di potere fornire un'assistenza adeguata e moderna in termini strutturali-impiantistici, tecnologici e organizzativi in siti facilmente raggiungibili per una migliore copertura territoriale dell'assistenza.

3.2 Obiettivi dell'Accordo di Programma

- 1) Realizzazione del “Nuovo ospedale della Sibaritide” per complessivi 350 posti letto in sostituzione degli ospedali di Rossano e Corigliano i quali saranno dimessi e destinati ad attività diverse da quelle ospedaliere.
- 2) Realizzazione del “Nuovo complesso ospedaliero di Germaneto” per complessivi 450 posti letto da realizzare in adiacenza alla struttura ospedaliero-universitaria già esistente a Germaneto in sostituzione dell'ospedale Pugliese di Catanzaro il quale in parte manterrà attività sanitarie ed in parte attività diverse da quelle ospedaliere.
- 3) “Adeguamento e completamento dell'ospedale di Vibo Valentia” per complessivi 350 posti letto in sostituzione del vecchio ospedale il quale sarà dimesso e destinato ad attività sanitarie e amministrative, diverse da quelle ospedaliere.
- 4) Realizzazione del “Nuovo ospedale della Piana” per complessivi 300 posti letto in sostituzione degli ospedali di Palmi e Gioia Tauro i quali saranno dimessi e destinati ad attività diverse da quelle ospedaliere.
- 5) Rinnovo del parco tecnologico connesso ai nuovi quattro ospedali.

Risultati attesi

1) Un ospedale nuovo nell'area della Sibaritide significa prima di tutto una razionalizzazione delle risorse esistenti, sia di natura tecnologica e strutturale ma soprattutto umane, il che permetterebbe al management un più razionale utilizzo, tanto da consentire la programmazione di reparti e servizi ad oggi non presenti sul territorio. La concentrazione degli interventi sanitari su un'unica struttura rende anche più chiara l'offerta sanitaria, che oggi è confusa e dislocata su quattro piccoli presidi, permettendo all'Azienda di evitare una mobilità veramente imponente per il territorio. La realizzazione di una nuova importante struttura di riferimento che centralizzi l'offerta ospedaliera permetterebbe ai distretti di effettuare una politica sanitaria di maggiore consistenza e visibilità realizzando così un nuovo stile di assistenza sanitaria, basata sulla qualità, l'umanizzazione e la centralità del fruitore dei servizi.

Un nuovo ospedale, agile, funzionale, tecnologicamente avanzato, che risponda a canoni consolidati dal punto di vista igienico-sanitario, avrà un livello di attrazione senza dubbio di gran lunga superiore a qualsiasi altra equivalente realizzazione originatasi da ristrutturazioni.

Inoltre, la costruzione di questo ospedale permetterà, la riorganizzazione degli altri ospedali esistenti, nel senso che:

- l'ospedale di Rossano diventerà sede della Direzione strategica, con tutti gli uffici annessi, del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale ecc.;
- l'ospedale di Corigliano diventerà parte sede del distretto e parte potrà essere destinata ad alienazione,
- l'ospedale di Cariati ospiterà la riabilitazione intensiva, e la lungodegenza oltre che la dialisi e 30 p.l per acuti; sarà potenziato il P.S., e la diagnostica laboratoristica e per immagini,
- Trebisacce ospiterà la lungodegenza, oltre che la dialisi, la chirurgia, la medicina e la cardiologia; verrà potenziato il Pronto Soccorso e la diagnostica laboratoristica, quella per immagini è già ad un buon livello.

2) nella Città di Catanzaro si è ritenuto opportuno realizzare una struttura ex novo piuttosto che continuare a investire risorse importanti in una struttura, il vecchio ospedale Pugliese, sicuramente non idonea a sopportare l'impatto di una nuova sanità. L'intervento consente di ridurre inoltre l'estrema frammentarietà dell'offerta ospedaliera offrendo la definitiva opportunità di

garantire l'integrazione e sinergia tra risorse ospedaliere e risorse universitarie finalizzate anche alla riduzione dei costi di gestione. Il PSR individua infatti nell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio e dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini, quest'ultima già a servizio dell'università, un momento importante per la crescita e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria. Inoltre, con il riutilizzo, sebbene parziale, del vecchio ospedale Pugliese si garantisce l'unitarietà dell'offerta dei servizi territoriali di base oggi assai carente.

3) Nella città di Vibo Valentia si impone la dismissione dell'attuale Ospedale JAZZOLINO per gli ineliminabili vincoli imposti dalla limitatezza degli spazi e il conseguente adeguamento e completamento del nuovo ospedale in loc. Cocari secondo il progetto esecutivo già esistente da sottoporre ad aggiornamento prezzi, acquisto arredi e attrezzature a seguito dell'annullamento dell'aggiudicazione al consorzio TIE che aveva effettuato limitati lavori iniziali.

Il progetto corrisponderà alle esigenze di offerta sanitaria dell'area urbana di Vibo Valentia per come previsto nel PSR sia sotto il profilo degli standards dimensionali ed impiantistici sia sotto quello delle dotazioni tecnologiche di diagnosi e cura.

4) Nella Piana di Gioia Tauro sono attive n° 5 strutture ospedaliere (Polistena, Palmi, Gioia Tauro, Taurianova e Oppido Mamertina) non in grado, nel loro complesso, di dare concrete risposte sanitarie alle esigenze della popolazione (circa 160.000 abitanti). Ciò succede per la inadeguatezza delle strutture, vetuste e a volte fatiscenti, di concezione, anche distributiva, ormai superata, molto carenti dal punto di vista del confort alberghiero, per lo più con scarsa, se non irrilevante, capacità ricettiva, spesso con difficili collegamenti con la viabilità principale. Il solo ospedale di Polistena possiede le potenzialità per fornire un livello accettabile di assistenza sanitaria, purché si effettuino seri interventi di ammodernamento e adeguamento. La creazione del nuovo ospedale della Piana consentirebbe di sopperire alle problematiche prospettate, darebbe concrete risposte sanitarie oggi cercate altrove, abbatterebbe l'emigrazione per salute, realizzerebbe numericamente e qualitativamente la ricettività ospedaliera allineandosi alle percentuali nazionali di ricoveri per acuti rapportati ai residenti nel territorio, eliminerebbe la frammentarietà dell'offerta, consentirebbe la trasformazione in attività di lungodegenza e riabilitazione (oggi di fatto inesistente) e di uffici delle strutture ospedaliere che si andrebbero a dismettere.

5) Il rinnovo del parco tecnologico e strumentale risponde alla logica di consentire il miglior approccio professionale possibile alle patologie presenti nell'ottica di una migliore e più efficace risposta al cittadino.

La scelta definitiva di questi interventi è rivolta a colmare le gravi difficoltà strutturali riscontrate.

3.3 NUOVO OSPEDALE DELLA SIBARITIDE

Motivazioni dell'intervento (analisi delle criticità)

Le ragioni che stanno alla base della costruzione di un nuovo ospedale nella Sibaritide, possono suddividersi in considerazioni di carattere negativo e positivo.

Le prime consistono sostanzialmente nei limiti delle strutture ospedaliere esistenti, che a loro volta, possono essere distinte in tre categorie: urbanistici, strutturali e organizzativi.

1. Il contesto urbanistico degli attuali nosocomi, (sono tutti disomogeneamente distribuiti sul territorio e compressi tra costruzioni di edilizia residenziale dei vari centro città), oltre a non garantire un'accessibilità adeguata da parte dell'utenza, non consente nessuna possibilità di espansione e di realizzazione di servizi collaterali indispensabili (basti pensare all'inesistenza di un parcheggio a disposizione dei visitatori, o laddove presente assolutamente insufficiente sia per i visitatori che per gli utenti, che per il personale)

2. La strutture edilizie risentono dei continui adattamenti intervenuti nel tempo, per aggiunte successive e disorganiche ai progetti originari, in assenza di progetti complessivi di realizzazione secondo i dettami della tecnica ospedaliera e dell'igiene edilizia.

Si è così generata da tempo una commistione di percorsi (pulito-sporco operatori-visitatori, ecc..) impossibile da correggere, se non con interventi estremamente costosi.

La dispersione degli impianti a maggior assorbimento tecnologico e di risorse umane nei vari presidi ha generato inefficienza gestionale obbligata, non emendabile se non con un radicale intervento organizzativo e strutturale, dai costi proibitivi e dai risultati non eccellenti.

Così dicasi della dislocazione ed insufficienza delle centrali di fornitura e distribuzione dell'energia e dei gas medicali, nonché di tutti i problemi di adeguamento introdotti dalla legislazione europea e nazionale di settore, nei quattro presidi ospedalieri, emersi in maniera rilevante in occasione delle recenti visite ispettive dei NAS appositamente disposte dal Ministero della Salute oltre che dallo stesso Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

3. Dal punto di vista organizzativo, il limite più grande dell'ex AS 3 Rossano, è rappresentato dal decentramento dei quattro presidi che insistono sul territorio, con la conseguenza che vengono offerti servizi simili, l'uno dell'altro, che non permettono la crescita dei servizi sanitari di quest'ambito territoriale.

Le condizioni in positivo per una nuova ed unica struttura ospedaliera, invece, oltre a ricomprendere valutazioni di segno opposto ai rilievi fatti sugli attuali nosocomi, non possono non includere il valore aggiunto del "tutto nuovo", rispetto ad ogni progetto di ristrutturazione del "vecchio", anche nell'ipotesi, anzi confutata, che ce ne potesse essere la possibilità.

Dimensionamento e posti letto

Lo studio per la realizzazione del Nuovo Ospedale della Sibaritide tiene conto di quanto predisposto dalle linee di indirizzo per il riordino della organizzazione e delle attività sanitarie regionali ed in particolare dalla proposta di PSR recentemente redatta dall'Assessorato alla Tutela della Salute della Regione Calabria, che configurano la struttura come PO di riferimento con funzioni operative e strutture operative stabilite alla tabella A (cfr pag. 39) del presente documento.

Compatibilità urbanistica

Il sito individuato per la costruzione del nuovo ospedale è un quadrante extra urbano nel Comune di Corigliano Calabro posto sul confine tra i comuni di Rossano e Corigliano maggiormente interessati dall'intervento scelta già approvata dalla Conferenza dei Sindaci dei 36 Comuni ricadenti nel territorio dell'ex AS 3 Rossano così come risulta dalla deliberazione n. 620 del 20/07/2006.

Si tratta di un'area di circa 200.000 mq, in parte (40.000 mq.) occupata da una ex struttura sportiva attualmente in disuso di proprietà dei due Comuni, che presenta caratteristiche tali da garantire un'ottimale potenzialità di interconnessione alle infrastrutture esistenti.

Il lotto interessato dall'intervento è posto a ridosso dell'arteria stradale SS. 106 (E90) che attraversa l'intero territorio dell'ex AS 3 e che quindi rende l'area di facile accessibilità da parte dell'intera utenza di pertinenza.

Dal lato SUD-OVEST esiste la vecchia SS 106 che collega i due Comuni di Corigliano Calabro e di Rossano attraversando la parte più interna del territorio.

E' in corso la realizzazione di un soprapasso dell'asse ferroviario che collega direttamente la vecchia SS 106 alla futura area Ospedaliera creando così un accesso alternativo per tutta l'utenza dei Comuni di Corigliano e Rossano.

Alle possibili direttrici di accesso del traffico su gomma si aggiunge, sempre sul lato sud-ovest, la presenza della linea ferroviaria ionica, che permette di formulare una concreta e realistica ipotesi di realizzazione di una moderna fermata ferroviaria impresenziata di tipo "metropolitano".

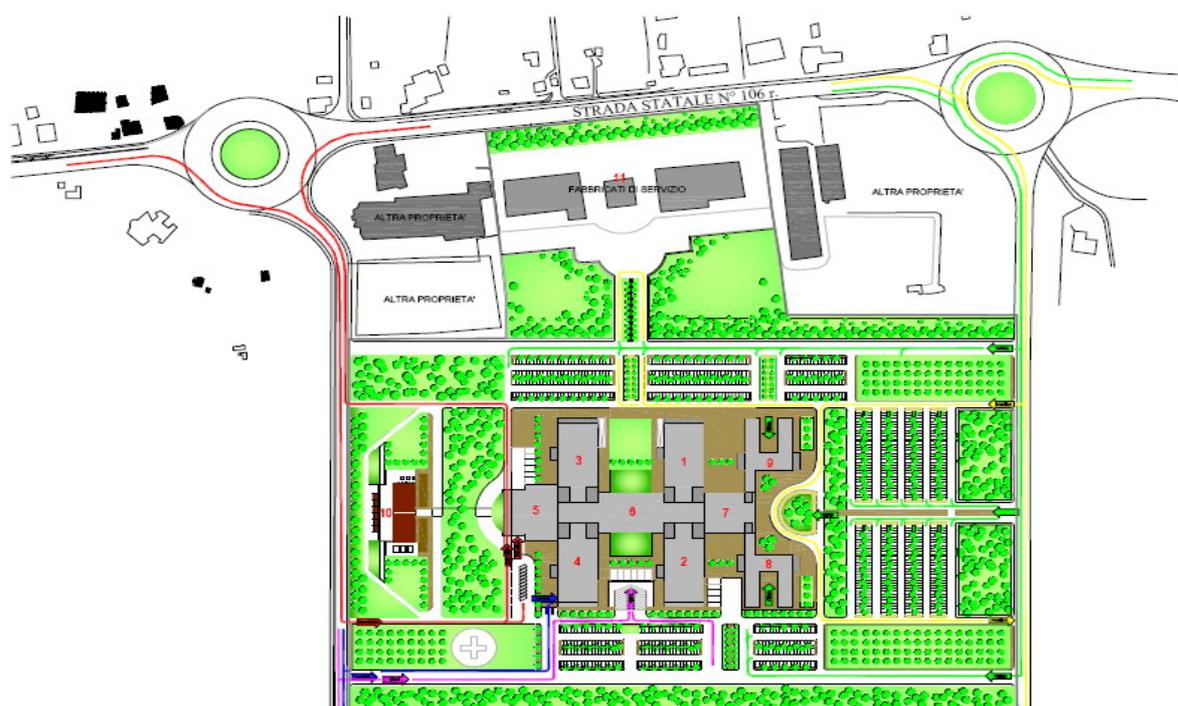
Per quanto riguarda la classificazione dell'area si sottolinea che nel PRG del Comune di Corigliano i 40.000 mq della ex struttura sportiva sono già classificati come area per Servizi Generali, mentre per la rimanente parte attualmente destinata ad uso agricolo, il Comune di Corigliano Calabro di concordo con l'Ufficio Tecnico dell'ex AS 3 Rossano ha già avviato la procedura per la variante del PRG che prevede per l'area interessata la classificazione di tipo F (Servizi Generali), idonea per la realizzazione di nuovi ospedali.

Descrizione dell'intervento

Il progetto di insediamento nell'area è così articolato:

1. un sistema di piazze a quote diverse e rilevati di terreno (i parcheggi), consentono di armonizzare l'inserimento nel paesaggio dell'intero complesso di fabbricati che si prevede di realizzare. Trattandosi infatti di un intervento di notevole entità sia per quantità che per peso delle funzioni insediate, si è cercato di limitare l'impatto sul paesaggio agricolo attraverso la progettazione attenta degli spazi aperti e pubblici e la previsione di fabbricati che non superano i quattro piani fuori terra.
2. La progettazione degli spazi collettivi oltre a perseguire l'obiettivo di intessere le relazioni fisiche con il paesaggio circostante in modo armonico, consente di definire e caratterizzare i luoghi proposti come riconoscibili e facilmente fruibili.
Le tre funzioni principali che ivi sono previste:
 - sanitaria e assistenziale,
 - ricettiva commerciale e alberghiera,
 - dei servizi di supportotrovano ciascuna una proiezione sullo spazio esterno che ne facilita l'identificazione, l'accesso, la fruizione, attraverso l'uso di elementi di progettazione urbana come portici, piazze, logge e percorsi coperti.
3. I fabbricati, che nel loro insieme definiscono un contesto urbanizzato, sono concepiti con tipologie edilizie chiare in funzione delle attività ospitate: la struttura ospedaliera, il centro commerciale ed alberghiero, i corpi per le centrali tecnologiche, i fabbricati dei servizi di supporto.

Tale articolazione è meglio rappresentata nello schema seguente.



Il nuovo insediamento si compone di più parti funzionali così individuate:

- l'ospedale, costituito dai corpi 1, 2, 3, 4, 5, 6,
- il sistema di accoglienza, costituito dal corpo di collegamento 7 tra la piazza e dai due corpi ortogonali alla piazza stessa.

A supporto di queste due "parti" produttrici di servizi di vario genere (sanitari ed altro) vi sono due aggregazioni di fabbricati che costituiscono:

- le centrali tecnologiche (10), produttrici o erogatrici di quanto necessario a far funzionare l'intero complesso: energia elettrica, riscaldamento, raffrescamento, acqua sanitaria, gas etc.;
- l'area dei servizi di supporto (8 9), ove concentrare l'approvvigionamento, lo stoccaggio, la distribuzione del materiale di consumo, di guardaroba, di cucina etc..

L'ospedale

In estrema sintesi, si tratta di un organismo ospedaliero costituito da quattro corpi di degenze attestati su di un asse centrale di reparti speciali (sale operatorie, Radiologia etc.); a tale struttura, fortemente specializzata, si collega il corpo 7 ove trovano collocazione; l'accettazione e le funzioni più legate ad un accesso ambulatoriale (poliambulatorio, prelievi etc..).

Il corpo 7 è, in quanto accesso principale all'ospedale, il corpo di collegamento con la piazza principale di accesso alla struttura da parte dell'utenza diretta all'ospedale "programmato", accesso ovviamente distinto da quello verso l'ospedale dell'emergenza.

Il sistema di accoglienza

Accanto all'ospedale vero e proprio si propone di realizzare un "sistema di accoglienza", costituito da funzioni ricettive in senso lato e funzioni affini a quelle assistenziali.

Si tratta, per le prime, di attività quali:

- bar, ristorante e mensa per i dipendenti
- foresteria

- attività commerciali di contorno (proprie delle strutture ospedaliere) quali edicola, libreria, biblioteca, articoli sanitari e di merceria, fiori etc.;
- uffici per la gestione (anche in affidamento a terzi) dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri,
- servizi bancari ed assicurativi
- enti territoriali e sportelli telematici,
- uffici onoranze funebri.

Aree funzionali

E' stata individuata una organizzazione della struttura per aree funzionali, nel senso che sono state differenziate le aree dei servizi di supporto e le attività commerciali dalle aree sanitarie. Le aree sanitarie sono state collocate in base al concetto di progressione della intensità delle cure, a partire dall'ingresso posto al livello 0, in cui si trovano funzioni di accoglienza-informazione per il pubblico, a seguire i corpi 1-2 adibiti ad area poliambulatoriale ed emodialisi, per poi passare all'area diagnostica per immagini, per finire nell'area del Pronto Soccorso.

In generale all'interno della struttura sono state individuate le seguenti aree funzionali:

- area ingresso, accoglienza ed informazioni
- area commerciale e dei servizi
- area urgenza e diagnostiche e terapeutiche complesse
- area diagnostico terapeutica
- area interventistica e degenza intensiva
- area di degenza ordinaria.

Le aree commerciali sono previste nei corpi 8 e 9 al livello 0 corrispondente alla quota della distribuzione generale. Le attività sono collocate ai margini della piazza realizzata alla medesima quota; in questo modo l'area commerciale principale sarà realizzata alla quota nella quale si prevede il maggiore afflusso di pubblico. Inoltre, gli edifici che delimitano lateralmente la piazza sono destinati alle attività commerciali a servizio dell'ospedale: la mensa/ristorante, l'asilo nido e la foresteria. Quest'ultima assieme ad un'area per l'Associazione è prevista al piano superiore dei corpi 8 e 9.

Corpi a degenze

I corpi delle degenze 1-2-3-4 saranno a corpo quintuplo, le camere di degenza sono previste a due letti con servizi propri; le camere singole richieste dalla normativa mantengono comunque la dimensione delle camere a due letti per consentire la massima flessibilità all'interno dell'area funzionale. Il modulo nei corpi a degenza è di 40 posti letto.

I reparti di ostetricia e pediatria sono dotati di un numero maggiore di camere singole, data la peculiarità dei pazienti; inoltre tutte le camere sono studiate per permettere la vicinanza madre-figlio.

Poliambulatorio

Le aree dell'attività poliambulatoriale specialistica sono poste al livello 0, in prossimità all'area accoglienza ed accettazione.

Spazi Direzionali

Le direzioni sono poste ai livelli 1, 2 e 3 del corpo 7, precisamente sopra l'ingresso principale e l'area accoglienza accettazione. Sono accessibili dall'ingresso principale e comunque direttamente collegate ai reparti ed alle aree commerciali poste al piano superiore dei corpi 8 e 9.

Laboratorio

E' prevista la sua collocazione al livello 0 .

Pronto Soccorso – Corpo Emergenze

Nel corpo 5 , collocato nel terminale opposto all'ingresso principale dell'ospedale, sono stati previsti a partire dal livello 0 l'area del pronto soccorso, con ingresso per le emergenze indipendente, al livello 1 l'area UTIC-rianimazione, al 2° livello il blocco operatorio, al 3 livello le sale travaglio e parto e l'isola neonatale. Allo stesso tempo si è cercato di collegare a queste aree di "Emergenza" reparti e aree funzionali direttamente correlate..

Studi medici

Nel corpo centrale 6, ai livelli 1, 2 e 3 sono stati posti gli studi medici a disposizione dei reparti e adiacenti all'area Direzionale. In quest'area troveranno collocazione gli spazi dedicati alla libera professione

Farmacia e sterilizzazione

Si tratta di servizi centralizzati dislocati al livello –1.

Archivi e depositi e centrali tecnologiche

E' stata prevista al piano seminterrato un'area a disposizione di archivi e depositi/magazzini

Al livello –1 si prevede un tunnel tecnologico di collegamento con il corpo esterno in cui troveranno collocazione la maggior parte delle centrali tecnologiche.

Al livello 4 del complesso si prevede un piano tecnico ove collocare una quota parte delle centrali tecnologiche.

Umanizzazione

L'idea di "umanizzazione" dell'ospedale è complessa e riguarda molteplici aspetti sia organizzativi che strutturali; la volontà, sempre più sentita, di ospitare i pazienti ed i visitatori in ambienti in grado di suscitare sensazioni familiari senza però trascurare i più alti livelli di efficienza e di sicurezza igienistica e fisica determina precise scelte progettuali relative agli spazi costruiti, al rapporto con l'intorno ed ai materiali impiegati. Il rapporto tra la città e l'ospedale, la presenza di aree verdi disponibili per eventuali passeggiate o comunque "visibili", l'uso di materiali confortevoli, l'utilizzo intelligente dei colori sono elementi tenuti in considerazione nella stesura del progetto che possono contribuire al miglioramento delle condizioni del paziente e che dovranno essere adeguatamente approfonditi nelle fasi esecutive del progetto.

La sistemazione a verde di ampie aree scoperte significa qualcosa di più di un'opera più o meno elaborata d'abbellimento dello spazio verde: deve costituire un contesto ambientale funzionale alla percezione, da parte di degenti e operatori, di un senso di tranquillità, di serenità e di accoglienza.

Personale

La realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero produrrà sensibili economie in termini strutturali e di personale.

Arredi e Tecnologie

L'ipotesi è quella di riutilizzare gli arredi di quelle UU.OO. oggetto di recenti ristrutturazioni che si presentino in buone condizioni al momento dell'attivazione della nuova struttura, programmando in congruo anticipo, dei nuovi acquisti che siano ben amalgamati con l'esistente.

Tecnologie: Per quanto riguarda il parco tecnologico si prevede un rinnovo radicale dello stesso, ciò anche in considerazione della vetustà dell'attuale parco tecnologico dei due ospedali di Corigliano e Rossano. Da sottolineare anche in questo caso il recupero di quelle tecnologie di recente acquisizione (telecomando digitale, diagnostica digitale diretta, ecografi di ultima generazione, etc.) ed in buone condizioni che potranno essere trasferite nella nuova realtà ospedaliera.

Per quanto riguarda le alte tecnologie si prevede l'acquisto di una nuova RMN da 1,5 T e di due TC multislices. Di fondamentale importanza la realizzazione del cablaggio dell'intero ospedale per la gestione del telesoccorso, teleradiologia, ecc.

Priorità ed obiettivi

Il progetto complessivo del Nuovo Ospedale concretizza gli indirizzi della programmazione sanitaria aziendale e regionale che sono:

- Realizzare una struttura ospedaliera moderna, che non sia semplice sommatoria delle strutture esistenti citate in premessa;
- Garantire il collegamento del Nuovo Ospedale alla rete dei servizi del territorio provinciale di cui sarà il riferimento per l'emergenza e l'assistenza sanitaria di II livello.
- Impostare l'organizzazione della struttura per funzioni omogenee (degenza, ambulatori, day hospital, servizi di radiologia e laboratorio centralizzati).
- Differenziare, per quanto possibile, i percorsi fra pazienti interni e pazienti esterni, operatori sanitari, visitatori e fornitori;
- Integrare le normali attività sanitarie con altre di tipo complementare e di supporto: esercizi commerciali, alberghieri e di ristorazione, servizi (poste, banca) e attrezzature collettive (asilo nido), nonché spazi per attività culturali (biblioteca) e per associazioni di volontariato e di assistenza sociale.
- Applicare il modello dipartimentale delle aree di diagnosi e cura attraverso la concentrazione di studi medici, segreterie, sale riunioni, in apposite aree, evitando di collocare studi all'interno delle aree di degenza.
- Centralizzare gli spazi di diagnosi e cura.
- Applicare i principi di:

Affidabilità: riduzione dei rischi sismici, d'incendio, idrogeologici, infettivi, per garantire l'efficienza della struttura anche in caso di grande calamità;

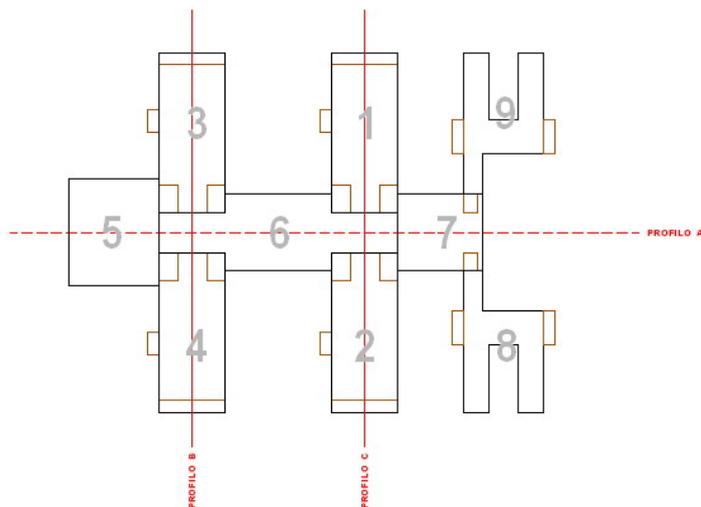
Flessibilità: realizzazione dei fabbricati e degli impianti con sistemi costruttivi che consentano modificazioni e crescite senza compromettere la coerenza originale del progetto

Costo di realizzazione

Per quanto attiene ad una prima stima economica della struttura ospedaliera da 350 PL si sono applicati parametri di costo a metro quadro per tipologia di opera, differenziati per le seguenti aree ospedaliere:

1. aree tecniche
2. connettivi e servizi a basso contenuto tecnologico
3. servizi sanitari a medio/basso contenuto tecnologico
4. servizi sanitari ad alto contenuto tecnologico

Partendo dall'analisi della struttura ospedaliera in figura si è realizzata una suddivisione delle aree per corpi d'opera che si riporta in tabella.



DISTINTA SUPERFICI						
LIVELLO	Corpo	Piano	TOT Superfici di piano	S.U.	Centrali e Cavedi Imp	Percorsi verticali e orizzontali
LIVELLO -1	1	PS	1410	1065	0	345
	2	PS	1410	1065	0	345
	3	PS	1410	1065	0	345
	4	PS	1410	1065	0	345
	5	PS	1920	1500	420	0
	6	PS	3840	3480	360	0
	7	PS	0	0	0	0
	8	PS	0	0	0	0
	9	PS	0	0	0	0
	10	PS	750	0	750	0
TOTALI di piano			12150	9240	1530	1380
LIVELLO 0	1	PR	1410	1065	0	345
	2	PR	1410	1065	0	345

	3	PR	1410	1065	0	345
	4	PR	1410	1065	0	345
	5	PR	1710	1710	0	0
	6	PR	3840	3620	220	0
	7	PR	1270	1170	0	100
	8	PT	0	0	0	0
	9	PT	0	0	0	0
	10	PT	750	0	750	0
	<i>TOTALI di piano</i>		<i>13210</i>	<i>10760</i>	<i>970</i>	<i>1480</i>
LIVELLO 1	1	P1	1410	1065	0	345
	2	P1	1410	1065	0	345
	3	P1	1410	1065	0	345
	4	P1	1410	1065	0	345
	5	P1	1920	1800	120	0
	6	P1	2640	820	220	1600
	7	P1	970	870	0	100
	8	P1	0	0	0	0
	9	P1	0	0	0	0
	10	P1	0	0	0	0
	<i>TOTALI di piano</i>		<i>11170</i>	<i>7750</i>	<i>340</i>	<i>3080</i>
LIVELLO 2	1	P2	1410	1065	0	345
	2	P2	1410	1065	0	345
	3	P2	1410	1065	0	345
	4	P2	1410	1065	0	345
	5	P2	1920	1800	120	0
	6	P2	2370	820	220	1330
	7	P2	970	870	0	100
	8	P2	0	0	0	0
	9	P2	0	0	0	0

	10	P2	0	0	0	0
<i>TOTALI di piano</i>			<i>10900</i>	<i>7750</i>	<i>340</i>	<i>2810</i>
LIVELLO 3						
	1	P3	0	0	0	0
	2	P3	0	0	0	0
	3	P3	1410	1065	0	345
	4	P3	1410	1065	0	345
	5	P3	1920	1800	120	0
	6	P3	0	0	0	0
	7	P3	0	0	0	0
	8	P3	0	0	0	0
	9	P3	0	0	0	0
	10	P3	0	0	0	0
<i>TOTALI di piano</i>			<i>4740</i>	<i>3930</i>	<i>120</i>	<i>690</i>
LIVELLO 4						
	1	Ptec	0	0	0	0
	2	Ptec	0	0	0	0
	3	Ptec	0	0	0	0
	4	Ptec	0	0	0	0
	5	Ptec	0	0	0	0
	6	Ptec	0	0	0	0
	7	Ptec	0	0	0	0
	8	Ptec	0	0	0	0
	9	Ptec	0	0	0	0
	10	Ptec	0	0	0	0
<i>TOTALI di piano</i>			<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>TOTALI</i>			<i>52000</i>	<i>39430</i>	<i>3300</i>	<i>9440</i>

In base alle quattro tipologie di area scelte per il calcolo si ha il seguente quadro

Dettaglio superfici per tipologia		superfici
CENTRALI		
Area tecnologica: Centrali, sottocentrali, vani e cavedi	mq	3.300
totale		3300
CONNETTIVI, SERVIZI BASSA TECNOLOGIA		
Servizi centralizzati: Archivi - Magazzini - Depositi	mq	3.200
Servizi centralizzati: Spogliatoi	mq	2.160
Servizi centralizzati: Farmacia - Sterilizzazione - Guardaroba	mq	2.400
Servizi centralizzati: Terminale di Sottocucina	mq	1.000
Percorsi: Connettivi verticali e orizzontali	mq	9440
totale		18200
SERVIZI SANITARI MEDIO/BASSA TECNOLOGIA		
Area direzionale: Uffici - Accettazione - Studi medici	mq	3.300
Poliambulatori	mq	700
Servizi centralizzati: Laboratori	mq	1.065
Degenze e servizi di supporto: Area chirurgica	mq	5.560
Degenze e servizi di supporto: Area Medica	mq	6.600
Area Pronto soccorso - Locali 118	mq	1.710
Area Morgue e Anatomia Patologica	mq	1.065
totale		20000
SERVIZI SANITARI ALTA TECNOLOGIA		
Comparto operatorio: Sale operatorie	mq	1800
Comparto operatorio: Blocco Parto	mq	1.800
Area Terapia intensiva	mq	1.800
Endoscopia emodinamica semintensiva DH e DS	mq	1.500
Diagnostiche: Diagnostica per immagini	mq	2.100
Diagnostiche: Predisposizione Radioterapie e Medicina Nucleare	mq	1.500
totale	mq	10500
totale complessivo		52000

Applicando alle diverse tipologie di area un costo stimato al mq. per:

- opere edili
- impianti elettrici
- impianti meccanici
- tecnologie sanitarie
- arredi

si ha la seguente distinta dei costi:

DISTINTA COSTI DI REALIZZAZIONE

		costo		costo totale
		mq.	mq.	
A.1 -opere edili e affini				
A.1.1	aree tecniche	3300	200,00	660.000,00
A.1.2	connettivi e servizi a basso contenuto tecnologico	18200	300,00	5.460.000,00
A.1.3	servizi sanitari a medio/basso contenuto tecnologico	20000	500,00	10.000.000,00
A.1.4	servizi sanitari ad alto contenuto tecnologico	10500	700,00	7.350.000,00
<i>Somma Capo A.1</i>			€	23.470.000,00
A.2 -impianti elettrici e speciali				costo totale
<i>Centrali</i>				2.350.000,00
<i>Distribuzione</i>		mq.	costo mq.	
A.2.1	aree tecniche	3300	50,00	165.000,00
A.2.2	connettivi e servizi a basso contenuto tecnologico	18200	100,00	1.820.000,00
A.2.3	servizi sanitari a medio/basso contenuto tecnologico	20000	200,00	4.000.000,00
A.2.4	servizi sanitari ad alto contenuto tecnologico	10500	400,00	4.200.000,00
<i>Somma Capo A.2</i>			€	12.535.000,00
A.3 -impianti meccanici				costo totale
<i>Impianti elevatori</i>				1.200.000,00
<i>Centrali</i>				3.500.000,00
<i>Distribuzione</i>		mq.	costo mq.	
A.3.1	aree tecniche	3300	20,00	66.000,00
A.3.2	connettivi e servizi a basso contenuto tecnologico	18200	50,00	910.000,00
A.3.3	servizi sanitari a medio/basso contenuto tecnologico	20000	160,00	3.200.000,00
A.3.4	servizi sanitari con alta tecnologia	10500	300,00	3.150.000,00



				costo	
		mq.	mq.	mq.	costo totale
<i>Sommano Capo A.3</i>					€ 12.026.000,00
A.4 - aree esterne e viabilità					
A.4.1	sistemazione aree esterne (verde, parcheggi, pedonali)	180000	15,00		2.700.000,00
A.4.2	viabilità interna				1.250.000,00
<i>Sommano Capo A4</i>					€ 3.950.000,00
A.5 - tecnologie sanitarie					
A.5.1	aree tecniche	3300	0,00		0,00
A.5.2	connettivi e servizi	18200	0,00		0,00
A.5.3	servizi sanitari con medio/bassa tecnologia	20000	260,00		5.200.000,00
A.5.4	servizi sanitari con alta tecnologia	10500	500,00		5.250.000,00
<i>Sommano Capo A5</i>					€ 10.450.000,00
A.6 - arredi					
A.6.1	aree tecniche	3300	0,00		0,00
A.6.2	connettivi e servizi	18200	6,00		109.200,00
A.6.3	servizi sanitari con medio/bassa tecnologia	20000	31,00		620.000,00
A.6.4	servizi sanitari con alta tecnologia	10500	80,00		840.000,00
<i>Sommano Capo A6</i>					€ 1.569.200,00
					64.000.200,00

Si ottiene così il seguente quadro economico dell'intervento:

QUADRO ECONOMICO

CAPO A - Somme per lavori inclusi oneri sicurezza

A.1 - opere edili e affini	€	23.470.000,00
A.2 - impianti elettrici e speciali	€	12.535.000,00
A.3 - impianti meccanici	€	12.026.000,00
A.4 - aree esterne e viabilità	€	3.950.000,00
Sommano Capo A		51.981.000,00

CAPO B - Somme a disposizione

B.1 - Acquisizione aree o immobili	€	600.000,00
B.2 - Tecnologie Sanitarie	€	10.450.000,00
B.3 - Arredi	€	1.569.200,00
B.4 - Allacci Pubblici Servizi	€	250.000,00
B.5 - Spese tecniche	€	3.078.010,00
B.6 - Imposte	€	8.290.000,00
B.7 - Imprevisti	€	781.790,00
Sommano Capo B		25.019.000,00

TOTALE GENERALE QUADRO ECONOMICO € **77.000.000,00**

3.4 NUOVO COMPLESSO OSPEDALIERO DI CATANZARO

Motivazioni dell'intervento (analisi delle criticità)

Il presidio Pugliese, nonostante gli interventi svolti negli ultimi anni e finalizzati, per lo più, alla messa in sicurezza ed al contenimento del rischio, non risponde in maniera adeguata alle nuove esigenze di carattere sanitario, strutturale, tecnologico, normativo e gestionale.

La prospettata ristrutturazione completa del Pugliese - trattasi di una struttura progettata negli anni 60 - non consente di avere un ospedale che rispetti i nuovi standards di qualità assistenziale previsti per gli ospedali dei prossimi anni quali, a solo titolo esemplificativo:

- umanizzazione e comfort
- organizzazione e percorsi
- affidabilità e sicurezza
- ricettività e logistica
- capacità di ricerca e innovazione tecnologica
- dotazioni urbanistiche (parcheggi, aree verdi, idonea sup./PL, ecc.)
- modularità, flessibilità strutturale, possibilità di sviluppo
- adeguati rapporti superfici/P.L.

Fra le criticità individuate si citano ad esempio quelle relative a:

- caratteristiche ambientali e di accessibilità: l'ospedale è sito in un contesto edilizio fortemente urbanizzato e caratterizzato da importanti vie di accesso alla città limitrofe al presidio e che ne inficiano le possibilità di sviluppo. L'ospedale si caratterizza per questo motivo per accessi non adeguati per mancanza di posti auto per un elevato livello di rumorosità che evidenzia una pressione sonora più alta rispetto alla pressione limite consentita e assenza di aree verdi dedicate

- problematiche di protezione antisismica: Le nuove direttive in materia di protezione antisismica degli ospedali, riprese tra l'altro dal Ministero della Salute (Raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica e della funzionalità degli ospedali, DM 22/12/2000, GU n° 105/2003) quale

indirizzo fondamentale, prevedono che le strutture ospedaliere non solo devono resistere a sollecitazioni di tipo sismico ma anche e soprattutto devono essere in grado di gestire le maxiemergenze a seguito di eventi calamitosi. Il Presidio “Pugliese” non è adeguato alla normativa antisismica e non possiede strutture e situazioni tali da potersi presentare quale centro di soccorso in caso di emergenza.

- criticità legate all’organizzazione dei percorsi: La struttura è assai rigida dal punto di vista planimetrico non essendo stata pensata secondo un progetto unitario ma attraverso l’implementazione di volumi derivanti da progetti diversi non consentendo la differenziazione dei percorsi secondo logiche moderne e funzionali. Ciò implica una pesante promiscuità dal punto di vista igienico e logistico di difficile, se non impossibile, soluzione.

- umanizzazione e comfort: Da una analisi effettuata in comparazione con altri presidi simili si può facilmente riscontrare quanto siano inefficaci ed inefficienti gli indicatori relativi al presidio Pugliese.

Dalla valutazione degli indici di fabbricabilità rilevati emerge che:

il rapporto di fabbricabilità pari a 5,18 mc/mq, già negli anni utilizzati, risultano assai maggiori rispetto alle medie nazionali e sicuramente superiori agli indici di fabbricabilità di qualunque piano regolatore generale (generalmente pari ad 1,00 mc/mq);

il rapporto mq/P.L.. rispetto all’area totale utilizzato presso il Presidio Pugliese è pari a 52 mq;

il rapporto mq/P.L.. rispetto all’area coperta è pari a 74 mq.

L’area pertanto, ad oggi, è saturata dal punto di vista urbanistico e con basso tasso di umanizzazione e comfort sia per l’utenza che per gli operatori.

Le criticità sopradescritte sono state evidenziate a seguito delle visite ispettive da parte degli organismi ispettivi e, in particolare da parte del NAS in occasione delle recenti visite appositamente disposte dal Ministero della Salute oltre che dallo stesso Dipartimento della Salute della Regione Calabria a più riprese.

Dimensionamento e posti letto

Il nuovo complesso ospedaliero di Catanzaro verrà realizzato in prossimità alle strutture ospedaliere universitarie già esistenti nell’area di Germaneto ed, allo stesso modo, le due aziende universitarie dell’area di Catanzaro ovvero la Pugliese-Ciaccio e la Mater Domini verranno accorpate. Per questo motivo molti dei servizi comuni verranno utilizzati in maniera integrata.

In base alla progettazione predisposta, in coerenza con il nuovo PSR verranno realizzati nuovi 450 PL.

Tenuto conto di quanto sopra si è individuato un parametro dimensionale pari a mq 100/PL per una superficie complessiva di mq 45.000.

Compatibilità urbanistica

Il Consiglio Comunale di Catanzaro ha indicato il comparto di Germaneto quale area possibile ove ubicare il presidio.

In tal senso il PRG mette in luce un territorio residuo rispetto a quello oramai urbanizzato abbastanza esiguo, fatto di ambiti davvero inconsistenti. Solo l’area di Germaneto si presenta quale area di vera e propria espansione per i cosiddetti Servizi.

L’area di Germaneto rappresenta lo snodo tra la parte vecchia della Città di Catanzaro, arroccata su tre colli, e la parte collegata alle grandi vie di comunicazione e di sviluppo: l’aeroporto, la stazione ferroviaria e l’autostrada. Inoltre l’area di Germaneto si presenta anche quale area di snodo tra la parte alta della Città e la parte a mare inglobando tutte le aree urbane insistenti sulla SS 106.

La pianificazione del PRG prevede inoltre, proprio nella zona individuata, la costruzione di Nuovi Ospedali, la realizzazione della nuova stazione delle Ferrovie Calabresi, la nuova stazione ferroviaria delle FF.SS. mentre l'ANAS ha individuato, a poca distanza, la bretella di snodo della vecchia SS 106 per il collegamento veloce della stessa SS 106 con la SS 280 "Dei due mari" e con le grandi vie di comunicazione oltre che un miglioramento viario generale comprendente, ad esempio, il miglioramento del tracciato viario del tratto di Germaneto ed il contestuale raddoppio delle corsie di circolazione.

Descrizione dell'intervento

L'Azienda sarà formata dal complesso ospedaliero esistente, da quello in corso di realizzazione e da una nuova costruzione che sarà realizzata in un'area adiacente al Campus universitario. La nuova struttura, collegata fisicamente con la struttura esistente, sarà destinata ad accogliere i ricoveri in elezione, le relative degenze, i servizi sanitari necessari e buona parte dei posti letto dell'area medica. Il nuovo volume si collocherà secondo una direttrice in asse all'esistente cui si innesterà attraverso specifici percorsi orizzontali di distribuzione principale.

La distribuzione e la rifunzionalizzazione degli spazi e dei percorsi verticali ed orizzontali saranno definiti in sede di progettazione.

La costruzione in adiacenza presenta sicuri vantaggi quali quelli legati all'utilizzo di alcuni servizi comuni già realizzati quali, ad esempio:

- a) pronto soccorso;
- b) mensa;
- c) centrale di sterilizzazione;
- d) diagnostica di laboratorio;
- e) servizi in genere.

L'integrazione con la struttura ospedaliero-universitaria già esistente nell'area di Germaneto prevede l'utilizzo sinergico di buona parte dei servizi di logistica e ospedalieri oltre evidentemente a quelli infrastrutturali peraltro già realizzati.

Esso sarà realizzato su struttura, c.a. e acciaio/vetro, con la realizzazione di un sistema fondativo poggiante su palificazioni (le condizioni idrogeologiche dell'area non sono molto favorevoli come peraltro dimostrato dall'esperienza della costruzione dell'Università).

Il nuovo corpo di fabbrica si caratterizzerà per essere assai simile a quello già esistente. Questo per armonizzare l'opera nella sua interezza nelle forme, nei materiali, nei colori ma, soprattutto, alla luce del fatto che la struttura esistente ha dimostrato di potere bene funzionare soprattutto in funzione della logistica e della differenziazione dei percorsi.

L'intera opera sarà composta da tre sottosistemi, o corpi di fabbrica (Corpo "A", "B" e "C"), uniti tra di loro ed intercomunicabili. Ma oltre a ciò, i tre corpi di fabbrica potranno essere indistintamente connessi per una dotazione di superficie utile più ampia o suddivisi per ottenere la più utile modularità progettuale derivante dalla funzione ospitata.

Evidentemente il dettaglio delle funzioni e, in particolare, della loro integrazione con le funzioni esistenti, verrà via via meglio specificato con un più approfondito esame progettuale.

Personale

La realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero produrrà sensibili economie in termini strutturali e di personale.

Arredi e tecnologie

Anche in questo caso si tiene conto di due aspetti fondamentali nell'avviato processo di integrazione tra Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" e Azienda Ospedaliera "Mater Domini" che confluiranno in un'Azienda Unica con sede a Germaneto:

- 1) le tecnologie presenti o in fase di implementazione presso la struttura ospedaliera-universitaria di Germaneto;
- 2) le tecnologie presenti o in fase di acquisizione presso la struttura ospedaliera Pugliese e plausibilmente in buono stato di funzionamento in un tempo medio di quattro anni.

Con questi presupposti l'obiettivo che ci si prefigge di raggiungere è quello della razionalizzazione della spesa oltre che quello dell'integrazione tecnologica.

Per quanto riguarda le alte tecnologie si prevede l'implementazione di un sistema HIS (Hospital Information System) integrato che vedrà il supporto di un Imaging System assai avanzato composto, in linea generale, da: una PET-CT; una RMN a 3 tesla ed una RMN a 1,5 tesla; una TC 64 slice ed una TC 16 slice; sistemi angiografici digitali multidisciplinari dedicati alla neuroradiologia, alla radiologia vascolare interventistica emodinamica (angiografia) ed elettrofisiologia; sistemi mammografici digitali; sistemi di radiologia tradizionale; sistemi ecografici ad alta definizione; apparecchiature di Sala Operatoria.

Inoltre l'implementazione di un sistema integrato RIS/PACS garantirà la perfetta integrazione delle funzioni con l'immediato trasferimento dei dati anamnestici e di Imaging.

In merito agli arredi si precisa che è già in corso di esecuzione presso il presidio Pugliese la sostituzione di buona parte degli arredi che verrebbero, nel caso, trasferiti.

Funzioni sanitarie azienda Ospedaliero-Universitaria

Le funzioni sanitarie da allocare nella costituenda azienda Ospedaliero-Universitaria saranno definite sulla base di quanto indicato nella proposta di Piano Sanitario Regionale e da successivo Protocollo di Intesa Università Regione. Nello stesso protocollo sarà indicato il numero delle unità operative e la relativa dotazione dei posti letto determinati sulla base del bacino di utenza e dell'effettiva domanda.

In particolare per la determinazione dell'offerta assistenziale si terrà conto:

- 1) degli indicatori di capacità produttiva;
- 2) degli indicatori di output;
- 3) degli indicatori di utilizzo delle risorse;
- 4) delle esigenze dell'Università per la didattica e la ricerca.

L'integrazione delle due aziende ospedaliere comporterà una consistente riduzione dei costi dei fattori produttivi (in particolare personale medico ed infermieristico) che saranno determinati in relazione al numero e alla consistenza delle varie unità organizzative.

Si ribadisce che l'azienda Ospedaliero-Universitaria sarà formata dal complesso ospedaliero esistente, da quello in corso di realizzazione e dalla nuova costruzione che sarà realizzata in un'area adiacente al Campus Universitario. Il complesso esistente e quello in corso di completamento conterranno le funzioni assistenziali del dipartimento di emergenza urgenza. La nuova struttura, collegata fisicamente con la struttura esistente, sarà destinata ad accogliere i

ricoveri in elezione, le relative degenze, i servizi sanitari necessari e buona parte dei posti letto dell'area medica.

Priorità ed obiettivi

Fra le priorità e gli obiettivi da perseguire si citano:

- 1) ridurre l'estrema frammentarietà dell'offerta ospedaliera cittadina;
- 2) migliorare l'accessibilità ospedaliera;
- 3) attivare una completa integrazione sanitaria con le strutture universitarie già esistenti ottimizzando l'utilizzo di strutture e tecnologie;
- 4) migliorare l'assistenza attraverso un'offerta dei servizi più adeguata;
- 5) ridurre la mobilità extraregionale;
- 6) ridurre la degenza ospedaliera con ricoveri più adeguati limitati alla fase acuta in contesti ad alta intensità assistenziale.

Costo di realizzazione

La Regione Calabria intende realizzare l'opera con fonti di finanziamento diverse.

L'opera, nella sua interezza, sebbene intesa quale unico appalto, sarà dunque distinta per corpi di fabbrica di modo che i flussi finanziari siano facilmente individuabili in funzione della parte effettivamente realizzata. In particolare i fondi derivanti dall'art. 71 della legge 448/98 saranno utilizzati per la "Realizzazione del corpo di fabbrica "C" del nuovo complesso ospedaliero"

Assunto il parametro indicativo in termini di superficie da realizzare in mq. 45.000, sulla scorta di interventi analoghi eseguiti, il costo di costruzione può essere individuato in €/mq. 1.335,00 circa e quindi in complessivi € 60.200.000,00.

In considerazione della presenza delle tecnologie e di alcune grandi apparecchiature elettromedicali, (si utilizzano tecnologie di alto costo già presenti nell'università e quelle utilizzabili dal vecchio presidio), delle condizioni del terreno che presenta difficoltà di tipo idrogeologico, della necessità di realizzare una nuova struttura che offra standards di livello e qualità almeno pari a quelli già offerti, si stima un costo di 220.000 €/PL (il costo è stato parametrato: sul maggior onere per problematiche di ordine geotecnico; su una migliore qualità progettuale-compositiva, nonché sul maggior onere per i costi per espropri, per una dotazione di 450 P.L. su una superficie di 100 mq/P.L. per complessivi 45.000 mq. Le risorse finanziarie necessarie ammontano ad € 220.000,00*450 P.L. per complessivi € 99.000.000,00.

Nel seguente quadro economico si espongono le stime dei costi per la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero.

Quadro economico

a) importo lavori e forniture

Descrizione voce	importo in €	Totale in €
Opere edili	27.200.000,00	
Impianti meccanici, elettrici e	27.200.000,00	
Sistemazioni esterne	5.800.000,00	
TOTALE LAVORI		60.200.000,00
	Di cui oneri per la sicurezza	1.806.000,00

b) somme a disposizione dell'amministrazione

Descrizione voce	importo in €	Totale in €
Spese tecniche, IVA, rilievi,	22.800.000,00	

Attrezzature, arredi e tecnologie	16.000.000,00	
TOTALE SOMME A		38.800.000,00
IMPORTO TOTALE DI PROGETTO		

Proposte di utilizzo delle attuali strutture ospedaliere dell'AOPC

In base alle scelte contenute nel nuovo Piano sanitario regionale 2007-2009 le strutture ospedaliere da dimettere e da riutilizzare per altre funzioni sono:

- l'attuale presidio ospedaliero "Pugliese";
- la palazzina poliambulatori nell'area ospedaliera del "Pugliese";
- il padiglione malattie infettive nell'area ospedaliera del "Pugliese";
- gli uffici amministrativi del "Madonna dei Cieli"

la cui ubicazione è la seguente:



Per i citati plessi edilizi facenti capo al patrimonio indisponibile dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" è stata ipotizzata la seguente possibilità:



IPOTESI DI UTILIZZO PATRIMONIO AOPC	
Plesso edilizio	Proposte a seguito della realizzazione del nuovo ospedale
1) P.O. Pugliese	Alienazione o locazione del bene ed immissione sul mercato urbano per una destinazione diversa quale, ad esempio: uffici (L'ASP di Catanzaro occupa, all'interno della Città, diversi immobili privati con esborso annuo di circa € 500.000,00), residenze per studenti con servizi annessi. Data la dimensione dell'immobile, sono plausibili proposte multiple.
2) Palazzina Poliambulatori	I due edifici vengono trattati con le stesse motivazioni anche in considerazione della contiguità fisica.
3) Padiglione Malattie infettive	Mantenere all'interno della Città un "Polo sanitario" con minore valenza rispetto all'attuale (Punto di primo soccorso – trattamento codici bianchi, poliambulatori; laboratori analisi di base, spazi per attività di intramoenia, centrale SUEM 118).
4) P.O. Ciaccio	Utilizzo quale ospedale monospecialistico per attività oncologica integrata con il Polo oncologico
5) Uffici Amministrativi Madonna dei Cieli	<p>L'immobile, opera architettonicamente rilevante, potrebbe essere immesso sul mercato delle locazioni per uffici o scuole.</p> <p>La locazione, a tutti gli effetti inserita nelle entrate proprie, potrà produrre i suoi effetti solo dopo un primo periodo di 3/5 anni di ammortamento utile per garantire al soggetto subentrante di effettuare i lavori obbligatori di ristrutturazione.</p> <p>La stessa locazione potrà essere avviata solo dopo che gli uffici amministrativi dell'Azienda saranno trasferiti presso il Nuovo Ospedale.</p> <p>A periodo di ammortamento ultimato le entrate della locazione potrebbero essere vincolate all'aggiornamento del parco delle apparecchiature</p>

L'eventuale dismissione o vendita sarà preceduta da tutte le iniziative propedeutiche in accordo con le Amministrazioni locali interessate per la valorizzazione del patrimonio.

3.5 ADEGUAMENTO E COMPLETAMENTO NUOVO OSPEDALE DI VIBO VALENTIA

Motivazioni dell'intervento

I lavori del Nuovo ospedale di Vibo Valentia ebbero inizio in data 07/06/04 e la loro ultimazione era prevista in 1278 giorni. Come è noto, però, alcune vicende giudiziarie, avviate con procedimento n° 266/04 del 19/09/05 da parte della procura di Vibo Valentia, hanno obbligato ad uno stop forzato dei lavori di esecuzione.

Nel brevissimo periodo di attività i lavori eseguiti sono essenzialmente consistiti in alcuni sbancamenti e in limitate opere di recinzione e di sostegno del terreno. E' stato emesso un certificato di pagamento, non liquidato però dall'Azienda in attesa delle conclusioni dell'inchiesta giudiziaria.

La realizzazione del Nuovo ospedale ha subito un lungo periodo di arresto, conclusosi, di recente, con il dissequestro del cantiere (in data 02/08/06).

Contestualmente è stata immediatamente revocato l'incarico al precedente RUP con nomina, previo avviso pubblico, del nuovo Responsabile del Procedimento.

E' stato inoltre definitivamente rescisso il contratto con l'Impresa aggiudicatrice con DDG n° 137 del 15/06/07.

Nel frattempo si è palesata la necessità della messa in sicurezza del cantiere (formalizzata dal D.L). Oltre a ciò, nel motivare il presente intervento, si citano:

- 1) la necessità di adeguare il progetto al nuovo prezzario regionale della Regione Calabria, approvato con DGR n° 81 del 13/02/07;
- 2) la necessità di completare l'intervento attraverso l'acquisizione di arredi e tecnologie.

Descrizione dell'intervento

Caratteri sanitari dell'intervento:

Nel nuovo P.O. di Vibo Valentia sono previste le specialità così come individuate nella tab. A piano attuativo predisposto dall'Azienda Sanitaria che sono connesse con le esigenze pari a 350 posti letto:

- a. Terapia intensiva costituita da Rianimazione, Terapia Intensiva Cardiologia e Terapia Intensiva Neonatale.
- b. Elevata assistenza costituita da Cardiologia, Ematologia, Nefrologia, Emodialisi, Neurologia, Oncologia e Pediatria.
- c. Media assistenza costituita da Chirurgia Generale, Medicina d'Urgenza, Medicina Generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Broncopneumologia, Diabetologia, Geriatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.
- d. Reparto malattie infettive (L. 135/90) costituito da 40 posti di cui n. 32 di degenza ordinaria e n. 8 di Day Hospital.

Il Nuovo Presidio Ospedaliero nasce quindi come servizio finalizzato alle necessità e aspettative dell'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Vibo Valentia.

Esso dovrà rispondere, quindi, oltre che ad esigenze di degenza ospedaliera per acuti, ordinaria e in Day Hospital, a quelle di emergenza con il servizio 118, ambulatoriali e diagnostiche, queste ultime distinte in:

esigenze frequenti e correnti a supporto di servizi a livello di base;
esigenze specialistiche di supporto ai servizi di base e poliambulatori.

L'attività di degenza è stata collocata nell'ambito di un equilibrio quali-quantitativo dei posti letto e della riorganizzazione interna per aree funzionali e dipartimenti secondo i disposti della legislazione sanitaria vigente del P.S.R. e di leggi finanziarie e di indirizzo che regolano la materia. Il progetto esecutivo in oggetto è stato pertanto redatto sulla base delle indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria. Lo stesso è avvenuto per quanto concerne destinazioni e dimensionamenti.

QUADRO RIASSUNTIVO DIMENSIONI LORDE DI PROGETTO

LIVELLO SEMINTERRATO	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Cucina - Magazzini cucina - Mensa personale - Idroterapia (da non rifinire) - Area congressuale (da non rifinire) - Connettivo generale	792 250 200 355 377 618 Tot. 2.613	2 0.63 0.5 0.89 0.95 -	0.9÷2.0 - - - 0.5÷0.6 -	4.50 4.50 4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 11.758,5
Corpo B	- Morgue ed anatomia patologica - Farmacia - Magazzini farmacia - Centrale elettrica - Depositi - Connettivi generali	430 310 280 296 395 866 Tot. 2.577	1.08 0.78 0.70 - 1 -	- 0.5÷0.9 - - 0.9÷1.2 -	4.50 4.50 4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 11.596,5
Corpo C	- Diagnostica d'immagine - Spogliatoi personale - Sottocentrale termica - Ingresso personale - Connettivo generale	1.284 670 593 100 527 Tot. 3.174	3,24 1,69 - - -	1.3÷1.8 0.4÷0.6 - - -	4.50 4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 14.283
TOTALE		8.364				37.638

LIVELLO TERRA	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Servizi per il pubblico e bar ristoro-market - Accettazione e prenotazioni - Ambulatori - Connettivo generale	482 230 820 1.355 Tot. 2.887	1.20 0.58 2.06 -	- - 1.6÷2.8 -	4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 12.991,5
Corpo B	- Trasfusionale + prelievi - Parto ed UTIN 4 posti - Laboratori - Emodialisi - Connettivo generale	420 475 566 475 685 Tot. 2.620	1.06 1.20 1.43 1.20 -	- 0.5÷0.8 1.2÷2.0 0.3÷0.4 -	4.50 4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 11.790
Corpo C	- Gruppo operatorio - Rianimazione - UTIC - Connettivo generale	1.280 618 600 773 Tot. 3.268	3,23 1,56 1,5 -	2.3÷2.8 1.0÷1.9 1.0÷1.9 -	4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 14.706
TOTALE		8.775				39.487,5

LIVELLO PRIMO	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Degenze (18 camere a 2 p.l. + 4 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.068 322 Tot. 2.390	- -	- -	3.50 3.50	Tot. 8.365
Corpo B	- Degenze (17 camere a 2 p.l. + 4 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.068 366 Tot. 2.434	- -	- -	3.50 3.50	Tot. 8.519
Corpo C	- Pronto Soccorso - Camera calda - Locale unità trattamento aria - Connettivo generale e uffici amministrativi	670 318 1.116 952 Tot. 3.055	1.69 - - -	1.7÷2.5 - - -	4.50 4.50 4.50 4.50	Tot. 13.747,5
TOTALE		7.879				30.631,5

LIVELLO SECONDO	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Degenze (21 camere a 2 p.l. + 5 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.030 230	- -	- -	3.50 3.50	

		Tot. 2.260				Tot. 7.910
Corpo B	- Degenze (21 camere a 2 p.l. + 5 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.030 230 Tot. 2.260	- - -	- - -	3.50 3.50	Tot. 7.910
TOTALE		4.520				15.820

LIVELLO TERZO	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Degenze (21 camere a 2 p.l. + 5 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.030 230 Tot. 2.260	- - -	- - -	3.50 3.50	Tot. 7.910
Corpo B	- Degenze (21 camere a 2 p.l. + 5 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.030 230 Tot. 2.260	- - -	- - -	3.50 3.50	Tot. 7.910
TOTALE		4.520				15.820

LIVELLO QUARTO	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Degenze (25 camere a 2 p.l. + 5 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.030 230 Tot. 2.260	- - -	- - -	3.50 3.50	Tot. 7.910
Corpo B	- Degenze (21 camere a 2 p.l. + 5 camere a 1 p.l.) - Connettivo generale	2.030 230 Tot. 2.260	- - -	- - -	3.50 3.50	Tot. 7.910
TOTALE		4.520				15.820

LIVELLO QUINTO	DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	SUP./P.L. mq	VALORI STAND. mq	H m	VOLUME mc
Corpo A	- Locali tecnologici	470 Tot. 470	- -	- -	4.50	Tot. 2.115
Corpo B	- Locali tecnologici	470 Tot. 470	- -	- -	4.50	Tot. 2.115
TOTALE		940				4.230

DESTINAZIONE	SUP. LORDA mq	H m	VOLUME. mq
- EDIFICIO CENTRALI TECNOLOGICHE	900	5.00	4.500

TOTALE GENERALE SUPERFICIE LORDA MQ	VOLUME GENERALE MC
40.397	163.947

Dai dati sopra riportati si evidenziano i seguenti parametri:

- superficie lorda per posto letto (compreso centrali, sottocentrali e locali tecnici)
 $40.397/350 = 115 \text{ mq/p.l.}$
- superficie netta per posto letto = $31.500/350 = 90 \text{ mq/p.l.}$

Caratteristiche morfologiche e dimensionali

Il complesso si articola fundamentalmente in due parti. La più bassa si compone di quattro corpi piastra che si sviluppano su due e tre piani ed ospitano tutti i servizi per la diagnosi e cura, generali e impiantistici.

Essi, condizionati dalla giacitura del terreno, sono distinti in:

- un piano seminterrato, per metà accessibile anche dagli automezzi dalla viabilità esterna che serve il P.O. Esso ha le dimensioni max in pianta di ml 139,40x92,90, compresi i corpi destinati ai collegamenti verticali, con un'altezza di ml 4,50 ed un conseguente volume edificato pari a mc 37.638 ed occupa una superficie coperta pari a mq 8364, esclusi i cortili;
- un piano terra che ha le dimensioni max in pianta di ml 138,30x91.50 compresi i corpi destinati ai collegamenti verticali ed occupa una superficie coperta pari a mq 8.773, esclusi i cortili, con un'altezza di ml 4.50 ed un conseguente volume edificato pari a mc 39.487;



- un piano primo con superficie coperta pari a 7.879, con altezze variabili tra 4.50 e 3.50 ed un conseguente volume edificato pari a mc 30.617;
- un piano secondo, terzo e quarto destinati esclusivamente a degenza che si elevano sui corpi A e B dalla piastra. Essi hanno le dimensioni max in pianta di ml 91.50x30.50 ciascuno, compresi i corpi destinati ai collegamenti verticali ed occupano ognuno una superficie coperta pari a mq 2.260 (oltre a mq 248 di terrazze) escluse le chiostrine, con una altezza di ml 10,50 (3.50x3) ed un volume edificato pari a mc 7.910 per ogni corpo ed un totale di mc 5.820;
- un piano quinto (corpo A e corpo B) destinato esclusivamente a locali tecnologici (alloggiamento unità di trattamento aria e macchine ascensori). Presenta una superficie in pianta pari a 940 mq ed un volume pari a 230 mc;
- edificio centrali tecnologiche: tale edificio ubicato ad Ovest dell'ospedale ha dimensioni in pianta di m 32x12 ed è disposto su 2 livelli con una superficie totale pari a 900 mq ed un volume di 4.500 mc.

La superficie totale lorda della struttura è di 40.397 mq mentre il volume è di mc 163.947.

Personale

La realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero produrrà sensibili economie in termini strutturali e di personale.

Arredi e tecnologie

Si prevede di utilizzare il moderno blocco operatorio prefabbricato di recente inaugurato presso l'esistente P.O. JAZZOLINO, in considerazione della sua suscettibilità di smontaggio e riutilizzo in altro sito in virtù delle caratteristiche di prefabbricazione appositamente adottate al fine del futuro riutilizzo presso il nuovo P.O.

Per quanto riguarda le alte tecnologie si prevede l'implementazione di un sistema HIS (Hospital Information System) integrato che vedrà il supporto di un Imaging System assai avanzato composto, in linea generale, da: una RMN; una TC multislice; sistemi mammografici digitali; sistemi di radiologia tradizionale; sistemi ecografici ad alta definizione; apparecchiature di Sala Operatoria.

Inoltre l'implementazione di un sistema integrato RIS/PACS garantirà la perfetta integrazione delle funzioni con l'immediato trasferimento dei dati anamnestici e di Imaging.

Priorità ed obiettivi

Fra le priorità e gli obiettivi sui quali si basa il progetto si possono citare i seguenti pur non esaustivamente:

- realizzazione di una struttura compatta e funzionale mirata al proseguimento di un alto livello di ergonomia ospedaliera;
- riorganizzazione funzionale della gestione secondo il modello dipartimentale per l'uso integrato e unitario delle risorse, budget, spazi, attrezzature e personale;
- razionalizzazione e migliore organizzazione spaziale, funzionale e gestionale ottenute con la distinzione, pur nell'ambito di una contiguità/continuità, di percorsi delle varie funzioni;
- perseguimento di un livello residenziale delle degenze più elevato mediante la previsione integrale di camere con un massimo di due posti letto (e un 10% ad un posto letto) dotate di servizi igienici riservati e completi con adeguamento a quanto previsto dal D.P.R. 14.1.1997;
- dotazione di adeguati spazi di supporto per la terapia e l'assistenza in ogni piano (reparto), dotati anch'essi prevalentemente di servizi igienici oltre che di ampi spazi destinati ai percorsi ed alle attese;
- integrazione delle attività di ricovero ordinario con quelle di Day Hospital ed ambulatoriali;
- risoluzione dei problemi di accoglimento della utenza esterna;
- ridurre la mobilità extraregionale;
- predisposizione alla realizzazione di nuove tecnologie informatico-robotiche;

- soluzioni impiantistiche che contribuiscano al generale benessere dei pazienti e del personale sanitario;
- adeguamento e/o accrescimento dei livelli di sicurezza (antincendio, elettrica, per i lavoratori) e di qualità (ISO9000 e seguenti);
- eliminazione di tutte le barriere architettoniche;
- previsione, con osservanza delle norme di sicurezza, di opportuni nodi di collegamento verticali ed orizzontali per un utilizzo ottimale, una funzionalità ed una integrazione tra le parti della struttura e la connessione tra i reparti.

Costo di realizzazione

L'intervento si colloca ai livelli di costo standard per strutture ospedaliere di nuova realizzazione con un costo complessivo a posto letto pari ad € 220.000,00.

Tale parametro risulta incrementato del 76,82% rispetto al costo a posto letto originario pari ad € 124.445,00/PL, per i fattori riassunti nella seguente tabella.

incremento costo/PL per dotazioni tecnologiche non presenti nel progetto originario	€ 33.000,00	26,52%
incremento costo/PL per aggiornamento prezzi rispetto al progetto originario	€ 43.779,75	35,18%
incremento per spese tecniche	€ 6.222,25	5,00%
incremento costo/PL per maggior periodo di occupazione di urgenza e aggiornamento costi di esproprio area rispetto al progetto originario	€ 12.600,00	10,12%
costo a posto letto aggiornato	€ 220.047,00	76,82%
costo a posto letto aggiornato in C.T..	€ 220.000,00	

Quadro economico

a) importo lavori

Descrizione voce	importo in €	Totale €
Opere edili	27.295.000,00	
Impianti meccanici, elettrici e speciali	17.352.833,65	
Sistemazioni esterne	3.280.000,00	
TOTALE LAVORI		47.927.833,65
	Di cui oneri per la sicurezza	1.670.000,00

b) somme a disposizione dell'amministrazione

Descrizione voce	importo in €	Totale €
Spese tecniche, IVA, acquisizione aree, rilievi, accertamenti, indagini e imprevisti, ecc.	17.522.166,35	
Attrezzature, arredi e tecnologie (IVA compresa)	11.550.000,00	
TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE		29.072.166,35
IMPORTO TOTALE DI PROGETTO Voce a) + b)		77.000.000,00



3.6 NUOVO OSPEDALE DELLA PIANA

Motivazioni dell'intervento (analisi delle criticità)

Le strutture ospedaliere esistenti hanno dimensioni, caratteristiche, ricettività (e confort della stessa) e concezione tali da non poter sopperire alle esigenze sanitarie della popolazione. Né gli interventi di ristrutturazione, adeguamento e messa a norma realizzati negli ultimi anni hanno consentito di ottenere livelli accettabili.

Neppure appare utile e conveniente investire ulteriori capitali per tentare di dare efficienza e funzionalità alle strutture ospedaliere esistenti, perché esse hanno caratteristiche generali tali da non consentire una sanità di moderna concezione. La ricettività di alcuni è talmente ridotta da rappresentare una ingiustificabile fonte di spesa a fronte di servizi di minima consistenza. In generale, trattandosi di strutture vetuste, qualsiasi intervento di ulteriore ristrutturazione, adeguamento e messa a norma oltre che oneroso – spesso il ristrutturare costa più del costruire ex novo – non sarebbe in grado di superare le forti criticità attuali e non potrebbe comunque produrre risultati neppure sufficienti in termini di ricettività, confort assistenziale e alberghiero, affidabilità, umanizzazione, livelli di sicurezza, organizzazione complessiva, rapporto tra superfici e posti letto, innovazione tecnologica, facilità di accesso e di immissione da e per la rete viaria principale, fruizione di spazi esterni, ecc.

In particolare:

- criticità ricettive: la ricettività di alcuni ospedali è tale da non giustificare il mantenimento delle attività di degenza. L'ospedale di Taurianova ha una potenzialità pari a 18 posti letto. L'Ospedale di Oppido ha una potenzialità di 22. L'Ospedale di Gioia Tauro 46 posti letto e l'ospedale di Polistena 122. Riguardo l'ospedale di Palmi, esso ha attualmente una potenzialità di 29 posti letto, essendo gran parte della struttura un cantiere incompiuto per la cui ultimazione occorre investire grossi fondi.
- criticità di accessibilità e di immissione da e per la rete viaria principale: il solo ospedale di Polistena ha posizione che consente una agevole accessibilità, essendo situato alla periferia della città e in prossimità di un efficiente sistema viario. Quello di Gioia Tauro, pur nelle vicinanze di importanti snodi, tra cui l'autostrada, è penalizzato da un accesso attraverso la SS 18 che presenta grossi volumi di traffico e che, una volta periferica, è oggi assorbita entro il perimetro urbano. L'ospedale di Taurianova ha posizione periferica sempre più gravata dall'avanzare della città e non ha un adeguato inserimento nel sistema viario. Analoga la situazione dell'ospedale di Oppido, con l'aggravante che il suo bacino di utenza è composto da paesi di montagna collegati con una viabilità tortuosa e di difficile percorrenza. L'ospedale di Palmi è stato interamente assorbito nel perimetro urbano e presenta gravi problemi sia di accesso sia di inserimento al sistema viario principale.
- criticità di spazi esterni: in generale le strutture ospedaliere hanno spazi esterni insufficienti (Gioia Tauro e Polistena) o quasi, se non del tutto, inesistenti (Palmi, Taurianova e Oppido Mamertina). Ciò implica, tra l'altro, l'impossibilità di sviluppo e ampliamento. Gli accessi sono in generale non adeguati, i posti auto appena sufficienti (Polistena e Gioia Tauro) o assolutamente carenti (Palmi, Taurianova e Oppido Mamertina). Le aree esterne sono, laddove esistono, male organizzate, non attrezzate e spesso degradate. Si registra altresì un elevato livello di rumorosità a causa del traffico veicolare interno ed esterno troppo a ridosso delle strutture e a causa della mancanza, nelle strutture stesse, di accorgimenti per l'abbattimento sonoro.
- criticità statiche e sismiche: la legislazione subentrata e le nuove direttive in materia di protezione antisismica degli ospedali, riprese dal Ministero della Salute (Raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica e della funzionalità degli ospedali, DM 22/12/2000, GU n° 105/2003), prevedono che si vada a riconsiderare la stabilità complessiva delle opere alla



luce dei nuovi parametri, che si effettuino le verifiche alle sollecitazioni di tipo sismico e che le strutture siano in grado di gestire le emergenze a seguito di eventi calamitosi. Tutti gli ospedali non sono adeguati alle normative subentrate e non sono in grado di assumere caratteristiche per la gestione delle emergenze in caso di calamità.

- criticità distributiva e dei percorsi interni: trattandosi di strutture di antica concezione (le più recenti risalgono ai primi anni '70), non presentano una razionale distribuzione planimetrica. I percorsi non sono bene differenziati né funzionali, con forte penalizzazione dell'efficienza complessiva. In massima parte le stanze di degenza non hanno il servizio WC interno e si deve ricorrere a quelli di reparto, a volte non differenziati. La climatizzazione (con il controllo della temperatura e dell'umidità e con i ricambi d'aria/ora in funzione del tipo di attività sanitaria) non esiste, salvo che in alcuni reparti più a rischio.
- criticità umanizzazione e confort: da quanto riportato in precedenza emerge l'esistenza, in tutte le strutture ospedaliere, di forti carenze, difficili, a volte impossibili, da risolvere e che comportano uno scarso livello di umanizzazione e confort. Se si esclude l'ospedale di Polistena – su cui indubbiamente si deve intervenire con importanti opere di ristrutturazione, adeguamento e messa a norma ma che ha comunque le potenzialità per essere portato a un accettabile livello di funzionalità e di vivibilità – le strutture esistenti risultano inadeguate e prestano all'utenza un servizio sanitario ben lontano dalla efficienza e dal decoro che sono dovuti. In particolare:
 - il rapporto tra superficie costruita e spazi di pertinenza disponibili è ovunque molto superiore alla media nazionale. Esso eccede anche, e di molto, gli indici di fabbricabilità degli strumenti urbanistici vigenti nei vari Comuni che ospitano le strutture;
 - il rapporto tra le superfici disponibili e i posti letto, rispetto alle aree totali, è di molto inferiore agli standards nazionali. Analoga situazione per lo stesso rapporto, ma rispetto all'area coperta.

Le aree su cui incidono le varie strutture ospedaliere sono pertanto penalizzate dalle posizioni poco felici in quanto a facilità di accesso e di collegamento da e per il sistema viario principale, sono sature dal punto di vista urbanistico e con impossibilità di ampliamenti e negli ospedali si rileva un basso tasso di umanizzazione e confort sia per l'utenza che per gli operatori.

Dimensionamento e posti letto

Il nuovo ospedale della Piana verrà realizzato tra gli abitati di Palmi e di Gioia Tauro, a maggiore densità abitativa, in posizione il più possibile baricentrica e con i minimi tempi di percorrenza rispetto al bacino di utenza esteso fino ai paesi pedemontani. Si tratta di aree pianeggianti, agricole su cui derogare agli strumenti urbanistici vigenti e da acquisire con procedure espropriative.

La conversione delle strutture dimesse in attività di lungodegenza e riabilitazione consentirà anche di sopperire a un'altra carenza.

Tenuto conto di quanto sopra si è individuato per il nuovo ospedale un parametro dimensionale pari a mq 100/PL per una superficie complessiva di mq 30.000.

Compatibilità urbanistica

Il sito dove farlo sorgere è stato individuato (vedasi figura) in un'area situata tra Palmi e Gioia Tauro, a ridosso dell'uscita autostradale, con accesso diretto dalla viabilità di supporto che l'ANAS si accinge a realizzare e che costituirà un facile collegamento tra lo stesso svincolo autostradale e la Strada Statale 18. Il tutto consentirà un'agevole percorrenza, anche perché si andranno così a evitare i flussi di traffico tra le due città.

Si tratta di un'area in massima parte pianeggiante per una superficie complessiva di circa 8 ettari che, nel caso ne ricorra la necessità, potranno essere incrementati con altri due, adiacenti.

La proprietà del suolo è della Provincia, circostanza che consentirà una no-tevole riduzione della spesa per l'acquisizione. Non è esclusa la possibilità che l'accordo possa essere raggiunto attraverso permuta di terreni.

La posizione individuata appare ottimale a) per la già citata facilità di accesso autostradale e per la viabilità in programma da parte dell'ANAS, b) perché il nuovo ospedale della Piana verrebbe a ricadere nell'area a maggior densità abitativa, c) perché il sito consente una facile raggiungibilità anche da molti altri centri, d) perché per i paesi più distanti è comunque agevole accedere ai servizi dell'altro ospedale, quello di Polistena, che resterà attivo con una capienza stimata in circa 150 posti letto. Su quanto sopra specificato, a giorni si avrà il parere della Conferenza dei Sindaci.



Descrizione dell'intervento

L'intervento consiste nella realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero di riferimento dell'ambito territoriale della Piana di Gioia Tauro, dotato delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche più importanti. L'ospedale dovrà ospitare 300 posti letto a completamento dell'offerta sanitaria per acuti.

Tutta l'opera si caratterizzerà in particolar modo per una netta differenziazione dell'intensità di cura secondo i più moderni principi ispiratori di costruzione di nuovi ospedali. Si terrà conto dell'integrazione organizzativa-gestionale con la struttura ospedaliera di Polistena nonché con le altre strutture da convertire per attività di lungodegenza e riabilitazione.

Il nuovo ospedale sarà dotato delle nuove tecnologie, di reti informatiche che garantiscano l'immediato scambio dei dati e delle conoscenze, ecc., capace di autoprodurre energia attraverso l'utilizzo di fonti rinnovabili.

Personale

La realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero produrrà sensibili economie in termini strutturali e di personale.

Arredi e tecnologie

Si terrà conto degli arredi e delle tecnologie esistenti negli ospedali che si vanno a dimettere come tali, recuperando le tecnologie presenti che garantiscano un buono stato di funzionamento in un

tempo medio di quattro anni, nell'ottica di razionalizzare della spesa nel procedere all'integrazione tecnologica.

Per quanto riguarda le nuove tecnologie si prevede l'implementazione di un sistema HIS (Hospital Information System) integrato che vedrà il supporto di un Imaging System assai avanzato composto, in linea generale, da: una TC 64 slice; sistemi di radiologia tradizionale; sistemi ecografici; apparecchiature di Sala Operatoria.

Inoltre l'implementazione di un sistema integrato RIS/PACS garantirà la perfetta integrazione delle funzioni con l'immediato trasferimento dei dati anamnestici e di Imaging.

Priorità ed obiettivi

Fra le priorità e gli obiettivi da perseguire si citano:

- ridurre l'estrema frammentarietà dell'offerta ospedaliera cittadina;
- migliorare l'accessibilità ospedaliera;
- migliorare la ricettività e il confort;
- creare un polo sanitario di riferimento di facile accesso anche dalle zone periferiche e che dia concrete risposte sanitarie alla utenza, anche concentrando i servizi;
- fornire una struttura che sia dotata delle moderne tecnologie di maggiore richiesta;
- migliorare l'assistenza attraverso un'offerta dei servizi più adeguata;
- ridurre la mobilità regionale ed extraregionale;
- ridurre la degenza ospedaliera con ricoveri più adeguati limitati alla fase acuta in contesti ad alta intensità assistenziale.

Costo di realizzazione

Dato	parametro	applicazione		
costo opera riferito ai posti letto	220.000,00 €/pl	220.000,00 x 300	= 66.000.000,00	€
superficie complessiva	100 mq./pl	100 x 300	= 30.000	mq

Nel seguente quadro economico si espongono le stime dei costi per la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero.

Quadro economico

a) importo lavori

Descrizione voce	importo in €	Totale €
Opere edili	18.000.000,00	
Impianti meccanici, elettrici e speciali	18.000.000,00	
Sistemazioni esterne	4.000.000,00	
TOTALE LAVORI		40.000.000,00
	Di cui oneri per la sicurezza	1.245.000,00

b) somme a disposizione dell'amministrazione

Descrizione voce	importo in €	Totale €
Spese tecniche, IVA, acquisizione aree, rilievi, accertamenti, indagini e imprevisti, ecc.	14.600.000,00	
Attrezzature, arredi e tecnologie (IVA compresa)	11.400.000,00	
TOTALE SOMME A DISPOSIZIONE		26.000.000,00
IMPORTO TOTALE DI PROGETTO Voce a) + b)		66.000.000,00

L'intervento si colloca ai livelli di costo standard per strutture ospedaliere di nuova realizzazione con un costo complessivo a posto letto pari ad € 220.000,00.

Per tutti gli interventi previsti si rimanda alle specifiche schede riepilogative contenute nell'**allegato A** del presente documento.



4 Sostenibilità economica e finanziaria degli interventi

L'avvio della seconda fase del Programma Straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/88, è stato attuato con la deliberazione del CIPE n. 52 del 6 maggio 1998 con la quale si approvava il quadro programmatico per il completamento del citato Programma, assegnando alla regione Calabria la quota di 822.771 milioni di lire.

Con altra deliberazione del CIPE sempre del 6 maggio 1998: "..... Programma specifico per l'utilizzo delle risorse di cui alla legge 27 dicembre 1997 n. 450", venivano assegnate alla regione Calabria, in quanto disponibili per gli anni 1998-1999, risorse statali pari a lire 51.260,500 milioni, di cui lire 39.187,500 milioni per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia.

Successivamente con deliberazione CIPE del 2 agosto 2002 concernente "prosecuzione del programma di investimenti in sanità art. 20 della legge 11 marzo 1988," veniva assegnata alla regione Calabria l'ulteriore quota di € 12.297.297,00.

Nel dicembre 2004 è stato sottoscritto con il Ministero della Salute e dell'Economia, il 1° Accordo di programma (stralcio 2004) concernente interventi prioritari in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera, riqualificazione delle dotazioni tecnologiche, adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente per un importo complessivo di € 64.301.646,72 e la cui suddivisione regionale è la seguente:

AZIENDA	TITOLO DELL'INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	COPERTURA FINANZIARIA	
			STATO	REGIONE
sanitaria n. 2 Castrovillari	COMPLETAMENTO DEL DEA, ACQUISTO DI NUOVE TECNOLOGIE E SISTEMAZIONE DELLA VIABILITA' INTERNA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CASTROVILLARI	4.417.772,31	4.196.883,69	220.888,62
sanitaria n. 3 Rossano	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ROSSANO - DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED URGENZA	7.132.269,78	6.775.656,29	356.613,49
sanitaria n. 6 Lamezia Terme	REALIZZAZIONE DELL'IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE DELL'EDIFICIO DEGENZE DEL NUOVO OSPEDALE CIVILE DI LAMEZIA TERME	1.965.000,00	1.866.750,00	98.250,00
sanitaria n. 6 Lamezia Terme	ACQUISTO DI UN APPARECCHIO DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE PER IL NUOVO OSPEDALE CIVILE DI LAMEZIA TERME	1.549.371,00	1.471.902,45	77.468,55
sanitaria n. 6 Lamezia Terme	RIFUNZIONALIZZAZIONE DEL NUOVO PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME: REALIZZAZIONE DI NUOVI AMBULATORI E COLLEGAMENTO PIASTRA DEGENZA	3.571.392,29	3.392.822,68	178.569,61
sanitaria n. 9 Locri	RISTRUTTURAZIONE E MESSA A NORMA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LOCRI	14.460.793,17	13.737.753,51	723.039,66
Ospedaliera "Annunziata" CS	OSPEDALE "ANNUNZIATA" DI COSENZA DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE - COMPLETAMENTO	10.329.173,98	9.812.715,28	516.458,70
Ospedaliera "BMM" RC	COMPLETAMENTO GRUPPO OPERATORIO, ACQUISTO ARREDI ED ATTREZZATURE E RIFACIMENTO DELLE CENTRALI ELETTRICHE, MESSA A NORMA E RIQUALIFICAZIONE DEGLI OO.RR. DI REGGIO CALABRIA	20.875.874,19	19.832.080,48	1.043.793,71
	TOTALI	64.301.646,72	61.086.564,38	3.215.082,34



Attualmente per il Programma Straordinario di investimenti di cui all'art. 20 L. 67/88 le risorse statali per la regione Calabria ammontano complessivamente ad € 349.662.653,06, di cui € 337.365.356,06 come quota residua su quanto assegnato dalla deliberazione CIPE n. 52 del 6 maggio 98 (822.771 milioni di lire), e ad € 12.297.297,00 assegnati con deliberazione CIPE del 2 agosto 2002. A tali finanziamenti va aggiunta la quota regionale (5%) pari ad € 18.403.297,53.

Con deliberazione di Giunta Regionale del 5 ottobre 2006 n. 669 sono state approvate le linee di indirizzo rivolte alla rimodulazione degli interventi per il completamento del Programma Straordinario di investimenti prevedendo nel contempo la destinazione dei finanziamenti disponibili alla aziende sanitarie ed ospedaliere.

Con legge regionale n. 7/2006, al fine di garantire il potenziamento e l'ammmodernamento tecnologico delle strutture sanitarie pubbliche, la Giunta regionale viene autorizzata a ricorrere all'indebitamento sulla base delle disposizioni di cui al Titolo III della legge regionale 8 febbraio 2002, n. 8, quantificato nella misura massima di € 390.000.000,00.

L'onere complessivo derivante dal 2° Accordo di programma per l'anno 2007 ammonta in totale ad **€ 319.000.000,00** di cui **€ 33.410.858,23** quali risorse statali e regionali già assegnate a valere sul nuovo ospedale di Vibo Valentia, **€ 178.615.153,06** a carico dello Stato a valere sulla seconda fase del programma di investimenti, **€ 17.527.667,99** a valere sulle risorse dello Stato di cui all'art. 71 della legge 448/98, **€ 9.400.797,53** a carico della Regione quale quota del 5% ed **€ 80.045.523,19** a carico di altre risorse regionali, ai sensi dell'art. 10 della legge regionale 21 agosto 2006, n. 7.

Il presente accordo individua i seguenti 4 interventi prioritari:

azienda	titolo dell'intervento	costo complessivo	costo per tecnologie (*)	risorse statali e regionali già assegnate	copertura finanziaria			
					Stato		Regione	
					art. 20 L. 67/88 seconda fase	art. 71 L. 448/98	DGR 669/06	Altre risorse
ASP COSENZA	Nuovo Ospedale della Sibaritide	77.000.000,00	10.450.000,00	0,00	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	17.000.000,00
AOU CATANZARO	Complesso Ospedaliero di Catanzaro	99.000.000,00		0,00	39.355.468,38	17.527.667,99	2.071.340,44	40.045.523,19
ASP VIBO VALENTIA	Adeguamento e completamento del nuovo Ospedale di Vibo Valentia	77.000.000,00		33.410.858,23	25.259.684,68	0,00	1.329.457,09	17.000.000,00
ASP REGGIO CALABRIA	Nuovo Ospedale della Piana	66.000.000,00		0,00	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	6.000.000,00
TOTALI		319.000.000,00	10.450.000,00	33.410.858,23	178.615.153,06	17.527.667,99	9.400.797,53	80.045.523,19

(*) In questa fase è possibile definire in prima approssimazione gli importi relativi alle tecnologie per il nuovo ospedale della Sibaritide, per il quale esiste un studio preliminare. Le quote relative agli altri interventi potranno essere definite successivamente all'affidamento degli incarichi per la progettazione. Il costo complessivo per le tecnologie dell'intero programma regionale garantirà, in ogni caso, la quota minima del 15%.

L'importo a carico dello Stato pari ad € **178.615.153,06**, rappresenta parte della quota residua utilizzabile dalla Regione per il completamento del Programma approvato con le deliberazioni del CIPE del 6 maggio 1998 e del 2 agosto 2002. Sulla base delle decisioni prese dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome del 31 maggio 2007, la quota a carico dello Stato sarà maggiorata dell'importo di **€ 89.923.658,91**. **Pertanto le rimanenti risorse statali che potranno essere utilizzate dalla Regione per stipulare successivi accordi di programma, ammontano complessivamente ad € 260.971.158,91.**

5 Ricognizione dei Programmi regionali di investimento

La legge finanziaria dell'11/3/88 n. 67 ha disciplinato per la prima volta l'intero settore degli investimenti sanitari prevedendo all'articolo 20 "... un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario e di realizzazione delle residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per un importo complessivo di 30.000 miliardi di lire ...". La legge imponeva alle Regioni l'obbligo di riferirsi a una strategia programmatica, coinvolgendo le aziende sanitarie nella scelta programmatoria, nella logica del superamento delle scelte verticistiche che avevano contraddistinto analoghi interventi nel passato.

Il programma si proponeva le seguenti finalità:

- a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire un'adeguata capacità di posti letto anche nelle regioni del Mezzogiorno;
- b) completamento della rete delle strutture territoriali;
- c) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti
- d) potenziamento delle strutture per la prevenzione e per la sanità pubblica;
- e) conservazione all'uso pubblico dei beni demaniali;
- f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani e per persone non autosufficienti, che non possono essere assistite a domicilio.

Durante il corso degli anni, si sono succedute una serie di rilevanti modifiche che hanno riguardato sia i soggetti coinvolti nel processo decisionale, sia le competenze ed i limiti degli aspetti da valutare; non hanno, di massima, subito modifiche gli obiettivi originari del programma, sostenuti da ulteriori priorità:

- la rete dell'emergenza
- la radioterapia
- i centri per malati terminali
- i centri di eccellenza.

Le novità che hanno maggiormente influenzato l'andamento del programma straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitaria, avviato con l'art. 20 della legge 67/1988 per 30.000 miliardi di lire, incrementato di 4000 miliardi con la legge finanziaria 2001, riguardano aspetti istituzionali e normativi: la devoluzione delle competenze gestionali dal CIPE ai Ministeri competenti per materia, l'applicazione delle regole della programmazione negoziata, l'abolizione del sistema di finanziamento per mutui con la messa a disposizione di denaro contante, la costituzione dei Nuclei di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici.

In attuazione dell'art. 3 della legge 144/1999, la delibera CIPE 141 del 6 agosto 1999 trasferisce, tra l'altro, al Ministero della Salute le competenze in materia di ammissione a finanziamento degli interventi previsti dai programmi regionali e forniti di progettazione esecutiva, favorendo una significativa semplificazione dei procedimenti in atto.

Inoltre, per quanto attiene gli investimenti in sanità, l'art. 5 bis del d. lgs. 502/1992, introdotto dal d. lgs. 229/1999, prevede che il Ministro della Salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della legge n. 67/1988, possa stipulare accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati, acquisito il concerto con il Ministro del tesoro e d'intesa con la Conferenza Stato regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato.

Di seguito si riporta lo stato di attuazione degli interventi per la regione Calabria.

5.1 Art. 20 L. 67/88 prima e seconda fase

La regione Calabria, a valere sulle risorse assegnate dalla deliberazione CIPE del 3 agosto 1990 e ammontanti a circa 384 miliardi di lire, con deliberazione del Consiglio regionale del 27/02/91 n. 57 ha dato inizio alla prima fase del programma di interventi. Alla prima fase del Programma appartengono anche gli interventi per il settore materno-infantile.

Con deliberazione CIPE del 6 maggio 98 sono state assegnate alla regione Calabria, a valere sulla seconda fase, 822.771 milioni di lire. Tale quota è stata ripartita alle aziende sanitarie ed ospedaliere con deliberazione del consiglio regionale n. 327/99.

Successivamente, in data 2/8/2002, il CIPE ha assegnato alla regione Calabria un'ulteriore quota pari ad € 12.297.297,00

L'avvio della seconda fase del Programma di investimenti art. 20 L. 67/88 è stato attuato mediante un primo pacchetto di interventi significativi e limitati esclusivamente ai presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di Cosenza e Reggio Calabria ed ai presidi delle aziende sanitarie di Castrovillari, Rossano, Lamezia Terme e Locri che fanno parte della rete di emergenza sanitaria regionale.

Nel dicembre 2004 è stato sottoscritto con il Ministero della Salute e dell'Economia, l'Accordo di programma (stralcio 2004) concernente interventi prioritari in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera, riqualificazione delle dotazioni tecnologiche, adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente per un importo complessivo di € 64.301.646,72.

Per il completamento del Programma di investimenti art. 20 L. 67/88, da attuare con appositi accordi di programma, le risorse finanziarie disponibili a carico dello Stato ammontano complessivamente ad € 349.662.653,06; di cui 337.365.356,06 sono disponibili da quanto assegnato dalla deliberazione CIPE del 6 maggio '98 e € 12.297.297,00 da quanto assegnato dalla deliberazione CIPE del 2 agosto 2002.

5.2 Programma di interventi settore AIDS (legge 135/90)

Con la legge 135/90, veniva autorizzato l'attuazione degli interventi concernenti la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive comprese le attrezzature e gli arredi, e l'istituzione o il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia ed immunologia degli ospedali.

Il CIPE con deliberazione del 21/12/93 ha approvato il programma degli interventi assegnando alla regione Calabria l'importo complessivo di lire 63.764.269.044 di cui lire 41.168.710.367 mediante accensione di mutui con la cassa DD.PP..

Gli interventi oggetto del finanziamento hanno riguardato le aziende ospedaliere di Cosenza, Reggio Calabria e Catanzaro e le aziende sanitarie di Vibo Valentia e di Lamezia Terme.

E' stato ultimato l'intervento nell'azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro mentre è in fase di ultimazione l'intervento nell'azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza. La quota di finanziamento assegnata per l'intervento nell'Azienda sanitaria di Vibo Valentia è stato rifinalizzata per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Vibo Valentia. E' in fase di riprogettazione l'intervento dell'Azienda Sanitaria di Lamezia Terme mentre per l'intervento nell'Azienda

Ospedaliera “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria i lavori sono sospesi per un contenzioso in fase esecutiva.

5.3 Programma per la realizzazione di strutture di cure palliative (Hospice)

Con decreto del Ministero della Sanità del 28/09/99 veniva approvato il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative e contestualmente venivano assegnati alla regione Calabria per gli anni 1998-1999 la quota di L. 7.091.390.943. Al fine di potenziare la rete di assistenza ai malati terminali, con deliberazione della Giunta Regionale n. 466 del 07/08/2000, è stato approvato il Programma regionale per la realizzazione dei centri residenziali di cure palliative-hospice - all'interno della rete di assistenza ai malati terminali, comprendente i requisiti specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari alla realizzazione degli stessi nel rispetto del DPCM 20 gennaio 2000. Con successivo decreto del 28/03/2001 il Ministero della Sanità approvava il piano regionale ed ammetteva a finanziamento n. 2 interventi riguardanti la riconversione di una parte dell'ospedale di Cassano (ASL n. 3 di Rossano) e la realizzazione di una nuova struttura residenziale in Reggio Calabria (ASL n. 11 di Reggio Calabria) per un importo complessivo di L. 3.600.000.000.

La restante quota pari a L. 3.491.390.943 e l'ulteriore finanziamento assegnato con decreto ministeriale del 05/09/2001 per gli anni 2000-2001 e pari a L. 3.968.022.911, ha fatto sì che la quota utilizzabile dalla regione Calabria per il completamento del Programma ammonti a complessive L. 7.459.413.854 (€ 3.852.465,75).

In conseguenza del decreto ministeriale del 05/09/2001 le Aziende Sanitarie di Cosenza, Locri, Palmi, Catanzaro, Vibo Valentia hanno presentato, a completamento del programma regionale, gli studi di fattibilità per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative per un ammontare complessivo pari alla quota disponibile ossia ad euro 3.852.465,75. Con decreto ministeriale 11 ottobre 2002 sono stati approvati i progetti presentati dalla regione Calabria a completamento del Programma e contestualmente sono state erogate le risorse finanziarie per € 192.623,29 per consentire di procedere alla progettazione esecutiva e di avviare la realizzazione degli interventi.

Sono stati ultimati i lavori per la realizzazione del “Centro di cure palliative - Hospice”, con 11 posti letto, nel presidio ospedaliero di Cassano Jonico (ASL 3 di Rossano) e per realizzazione dell'Hospice per un 11 posti letto nel Comune di Reggio Calabria

Per tutti gli altri interventi, con decreto dirigenziale del Dipartimento sanità della regione Calabria n. 11504 del 08/08/2003, e' stato erogato alle aziende il 5% pari ad € 192.623,29 assegnato dal Ministero della Salute con proprio decreto del 20/12/2002 al fine di realizzare il progetti esecutivi e avviare le procedure di gara.

In particolare per l'intervento denominato **Centro residenziale di cure palliative** (Hospice) per l'assistenza ai malati terminali all'interno del **P.O. di Siderno**, con deliberazione di Giunta regionale del 12 ottobre 2001 n. 741 si è preso atto dell'approvazione del progetto esecutivo da parte dell'Azienda sanitaria n. 9 di Locri.

Con nota del 27/12/2006 prot. n. 46464 l'azienda ha comunicato la mancata aggiudicazione dei lavori di che trattasi per un vizio formale contenuto nel bando di gara, con la conseguente necessità di riformulare lo stesso.

Una volta aggiudicati i lavori, l'azienda dovrà, nel rispetto delle disposizioni contenute nell'accordo sancito con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le



province autonome di Trento e Bolzano del 31 gennaio 2002 riguardo le modalità di erogazione dei fondi, rendicontare allo scrivente dipartimento la quota del 5 % del finanziamento statale per tempo erogata e richiedere contestualmente la previsione semestrale di spesa per l'intervento.

Per l'intervento denominato Conversione di una struttura sita nel **Comune di Melicucco** (RC), ex ostello della gioventù in **centro residenziale Hospice**, con decreto del dirigente Generale del Dipartimento Tutela della salute Politiche sanitarie del 26/07/2006 n. 9606 si è preso atto dell'approvazione del progetto esecutivo da parte dell'Azienda sanitaria n. 10 di Palmi.

Si è in attesa che l'azienda provveda alla rendicontazione delle quota del 5 % del finanziamento statale per tempo erogata e richiedere contestualmente la previsione semestrale di spesa per l'intervento.

Per l'intervento denominato **Struttura residenziale per malati terminali oncologici** "Hospice" attraverso la riconversione dell'ex dispensario di **Tropea** (VV), con decreto del dirigente Generale del Dipartimento Tutela della salute Politiche sanitarie del 18 luglio 2006 si è preso atto dell'approvazione del progetto esecutivo da parte dell'Azienda sanitaria n. 8 di Vibo Valentia. L'azienda sanitaria ha provveduto alla rendicontazione della somma del 5% del finanziamento a suo tempo erogata ed ha richiesto la somma per il semestre di € 100.000,00. Lo scrivente dipartimento con propria nota del 02/01/ 2007 prot. n. 4 ha trasmesso al Ministero della Salute il decreto dirigenziale del 27/12/2006 n. 18773 di certificazione della spesa e contestuale richiesta di erogazione dell'importo di cui sopra.

Per l'intervento originariamente previsto per l'azienda sanitaria n. 7 di **Catanzaro**, la stessa azienda ha presentato una proposta per utilizzare un nuovo sito per allocare la struttura. Presentato il progetto preliminare, lo stesso è stato inviato al Ministero della Salute per la necessaria approvazione. Con nota del 28 aprile 2006 il Ministero ha valutato positivamente il progetto preliminare per la realizzazione del "Centro residenziale per le cure palliative". Con decreto dirigenziale del Dipartimento Tutela della salute Politiche sanitarie, del 22 dicembre 2006 si è preso atto dell'avvenuta approvazione del progetto esecutivo di che trattasi specificando altresì che per il completamento funzionale dell'opera si rende necessaria una quota aggiuntiva di € 48.000,00 che si farà fronte con fondi propri dell'azienda sanitaria n. 7 di Catanzaro.

Si è in attesa che l'azienda provveda alla rendicontazione delle quota del 5 % del finanziamento statale per tempo erogata e richiedere contestualmente la previsione semestrale di spesa per l'intervento.

Per l'intervento originariamente previsto per l'azienda sanitaria n. 4 di **Cosenza**, denominato **Centro residenziale di cure palliative** "Hospice Serra Spiga" (CS), la stessa azienda ha trasmesso con nota del 22/11/2006 un progetto preliminare denominato "Hospice oltre il dolore" da realizzare in contrada Muoio nel Comune di Cosenza, il sito originariamente prescelto non risultava più essere di proprietà dell'Azienda sanitaria n. 4 di Cosenza. L'azienda ha altresì approvato il progetto preliminare di che trattasi con proprie deliberazioni del 10/11/2006 n. 1216 e del 22/12/2006 n. 1374 specificando di apportare un ulteriore finanziamento a proprio carico pari ad € 677.953,54. Il Dipartimento Tutela della salute Politiche ha ottenuto di recente, dal Ministero della Salute, il parere favorevole alla variazione della sede dell'intervento. Si attende la rendicontazione aziendale della quota del 5 % del finanziamento a carico dello Stato già erogata

per consentire al Dipartimento di richiedere la successiva erogazione del primo semestre dei lavori.

5.4 Potenziamento strutture di Radioterapia (legge 488/1999)

Per questo settore, è stato ammesso a finanziamento con decreto dirigenziale del Ministero della Salute del 08/07/03, il progetto per l'adeguamento delle attrezzature di radioterapia per l'utilizzazione di tecniche a fasci multipli e trattamenti con intensità modulata (IMRT) - Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" per un importo complessivo di € 618.823,92 pari a L. 1.198.210.194 al netto della quota del 5% a carico della regione Calabria. L'intervento è concluso.

5.5 Interventi grandi città (art. 71 legge 448/1998)

L'art. 71 della legge 448/98 prevede, allo scopo di realizzare interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria, l'individuazione dei grandi centri urbani, al fine di assegnare le somme stanziare dal medesimo articolo.

In Calabria sono state individuate nelle città di Reggio Calabria e di Catanzaro le aree oggetto di finanziamento ripartendo per ognuna di esse la somma di lire 50.000.000.000 (€ 25.822.844,95) al netto dei cofinanziamenti aziendali e comunali.

La Regione Calabria ha inviato, come da procedura, le varie documentazioni richieste dal Ministero della Salute per la necessaria verifica ed approvazione. Tali interventi sono stati approvati dal Ministero della Salute. Alla luce del nuovo PSR è necessario rimodulare gli interventi per la Città di Catanzaro utilizzando l'intero importo per la costruzione del nuovo presidio.

Tenuto conto che con la finanziaria 2006 è stata praticata una decurtazione a valere sui fondi dello Stato, la disponibilità complessiva comunicata dal Ministero della Salute risulta essere pari ad € 35.130.124,28 a carico dello Stato. Il cofinanziamento regionale pari ad € 15.055.767,55.

In tale senso la regione ha intrapreso con le aziende interessate l'iter procedurale per il necessario riallineamento dei progetti ed a breve provvederà formalmente a trasmettere al Ministero della Salute la proposta con il nuovo quadro degli interventi per la necessaria approvazione.

In particolare, tenendo conto delle mutate esigenze sanitarie regionali che prevedono la realizzazione del nuovo ospedale di Catanzaro in Germaneto, si propone di ridestinare il finanziamento statale attualmente disponibile, a valere sulle risorse di cui all'art. 71 della legge 448/98, e pari ad € 17.527.667,99 come quota parte della copertura finanziaria dell'intervento medesimo.

Per le città di Reggio Calabria e Catanzaro, conseguentemente alla decurtazione dei fondi statali, si propone un riallineamento dei sottoprogetti articolati secondo la tabella seguente:



PROSPETTO RIALLINEAMENTO CITTA' DI CATANZARO Art. 71 Legge 448/98				
AZIENDA	INTERVENTO	QUOTA STATO	COFINANZIAMENTO	TOTALE
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CATANZARO	Complesso ospedaliero di Germaneto - realizzazione del Corpo "C"	€ 17.527.667,99	€ 7.511.857,71	€ 25.039.525,70
PROSPETTO RIALLINEAMENTO CITTA' DI REGGIO CALABRIA Art. 71 Legge 448/98				
AZIENDA	INTERVENTO	QUOTA STATO	COFINANZIAMENTO	TOTALE
ASP REGGIO CALABRIA	Struttura poliambulatoriale Reggio Nord	€ 3.143.515,62	€ 1.347.220,98	€ 4.490.736,60
ASP REGGIO CALABRIA	Polo di riabilitazione	€ 2.422.182,05	€ 1.038.078,02	€ 3.460.260,07
ASP REGGIO CALABRIA	Polo radiologico	€ 4.441.574,49	€ 1.903.531,92	€ 6.345.106,41
ASP REGGIO CALABRIA	Centro medicina dello sport	€ 2.096.815,00	€ 898.635,00	€ 2.995.450,00
ASP REGGIO CALABRIA	Dipartimento delle dipendenze	€ 1.662.991,20	€ 712.710,51	€ 2.375.701,71
ASP REGGIO CALABRIA	Struttura ambulatoriale Pellarò	€ 1.156.863,44	€ 495.798,62	€ 1.652.662,06
ASP REGGIO CALABRIA	Struttura consultoriale Terreti	€ 939.951,54	€ 402.836,38	€ 1.342.787,92
AO REGGIO CALABRIA	Foresteria	€ 1.185.951,76	€ 508.265,04	€ 1.694.216,80
COMUNE REGGIO CALABRIA	Viabilità accesso OO.RR.	€ 552.611,19	€ 236.833,37	€ 789.444,56
TOTALE		€ 17.602.456,29	€ 7.543.909,84	€ 25.146.366,13
TOTALE COMPLESSIVO		€ 35.130.124,28	€ 15.055.767,55	€ 50.185.891,83

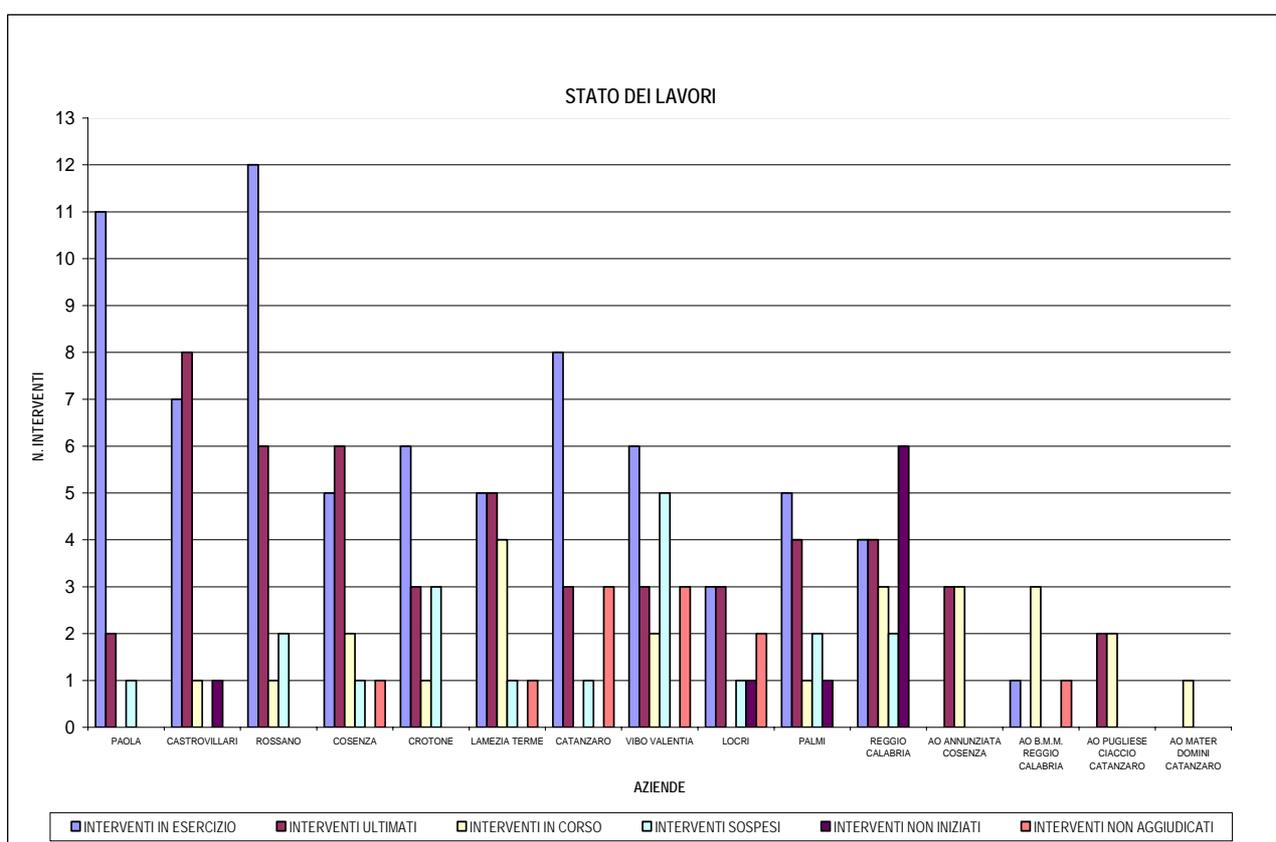
5.6 Interventi per la sicurezza

A valere sulle risorse di seconda fase la regione ha ottenuto circa 12 mld di lire finanziamento per interventi nel settore sicurezza.

Tali interventi riguardano l'azienda sanitaria di Paola e le ospedaliere di Cosenza Catanzaro e Mater Domini di (CZ). In particolare sono in fase di ultimazione gli interventi (due) per l'azienda di Paola ed (uno) per l'azienda Mater Domini mentre sono in corso di realizzazione i restanti 2 interventi per le Aziende Osp. Di Cosenza e Catanzaro.

5.7 Quadro complessivo degli interventi

Complessivamente gli interventi afferenti alle diverse linee di finanziamento ammontano a 188. Di questi, ad oggi, il 66% risultano ultimati i relativi lavori. Una percentuale pari a circa il 13% sono in corso di realizzazione e infine circa il 21% sono sospesi e/o non ancora iniziati. Di seguito si riporta un grafico illustrativo sullo stato dei lavori diversificato per aziende.



6 Scheda interventi Obiettivi

AZIENDA	TITOLO DELL' INTERVENTO	OBIETTIVI
ASP COSENZA	NUOVO OSPEDALE DELLA SIBARITIDE	Miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera;
AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA CATANZARO	COMPLESSO OSPEDALIERO DI GERMANETO	Riduzione della mobilità extraregionale; Distribuzione sui territori aziendali di adeguate strutture di riferimento;
ASP VIBO VALENTIA	ADEGUAMENTO E COMPLETAMENTO DEL NUOVO OSPEDALE DI VIBO VALENTIA	Miglioramento in termini di accessibilità alle strutture da parte degli utenti;
ASP REGGIO CALABRIA	NUOVO OSPEDALE DELLA PIANA	Realizzazione di un sistema di reti dell'assistenza; Implementazione di tecnologie di ultima generazione; Umanizzazione e comfort alberghiero

7 Indicatori degli obiettivi strategici

ASSISTENZA OSPEDALIERA
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per degenza ordinaria
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per day hospital
Indice di attrazione
Indice di fuga
Posti letto per 1.000 abitanti (degenza ordinaria e a pagamento nelle discipline per acuti)
Posti letto per 1.000 abitanti (day hospital nelle discipline per acuti)
Posti letto per 1.000 abitanti (degenza ordinaria e a pagamento nelle discipline di riabilitazione)
Posti letto per 1.000 abitanti (day hospital nelle discipline di riabilitazione)
Posti letto per 1.000 abitanti (degenza ordinaria e a pagamento nella disciplina di lungodegenza)
Giornate di degenza ordinaria sulla popolazione residente pesata
Giornate di degenza day hospital sulla popolazione residente pesata
Costo percentuale del livello di assistenza ospedaliera
Costo pro-capite dell'assistenza ospedaliera
Incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale
Incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo del livello di assistenza ospedaliera
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Percentuale di parti cesarei
Peso medio del ricovero degli anziani
Peso medio del ricovero dei bambini
Tasso di utilizzo
Degenza media standardizzata per case-mix
Percentuale di ricoveri brevi
Percentuale di ricoveri lunghi
Tasso di ospedalizzazione (nella popolazione anziana) per particolari procedure chirurgiche: cataratta, sostituzione dell'anca, by-pass coronarico e angioplastica.

8 Strumenti e mezzi per il monitoraggio

Al fine di monitorare e controllare lo stato degli interventi previsti nell'Accordo di Programma per il completamento del Programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'art. 20 della Legge 67/88, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere provvederanno a fornire tutte le indicazioni compilando in ogni sua parte una particolare scheda di monitoraggio (**allegato B**) con la quale si intende verificare l'andamento dei lavori, il rispetto della tempistica dell'intervento, gli eventuali limiti operativi sopraggiunti, l'andamento della spesa e le variazioni dei quadri economici. Questo allo scopo di procedere, da parte del Dipartimento Sanità ad una costante e puntuale verifica dello stato di attuazione degli interventi per confermare se gli obiettivi prefigurati possono essere raggiunti e per segnalare eventuali azioni correttive da intraprendere.

8.1 La scheda

In tema di edilizia sanitaria, l'attività di monitoraggio prende avvio già nella fase di approvazione dei progetti mediante la compilazione, a cura del Responsabile del Procedimento, di una scheda riepilogativa dell'intervento contenuta nel documento programmatico regionale.

Per quanto attiene più specificatamente l'attività di monitoraggio degli interventi, il Dipartimento Tutela della salute Politiche Sanitarie provvede alla trasmissione alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della S.M.I..

Tale scheda, dovrà essere compilata e sottoscritta dal Responsabile del Procedimento o dal Responsabile dell'ufficio tecnico aziendale, e dovrà essere inviata con cadenza semestrale al Dipartimento per permettere a questi di relazionare ai Ministeri competenti sullo stato di attuazione degli interventi.

La scheda, articolata in sezioni, contiene gli elementi essenziali per prendere contezza dell'intervento e per fotografare step by step l'iter attuativo sia in termini di avanzamento dei lavori che in termini di flussi economici.

Una sezione della S.M.I. è stata particolarmente dedicata al quadro economico dell'intervento o meglio, alla sua evoluzione; dalla richiesta di finanziamento al quadro economico definitivo dopo l'avvenuto collaudo dei lavori.

In conclusione, l'implementazione di questo strumento, dovrà consentire:

- una maggiore integrazione tra i diversi attori ministeriali, regionali e aziendali;
- la definizione di standard tecnologici ed architetture validi per la sanità regionale;
- di pianificare e monitorare l'andamento economico nonché strutturale dell'intervento;
- la creazione, a livello regionale, di statistiche ed indicatori sia economici che quali quantitativi degli interventi.

9 Verifica della programmazione ex-ante del documento programmatico

Tabella comparativa di valutazione	Valutazione
1. definizione degli obiettivi	
✓ generali	si
✓ specifici	si
2. identificazione dei risultati	si
3. Priorità delle attività	si
✓ elenco degli interventi progettuali	si
4. Definizione quantitativa degli indicatori	
✓ risorse	
✓ contesto	
✓ efficacia	
✓ efficienza	
5. Coerenza esterna	si
✓ coerenza del D.P. con i 4 parametri nazionali:	
✓ 3,7 pl per acuti/1000 ab.	si
✓ 0,8 pl per riabilitazione e lungodegenza/1000 ab	si
✓ Tasso di occupazione 75%	si
✓ Coerenza del D.P. sulla dotazione di ospedali: n. 1 osp/250.000 ab	si
✓ Coerenza del D.P con l'obiettivo nazionale: razionalizzazione offerta sanitaria pubblica	si
✓ Coerenza del D.P: con D.M. 29/01/92: elenco alte specialità	si
✓ Verifica della mobilità intra ed inter-regionale\	si
6. corenza interna: relazione tra obiettivi- risorse- risultati	si
7. fattibilità: livello di progettazione degli interventi	
8. efficienza: rapporto tra risorse impiegate/risultati attesi	
9. efficacia: capacità di raggiungimento degli obiettivi al momento della programmazione-progettazione	
10. sostenibilità finanziaria	si

Elenco documenti di riferimento per l'accordo di programma stralcio 2007

1. D.C.R. n. 327/1999: “ Programma Straordinario di Investimenti ex art. 20 della legge 67/1988 e successive modifiche. Avvio della seconda fase”.
2. Legge Regionale n. 29/2002: “Approvazione disposizioni normative collegate alla legge finanziaria regionale relative al Settore sanità”.
3. D.G.R. n. 157 del 23/03/04 Indirizzi per la predisposizione del Piano Attuativo aziendale e del bilancio economico preventivo;
4. D.G.R. n. 852 del 15/11/2004: “Programma straordinario di investimenti – art. 20 L. 67/88 – Accordo di programma stralcio. Approvazione definitiva”.
5. Legge Regionale 21/8/2006, n. 7 “Provvedimento Generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario.
6. D.G.R. n. 669 del 05/10/2006 “Attuazione art. 20 Legge N. 67/88 – Seconda fase. Riordino della rete ospedaliera e territoriale delle aziende sanitarie e ospedaliere”.
7. D.G.R. n. 94 del 13/02/2007: “Approvazione delle Linee di indirizzo per il riordino della organizzazione e delle attività sanitarie”
8. D.G.R. n. 97 del 13/02/2007 “D.G.R. n. 669 del 5 ottobre 2006-Attuazione art. 20 legge n. 67/88- Presa d'atto mancata espressione parere Commissione consiliare”
9. Legge Regionale 11 maggio 2007, n. 9 “Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario”
10. D.G.R. n. 599 del 28/09/07 “Art. 71 Legge 448/98 – Programma di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. Riallineamento degli interventi per le città di Reggio Calabria e Catanzaro;
11. D.G.R. n. 694 del 09/11/07 “Proposta di piano sanitario regionale 2007-2009 – Approvazione.



REGIONE CALABRIA

**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
POLITICHE SANITARIE**

**PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI
ART. 20 L. 67/88—SECONDA FASE—
2° ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO**

ALLEGATO A - SCHEDE INFORMATIVE DEGLI INTERVENTI



REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE POLITICHE SANITARIE

**PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI
ART. 20 L. 67/88—SECONDA FASE—
2° ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO**

ALLEGATO B - SCHEDA MONITORAGGIO INTERVENTO



REGIONE CALABRIA

**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
POLITICHE SANITARIE**

**PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI
ART. 20 L. 67/88—SECONDA FASE—
2° ACCORDO DI PROGRAMMA STRALCIO**

ALLEGATO C - TAVOLE